

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA POITE DE SIQUEIRA

EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE
CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

CURITIBA

2024

CAROLINA POITE DE SIQUEIRA

EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE
CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, no Setor Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção de título de Doutora em
Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta
Figueiredo

Área de Concentração: Prática Profissional de
Enfermagem

Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de
Saúde e Enfermagem

CURITIBA

2024

Universidade Federal do Paraná
Sistemas de Bibliotecas
Biblioteca de Ciências da Saúde - Botânico

Siqueira, Carolina Poite de

Empoderamento e a liderança do enfermeiro [recurso eletrônico]: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado / Carolina Poite de Siqueira – Curitiba, 2024.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2024.

Orientador: Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo

1. Enfermagem. 2. Liderança. 3. Empoderamento. 4. Qualidade da assistência à saúde. 5. Comportamento. I. Figueiredo, Karla Crozeta. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **CAROLINA POITE DE SIQUEIRA** intitulada: **EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO**, sob orientação da Profa. Dra. KARLA CROZETA FIGUEIREDO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 19 de Dezembro de 2024.

Assinatura Eletrônica
20/12/2024 11:39:50.0
KARLA CROZETA FIGUEIREDO
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
20/12/2024 16:14:02.0
SIMONE CRISTINA RAMOS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
(PPGOLD))

Assinatura Eletrônica
20/12/2024 08:39:10.0
LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
27/12/2024 11:59:39.0
WILZA CARLA SPIRI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA)



Av. Pref. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 419339

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 419339

Dedico este trabalho ao meu pai, que é meu herói, à minha filha Camila que é a inspiração para eu continuar buscando o melhor na vida, ao meu cãopanheiro, meu filho de quatro patas Jimmy, que tornou meus dias mais felizes e encheu meu coração de amor, e ao meu companheiro Fernando, que me apoiou e inspirou de todas as formas existentes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nunca desistir de mim e me manter em pé.

Ao meu pai, meu herói, que é o melhor exemplo de ser humano que eu conheço, e em seu momento mais vulnerável na vida, me oportunizou a melhorar como ser humano e como Enfermeira.

À minha filha, Camila, por ser minha companheira me dando apoio durante este processo.

Ao meu cachorro Jimmy, que fez meus dias mais felizes e sempre me fez companhia.

Ao meu companheiro Fernando, que tanto me ajudou neste processo de doutoramento, com paciência, companheirismo e muito amor.

À minha mãe, por me ensinar o valor do estudo e a ser forte e determinada.

À minha orientadora, Karla Crozeta, por todo o acompanhamento, paciência e orientação durante todos esses anos de pós-graduação, além de ser nossa mestre é também um ser humano fantástico.

Aos meus colegas de turma e de pequeno grupo, que trilharam essa caminhada junto comigo, tornando mais leve, obrigada por todo o companheirismo.

Às chefias dos locais de pesquisa, que foram fundamentais para a realização desta pesquisa, por toda sua colaboração e receptividade.

Aos profissionais de enfermagem, por participarem da pesquisa, tornando-a possível.

Aos membros da banca examinadora, professoras doutoras Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Simone Cristina Ramos e Wilza Carla Spiri, que nos auxiliaram com suas contribuições fundamentais na qualificação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, aos seus docentes e coordenação, pela dedicação em formar Enfermeiros de prática reflexiva e crítica.

A esta magnífica Universidade que me oportunizou, mais uma vez, a formação com excelência.

*A suprema fonte de paz, está na mente - que, muito mais do que
nossas circunstâncias, determina nossa felicidade.*
Dalai Lama

RESUMO

Introdução: a qualidade do cuidado é uma das metas a serem alcançadas pelas organizações de saúde e requer engajamento. Para alcançá-la, é necessário o engajamento dos profissionais, o que evidencia o líder é como elo entre profissionais e a gestão, pois o comportamento empoderador do líder meio do seu comportamento empoderador, tem potencial de influenciar pessoas e estimular o engajamento e o comprometimento para um cuidado à saúde de qualidade. Nesta direção, esta pesquisa foi desenvolvida na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem e utilizou como referencial teórico o empoderamento estrutural e psicológico e explorou a liderança e a qualidade do cuidado. Esta pesquisa faz parte da linha de pesquisa “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem”, da área de concentração “Prática Profissional de Enfermagem”. **Objetivo:** compreender as relações do comportamento empoderador do líder com o empoderamento estrutural e psicológico, comprometimento organizacional afetivo de liderados e a qualidade do cuidado de enfermagem. **Metodologia:** estudo de casos múltiplos, com abordagem qualitativa, desenvolvido em três hospitais. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de enfermagem e pesquisa documental para extração de informações de documentos institucionais (como impressos, manuscritos, virtuais),, registros audiovisuais e sonoros, imagens, para avaliar como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com o auxílio de um roteiro semiestruturado previamente elaborado, que permitiu a melhor exploração das variáveis do estudo. Para a extração dos dados da pesquisa documental sobre as organizações utilizou-se um instrumento desenvolvido pela pesquisadora, baseado no referencial teórico da pesquisa., o qual norteou a coleta de dados. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados conforme o referencial de Graneheim e Lundman (2004) e os da pesquisa documental segundo o referencial do empoderamento, buscando-se relacionar os documentos consultados aos elementos do empoderamento estrutural e psicológico. **Resultados:** foram realizadas 79 entrevistas e acessados 240 documentos foram acessados. A análise dos resultados permitiu o desenvolvimento de três temas: 1) A influência organizacional sobre o empoderamento, 2) A influência do líder sobre o empoderamento e 3) A percepção do empoderamento psicológico pelos profissionais de enfermagem. Os temas que apontam a influência organizacional e do líder sobre o empoderamento. Foram apresentados em elementos que favorecem e que fragilizam o empoderamento, evidenciando os comuns a todas as instituições pesquisadas, comuns em apenas duas das instituições pesquisadas e aqueles que identificados apenas em uma das instituições pesquisadas. O comportamento empoderador do líder por meio de práticas gerenciais de empoderamento, experiência vicária e realização ativa, dão acesso às estruturas do empoderamento estrutural, o que favorecerá favorecer o empoderamento psicológico dos liderados. Da mesma forma, as organizações também contribuem para o empoderamento, tanto de forma direta -, ao dar acesso às estruturas de apoio, recursos e oportunidades; como indireta -, ao favorecer o empoderamento psicológico, por meio das práticas gerenciais e experiência vicária. **Considerações finais:** Os resultados evidenciaram que tanto o comportamento empoderador do líder quanto a organização influenciam o empoderamento dos liderados, em que práticas gerenciais que promovem acesso às informações, aos recursos, o apoio e as oportunidades

potencializam o empoderamento estrutural e psicológico, refletindo positivamente no comprometimento organizacional afetivo e na qualidade do cuidado de enfermagem.

Palavras chaves: enfermagem; liderança; empoderamento; qualidade da assistência à saúde; comportamento.

ABSTRACT

Introduction: Quality of care is one of the goals to be achieved by health organizations and requires engagement. To achieve it, the engagement of professionals is necessary, which highlights the leader as a link between professionals and management, since the empowering behavior of the leader, through his/her empowering behavior, has the potential to influence people and stimulate engagement and commitment to quality health care. In this direction, this research was developed in the line of research Health and Nursing Services Management and used structural and psychological empowerment as a theoretical framework and explored leadership and quality of care. This research is part of the line of research "Health and Nursing Services Management", in the area of concentration "Professional Nursing Practice".

Objective: to understand the relationships between the empowering behavior of the leader and the structural and psychological empowerment, affective organizational commitment of subordinates and the quality of nursing care. **Methodology:** multiple case study, with a qualitative approach, developed in three hospitals. Data collection was carried out through semi-structured interviews with nursing professionals and documentary research to extract information from institutional documents (such as printed, handwritten, virtual), audiovisual and sound recordings, and images, to assess how structural and psychological empowerment occurs in the hospital organizations studied. The semi-structured interviews were conducted with the aid of a previously prepared semi-structured script, which allowed for better exploration of the study variables. To extract data from the documentary research on the organizations, an instrument developed by the researcher was used, based on the theoretical framework of the research, which guided the data collection. The interviews were audio-recorded and transcribed. The data obtained in the interviews were analyzed according to the framework of Graneheim and Lundman (2004) and those from the documentary research according to the framework of empowerment, seeking to relate the documents consulted to the elements of structural and psychological empowerment.

Results: 79 interviews were conducted and 240 documents were accessed. The analysis of the results allowed the development of three themes: 1) Organizational influence on empowerment, 2) Leader influence on empowerment, and 3) Nursing professionals' perception of psychological empowerment. The themes that point to organizational and leader influence on empowerment were presented in elements that favor and weaken empowerment, highlighting those common to all the institutions studied, common in only two of the institutions studied, and those identified in only one of the institutions studied. The leader's empowering behavior through managerial practices of empowerment, vicarious experience, and active realization provide access to the structures of structural empowerment, which will favor the psychological empowerment of those led. Likewise, organizations also contribute to empowerment, both directly - by providing access to support structures, resources, and opportunities; and indirectly - by favoring psychological empowerment through managerial practices and vicarious experience. **Final considerations:** The results showed that both the empowering behavior of the leader and the organization influence the empowerment of those led, in which management practices that promote access to information, resources, support and opportunities enhance structural and psychological empowerment, reflecting positively on affective organizational commitment and the quality of nursing care.

Keywords: nursing; leadership; empowerment; quality of health care; behavior.

RESUMEN

Introducción: la calidad de la atención es uno de los objetivos que deben alcanzar las organizaciones sanitarias y requiere compromiso. Para lograrlo, es necesario el compromiso de los profesionales, lo que destaca al líder como vínculo entre los profesionales y la gestión, ya que el comportamiento empoderador del líder tiene el potencial de influir en las personas y estimular el compromiso por una atención sanitaria de calidad. En esa dirección, esta investigación se desarrolló en la línea de investigación Gestión de Servicios de Salud y Enfermería y utilizó como marco teórico el empoderamiento estructural y psicológico y exploró el liderazgo y la calidad de la atención. Esta investigación se enmarca en la línea de investigación “Gestión de Servicios de Salud y Enfermería”, del área de concentración “Práctica Profesional de Enfermería”. **Objetivo:** comprender las relaciones entre la conducta empoderante del líder y el empoderamiento estructural y psicológico, el compromiso organizacional afectivo de los seguidores y la calidad de la atención de enfermería. **Metodología:** estudio de casos múltiples, con enfoque cualitativo, desarrollado en tres hospitales. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas con profesionales de enfermería e investigación documental para extraer información de documentos institucionales (como impresos, manuscritos, virtuales), registros audiovisuales y sonoros, imágenes, para evaluar cómo se investiga la estructura y la psicología en las organizaciones hospitalarias. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron con ayuda de un guion semiestructurado previamente elaborado, que permitió una mejor exploración de las variables de estudio. Para extraer datos de la investigación documental sobre las organizaciones se utilizó un instrumento desarrollado por la investigadora, con base en el marco teórico de la investigación, que guió la recolección de datos. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas. Los datos obtenidos en las entrevistas fueron analizados según el marco de Graneheim y Lundman (2004) y los de la investigación documental según el marco del empoderamiento, buscando relacionar los documentos consultados con los elementos del empoderamiento estructural y psicológico. **Resultados:** Se realizaron 79 entrevistas y se accedió a 240 documentos. El análisis de los resultados permitió desarrollar tres temas: 1) La influencia organizacional en el empoderamiento, 2) La influencia del líder en el empoderamiento y 3) La percepción del empoderamiento psicológico por parte de los profesionales de enfermería. Los temas que apuntan a la influencia organizacional y del líder en el empoderamiento. Fueron presentados en elementos que favorecen y debilitan el empoderamiento, destacando aquellos comunes a todas las instituciones investigadas, comunes a sólo dos de las instituciones investigadas y aquellos identificados sólo en una de las instituciones investigadas. El comportamiento empoderante del líder a través de prácticas gerenciales empoderantes, experiencia vicaria y logro activo, da acceso a las estructuras de empoderamiento estructural, que favorecerán el empoderamiento psicológico de los liderados. Asimismo, las organizaciones también contribuyen al empoderamiento, tanto directamente: proporcionando acceso a estructuras, recursos y oportunidades de apoyo; como indirecta-, al favorecer el empoderamiento psicológico, a través de prácticas de gestión y experiencia vicaria. **Consideraciones finales:** Los resultados mostraron que tanto el comportamiento empoderador del líder como de la organización influyen en el empoderamiento de los seguidores, en el cual las prácticas de gestión que promueven el acceso a información, recursos, apoyo y oportunidades potencian el empoderamiento estructural y psicológico, reflejándose

positivamente en el aspecto afectivo organizacional. compromiso y la calidad de la atención de enfermería.

Palabras-clave: enfermería; liderazgo; empoderamiento, calidad de la atención de salud; conducta.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DEFINIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE.	36
FIGURA 2 - MODELO DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE TRÊS COMPONENTES DE MEYER E ALLEN.	58
FIGURA 3 - CINCO ESTÁGIOS DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO SEGUNDO CONGER E KANUNGO (1988).	64
FIGURA 4 – RELAÇÕES ENTRE CONCEITOS DA TEORIA DE EMPODERAMENTO ESTRUTURAL NAS ORGANIZAÇÕES DE KANTER.	70
FIGURA 5 – ESQUEMA GRÁFICO DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.	94
FIGURA 6 - ESQUEMA GRÁFICO DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PESQUISA.	140

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DIMENSÕES DA QUALIDADE NA SAÚDE.	33
QUADRO 2 – DEFINIÇÃO DOS SETE PILARES PARA QUALIDADE DO CUIDADO SEGUNDO DONABEDIAN.....	33
QUADRO 3 – DIMENSÕES DA QUALIDADE DO CUIDADO SEGUNDO O IOM. ...	35
QUADRO 4 - ESTUDOS RECENTES QUE APLICARAM O EMPODERAMENTO ESTRUTURAL OU EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO NA ENFERMAGEM.	73
QUADRO 5 - POPULAÇÃO POR INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.	79
QUADRO 6 – PROTOCOLO PARA ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.	85
QUADRO 7- ANONIMIZAÇÃO DE PARTICIPANTES POR CÓDIGOS DE ACORDO COM O HOSPITAL QUE TRABALHA E CATEGORIA PROFISSIONAL.	88
QUADRO 8 – MATRIZ 1: MATRIZ DE ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS.	89
QUADRO 9 - MATRIZ 2: MATRIZ DE ANÁLISE DOS CASOS CRUZADOS.....	92
QUADRO 10 - MATRIZ DE ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL.	93
QUADRO 11 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS, DADOS OBTIDOS E A ESTRUTURA DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E COGNIÇÃO DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO RELACIONADOS, H1.	103
QUADRO 12 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS, DADOS OBTIDOS E A ESTRUTURA DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E COGNIÇÃO DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO RELACIONADOS, H2.	115
QUADRO 13 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS, DADOS OBTIDOS COM CADA UM E A ESTRUTURA DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E COGNIÇÃO DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO RELACIONADOS, H3.	118
QUADRO 14 – ELEMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE COMUNS ÀS TRÊS INSTITUIÇÕES.....	123
QUADRO 15 - ELEMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE COMUNS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES.	123
QUADRO 16 - ELEMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS SOMENTE EM UMA DAS INSTITUIÇÕES.....	123
QUADRO 17 - ANTECEDENTES E DIMENSÕES DO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE MEYER E ALLEN (1991) COMUNS ÀS TRÊS INSTITUIÇÕES.	124

QUADRO 18 - ANTECEDENTES E DIMENSÕES DO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE MEYER E ALLEN (1991) COMUNS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES.	124
QUADRO 19 - ANTECEDENTES E DIMENSÕES DO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE MEYER E ALLEN (1991) IDENTIFICADOS SOMENTE EM UMA DAS INSTITUIÇÕES.	125
QUADRO 20 - PERCEPÇÕES SOBRE SEU COMPROMETIMENTO E O COMPROMETIMENTO DE SUA EQUIPE DE TRABALHO, COMUNS NAS TRÊS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	126
QUADRO 21 - PERCEPÇÕES SOBRE SEU COMPROMETIMENTO E O COMPROMETIMENTO DE SUA EQUIPE DE TRABALHO, COMUNS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	126
QUADRO 22 - PERCEPÇÕES SOBRE SEU COMPROMETIMENTO E O COMPROMETIMENTO DE SUA EQUIPE DE TRABALHO, PARTICULARES EM CADA INSTITUIÇÃO.	126
QUADRO 23 – FORMAS DE COMO CADA AMBIENTE INSTITUCIONAL FAVORECE O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM TODAS AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	128
QUADRO 24 - FORMAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FAVORECE O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	128
QUADRO 25 - FORMAS IDENTIFICADAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FAVORECE O EMPODERAMENTO, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.	129
QUADRO 26 - FORMAS DE COMO CADA AMBIENTE INSTITUCIONAL FRAGILIZA O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM TODAS AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	130
QUADRO 27 – FORMAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FRAGILIZA O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	130
QUADRO 28 – FORMAS IDENTIFICADAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FRAGILIZA O EMPODERAMENTO, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.	131

QUADRO 29 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES DOS LÍDERES QUE FAVORECEM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS NAS TRÊS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.....	132
QUADRO 30 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FAVORECEM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	133
QUADRO 31 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FAVORECEM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.	133
QUADRO 32 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FRAGILIZAM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	135
QUADRO 33 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FRAGILIZAM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.	135
QUADRO 34 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES POSITIVAS, IDENTIFICADAS EM TODAS AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.	136
QUADRO 35 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES POSITIVAS, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.....	137
QUADRO 36 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES POSITIVAS, IDENTIFICADAS, PARTICULARES EM CADA INSTITUIÇÃO.....	137
QUADRO 37 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES NEGATIVAS, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.....	139
QUADRO 38 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES NEGATIVAS IDENTIFICADAS, PARTICULARES EM CADA INSTITUIÇÃO.....	139

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - AMOSTRA DA POPULAÇÃO TOTAL DE CADA HOSPITAL.	79
TABELA 2 - AMOSTRA POR CATEGORIA PROFISSIONAL DE CADA HOSPITAL.	80
TABELA 3 - DADOS NUMÉRICOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS EM CADA HOSPITAL.....	103

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BSC	Balanced Scorecard
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEL	Comportamento Empoderador do Líder
CET-II	Condições de Eficácia no Trabalho II
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COA	Comprometimento Organizacional Afetivo
Covid-19	Corona Virus Disease – 19
CSP	Cultura de segurança do paciente
CWEQ-II	Conditions for Work Effectiveness Questionnaire
EA	Evento Adverso
EC	Educação Continuada
ECOIA	Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo
EEP	Escala de Empoderamento Psicológico
IOM	Institute of Medicine
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IRCS	Infecções relacionadas à corrente sanguínea
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PDE	Plano Diretor Estratégico
PE	Processo de Enfermagem
POP	Procedimentos operacionais padrão
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
RT	Responsável Técnico

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRR	Time de Resposta Rápida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVO	31
3 REVISÃO DE LITERATURA	32
3.1 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	32
3.2 LIDERANÇA.....	39
3.2.1 Qualidade no cuidado e a liderança do Enfermeiro.....	47
3.3 COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL E QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	50
3.3.1 Modelo tridimensional de comprometimento organizacional de Meyer e Allen	55
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	61
4.1 EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E PSICOLÓGICO	61
4.1.1 Teoria do Empoderamento Estrutural.....	62
4.1.2 Teoria do Empoderamento Psicológico.....	63
4.1.3 Teorias de empoderamento, liderança e a Enfermagem	69
5 METODOLOGIA	74
5.1 QUESTÕES DO ESTUDO DE CASO	74
5.2 PROPOSIÇÕES DO ESTUDO.....	75
5.3 UNIDADES DE ANÁLISE.....	75
5.4 LOCAIS DE PESQUISA E PARTICIPANTES	76
5.5 PROTOCOLO PARA O ESTUDO	77
5.6 VINCULAÇÃO DOS DADOS ÀS PROPOSIÇÕES	87
5.7 CRITÉRIOS PARA INTERPRETAR AS CONSTATAÇÕES.....	93
6 RESULTADOS.....	95
6.1 CONTEXTO ORGANIZACIONAL H1	95
6.2 CONTEXTO ORGANIZACIONAL H2	98

6.3 CONTEXTO ORGANIZACIONAL H3.....	101
6.4 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: CASOS CRUZADOS	103
6.4.1 A influência organizacional sobre o Empoderamento	127
6.4.2 A influência do líder sobre o Empoderamento.....	132
6.4.3 A percepção de Empoderamento Psicológico pelos profissionais de enfermagem	136
7 DISCUSSÃO	142
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS.....	158
DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	178
APÊNDICE A - PLANILHA COM INFORMAÇÕES RETIRADAS DAS FICHAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS OBTIDAS NO SITE DO CNES.....	179
APÊNDICE B - PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE.....	180
APÊNDICE C - CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA.....	181
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- FORMULÁRIO ON-LINE	182
APÊNDICE E - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS DAS ENTREVISTAS	185
APÊNDICE F - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO SOM DE VOZ PARA PESQUISA	186
APÊNDICE G - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO UTILIZADO PARA O TESTE PILOTO.....	187
APÊNDICE H - PLANILHA PARA PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	188
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTAS	189

APÊNDICE J - INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS PARA COMPREENSÃO DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E PSICOLÓGICO DAS ORGANIZAÇÕES	192
APÊNDICE K - NOTAS TEÓRICAS	196
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE	199
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL COPORTACIPANTE.....	209
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO HOSPITAL COPORTACIPANTE	218
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO HOSPITAL COPORTACIPANTE	223
ANEXO E - ESCALA CEL	234
ANEXO F - ESCALA DE COA.....	237
ANEXO G - QUESTIONÁRIO CONDIÇÕES DE EFICÁCIA NO TRABALHO II – CET II	238
ANEXO H - ESCALA DE EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO	239

APRESENTAÇÃO

O interesse na temática segurança do paciente surgiu muito antes do meu ingresso na pós-graduação.

A maior parte da minha vivência profissional aconteceu na assistência em Unidades de Pronto Atendimento. Ao mesmo tempo que era fascinada por essa área, desde o início, quando eu nem conhecia a terminologia “segurança do paciente”, me incomodava algumas situações que ocorriam, situações essas que colocavam o paciente em risco, mas um risco além de sua emergência, um risco advindo da própria assistência.

Essas situações sempre me faziam pensar o que eu poderia ter feito para evitar, porque isso aconteceu, ou seja, eu sempre refletia e tentava aprender com aquilo para que não ocorresse mais.

Ao ingressar na pós-graduação, depois de já ter estudado um pouco a temática, e, portanto, sair de minhas “reflexões empíricas” e passar para reflexões embasadas cientificamente, iniciei meu aprofundamento na temática e desenvolvi minha pesquisa no meu local de trabalho.

A partir desta pesquisa desenvolvida no mestrado, tive a certeza de que a segurança do paciente precisa ser compreendida muito além do individual, ou seja, tentar “consertar” o profissional que errou, mas compreender todo o contexto anterior ao erro, qual a responsabilidade da organização, e, portanto, de seu funcionamento, estrutura, cultura, na ocorrência do erro.

Diante disso, o que me chamou atenção é de que como as relações interpessoais e inter-equipes influenciam e são influenciadas pela organização na qual estão inseridas. Parece óbvio, mas assim, compreendi que as pessoas são fundamentais para o alcance da segurança do paciente.

Porém minha compreensão foi além de “é preciso treinar os profissionais”, “precisa melhorar a comunicação”, “tem que estimular a notificação de eventos adversos”, percebi que há muitas coisas que vêm antes, que influenciam as pessoas no que elas fazem, ou seja, em seu comportamento e atitudes.

Desta forma, minha orientadora, propôs o desafio de pesquisarmos a liderança para a qualidade do cuidado de enfermagem, uma vez que, o líder é o

elo entre gestão e profissionais, e é capaz de influenciar comportamentos e atitudes.

E assim, surgiu a proposta inovadora desta pesquisa, que irá explorar as ligações entre qualidade do cuidado de enfermagem e liderança, com fundamentação teórica dos referenciais do empoderamento estrutural e psicológico.

O presente estudo faz parte de um macro projeto de pesquisa intitulado “Gestão de Equipes de Enfermagem: fortalecendo Lideranças para o Futuro” pertencente à linha de pesquisa “Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem”, e espera contribuir com o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde e enfermagem e a segurança do paciente, fornecendo subsídios para o planejamento de ações estratégicas para a melhoria do cuidado.

1 INTRODUÇÃO

Os esforços para melhorar a qualidade e o valor dos serviços de saúde evoluíram no último século. A cada conquista surgem novos desafios, exigindo a adição de novas diretrizes e abordagens (Batalden; Foster, 2021).

Apesar deste avanço, em algumas áreas o progresso tem sido lento e desigual, persistindo ainda problemas como a segurança do paciente ou então cobertura vacinal da população (Organização Mundial da Saúde, 2018).

Cuidados de saúde de má qualidade estão associados a um número acima do esperado de mortalidade em países de baixa renda, sendo que para mudança neste índice, considera-se que melhorar a qualidade na assistência à saúde trará melhores resultados do que aumentar o acesso à assistência de má qualidade (Hanefeld; Powell-Jackson; Balabanova, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de atendimento abaixo do padrão além de contribuir para a carga global de doenças e necessidades de saúde não atendidas, exerce um impacto econômico substancial, com implicações de custo consideráveis para os sistemas de saúde e comunidades em todo o mundo (OMS, 2018). Uma evidência disso é a estimativa de que cerca de 134 milhões de eventos adversos (EA)¹ e 2.620.412 mortes ocorram anualmente como resultado de cuidados de saúde inseguros em países de baixa e média renda, com uma taxa de EA em torno de 8%, dos quais 83% são evitáveis (OMS, 2021).

Um importante fator para melhoria da qualidade do atendimento é a qualificação profissional, visto que trabalhadores de saúde qualificados, motivados e adequadamente apoiados são fundamentais para a assistência de qualidade (OMS, 2018). Os profissionais de saúde qualificados são aqueles que possuem a formação necessária e atualizada para prestar cuidados de saúde de alta qualidade, seja em ambientes de atenção primária ou especializada (Organização Pan Americana de Saúde, 2023).

Além da formação, possuem as competências necessárias para prestar cuidados de saúde eficazes e seguros. Esses profissionais são essenciais para a promoção da saúde e a melhoria dos resultados clínicos, especialmente em

¹ Evento adverso “é um incidente que resulta em danos para o doente” (OMS, 2009).

contextos de alta pressão, como os sistemas de saúde em países de em desenvolvimento (Connell; Finn; Sixsmith, 2023).

Comparados a outros ambientes de assistência à saúde, a equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) está exposta a altos níveis de estresse, sendo continuamente expostos a situações profissionais difíceis, confrontos, sobrecarga, estresse emocional e ao impacto psicológico do cuidado de pacientes terminais (Unjai; Forster; Mitchell; Creedy, 2022).

Como integrante da equipe multiprofissional, a equipe de enfermagem - composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nas UTI desempenha papel crucial no cuidado de pacientes críticos, como monitorar continuamente os pacientes, administrar medicações, realizar procedimentos de cuidado intensivo e prestar suporte emocional tanto aos pacientes quanto às suas famílias (Freitas; Lourenço; Carvalho, 2023).

A complexidade do ambiente de UTI exige que a equipe de enfermagem tenha conhecimentos especializados e habilidades técnicas avançadas, além de capacidade para trabalhar sob pressão e em situações de alta complexidade clínica (Freitas; Lourenço; Carvalho, 2023).

Além disso, a humanização do cuidado é enfatizada na prática da enfermagem em UTI. Os profissionais são treinados para oferecer um cuidado que respeite a dignidade e individualidade dos pacientes, promovendo um ambiente de cuidado que vá além dos aspectos técnicos e incorpore a empatia e a comunicação eficaz (Freitas; Lourenço; Carvalho, 2023).

A formação contínua e a atualização profissional são essenciais para a equipe de enfermagem da UTI, dada a evolução constante das práticas e tecnologias de saúde. A literatura destaca a importância da educação permanente para preparar os profissionais para lidar com as complexidades e desafios do ambiente de terapia intensiva (Araújo *et al.*, 2022).

Ademais, destaca-se que para o alcance da qualidade na saúde é necessário planejamento - viabilizado por meio de princípios como transparência, cuidado centrado nas pessoas, medição e geração de informação e investimento na força de trabalho, os quais são sustentados pela liderança e cultura de apoio (OMS, 2018).

Nesse sentido, a atuação do líder impacta direta e significativamente a qualidade da assistência à saúde, pela forma como gerencia o serviço, quer em

termos ambientais, humanos ou técnicos (Fradique; Mendes, 2013). Santos *et al.* (2018) correlacionaram a liderança de enfermagem à qualidade do atendimento, pelo estabelecimento de liderança dialógica, trabalho horizontal com a equipe e aprimoramento profissional.

A segurança do paciente, como dimensão da qualidade na assistência, também sofre impacto da liderança, que quando exercida de forma ineficaz, somada à falta de apoio da gestão, é considerada barreira para implementação de ferramentas de melhoria (Dariel; Cristofalo, 2020).

Roberson e Kirsh (2019) corroboram com esta ideia, pois afirmam que o que pode parecer um problema de desempenho individual pode na verdade, ser uma falha do sistema, especificamente, uma falha de liderança.

A liderança da enfermagem possui efeito significativo, embora indireto, sobre a segurança do paciente, por meio do fortalecimento do ambiente de trabalho e das relações líder-enfermeiro, especialmente desenvolvendo relacionamentos eficazes (Wang; Dewing, 2021).

Ademais, líderes influenciam atitudes e comportamentos de seus seguidores, assim como os inspiram por meio de comunicação eficaz, a qual estimula confiança e engajamento, e conseqüentemente, maior satisfação no trabalho (Abelha; Carneiro; Cavazotte, 2018).

Alguns estudos apontam os efeitos sobre a qualidade no atendimento tanto por meio da liderança do enfermeiro quanto do desempenho dos profissionais de enfermagem impactado pelo seu ambiente de trabalho (Aiken *et al.*, 2012; Bala *et al.* 2021; Campanha *et al.* 2020), o que então justifica o investimento no desenvolvimento da liderança do enfermeiro como uma potencialidade para influenciar positivamente ambientes e profissionais almejando a qualificação do cuidado.

O líder é fundamental no empoderamento da equipe, influenciando positivamente o engajamento e a permanência no trabalho, promovendo melhores resultados para a organização e para os pacientes. (Bukhari *et al.*, 2018).

O empoderamento estrutural fornece ao líder maior acesso às informações organizacionais necessárias para tomar decisões mais adequadas e para exercer influência (Valle *et al.*, 2021), possibilitando criar condições no ambiente de trabalho que levam à diminuição do *burnout*, aumento do

desempenho profissional, melhoria do respeito e cooperação entre os membros da equipe de saúde, impactando diretamente na satisfação e na segurança do paciente (Bish, Kenny, Nay; 2014; Laschinger *et al.*; 2001, 2004).

Nesse sentido, o empoderamento estrutural pode contribuir para o desenvolvimento da liderança do enfermeiro, pois ao desenvolver um comportamento empoderador, o líder capacita seus liderados para maior autonomia (Macphee *et al.*, 2014), além do que, contribui para satisfação profissional, diminuição de índices de burnout, aumento do comprometimento organizacional, impactando positivamente na segurança do paciente e na qualidade do cuidado (Eskandari *et al.*, 2017; Goedhart; Van Oostveen; Vermeulen, 2017, Laschinger *et al.* 2001b, Fragkos; Makrykosta; Frangos, 2019).

Estudo corrobora com estes achados, apontando a influência do empoderamento estrutural na diminuição de EA e na melhoria da qualidade do atendimento (Asif *et al.*, 2019).

A atuação do líder nas organizações de saúde mostra-se necessária para a qualidade do cuidado prestado, porém é preciso lembrar que a prestação de serviços em saúde obtém produtos subjetivos, que dependem do trabalho de profissionais, que por sua vez estão inseridos em equipes e são essenciais para a assistência à saúde da população.

O cuidado seguro e de qualidade depende de requisitos organizacionais, mas sabe-se que o comportamento e desempenho dos profissionais de saúde são fatores que influenciam de maneira direta os resultados (Flott; Fontana; Darzi, 2019).

Assim, estratégias - individuais, coletivas ou organizacionais, que gerem ações de melhoria, impactarão na qualidade do cuidado. Diante disso, o comportamento empoderador do líder (CEL) pode mobilizar seus liderados para o alcance da qualidade no cuidado, utilizando diversas estratégias para isso, dentre as quais contribuir para o desenvolvimento do comprometimento organizacional afetivo (COA).

O COA enfoca “o afeto para com a organização, que estimula o indivíduo a permanecer porque gosta, compartilha valores e envolve-se com os papéis organizacionais” (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021, p. 230), portanto, o COA poderá impactar indiretamente na qualidade do cuidado pela mudança do comportamento dos profissionais.

Diante disso, a liderança é considerada ponto chave nas organizações de saúde, devido ao seu grande potencial de influência sobre os resultados organizacionais, merecendo, desta forma, devido destaque no desempenho de qualidade nos serviços de saúde, como por exemplo, o emprego de esforços no desenvolvimento das lideranças.

A temática liderança mostra-se importante no campo da pesquisa, como apontado em uma revisão de literatura nacional que encontrou as três temáticas mais pesquisadas na psicologia organizacional, sendo uma delas a produção conceitual sobre comportamento humano nas organizações, sendo a liderança um subtema (Gondim; Borges-Andrade; Bastos, 2022).

Além disso, mostra-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas sobre liderança na enfermagem brasileira (Ortega *et al.*, 2018), visto que, relatório organizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sobre o perfil da enfermagem no Brasil destacou a ausência de programas de desenvolvimento de liderança em enfermagem, apontando desta maneira, uma lacuna no desenvolvimento neste âmbito no país (Oliveira *et al.*, 2020).

Neste contexto, outra revisão de literatura acerca da produção brasileira sobre liderança, apontou aumento nas publicações sobre desenvolvimento da liderança, mas pesquisas sobre antecedentes como o afeto de liderados, permanece como uma lacuna na produção científica nacional. Já no cenário internacional os temas emergentes foram principalmente o desenvolvimento de liderança com viés multidisciplinar e liderança compartilhada (Santos, Porto, Borges-Andrade, 2021).

Segundo Cummings *et al.* (2018) os mecanismos de como o comportamento do líder impacta os resultados não são bem compreendidos. Desta maneira, tendo em vista que o líder é o elo entre os profissionais e a gestão nas organizações de saúde, compreender a relação entre o CEL, o COA e a qualidade do cuidado mostra-se uma proposta de pesquisa com enfoque inovador, ao associar referenciais da psicologia organizacional com a qualidade do cuidado de enfermagem.

Além disso, compreender essas relações por meio da percepção de liderados é fundamental para o desenvolvimento da liderança, pois liderados e líderes são interdependentes e os primeiros influenciam as organizações com

base em seus julgamentos sobre seguir ou não o líder (Honan; Lasiuk; Rohatinsky, 2022).

Ademais, a literatura sobre liderados na enfermagem é escassa, mostrando-se necessária maior compreensão na perspectiva da área para promover comportamentos de seguimento eficazes (Honan; Lasiuk; Rohatinsky, 2022) e assim, propiciar a qualidade do cuidado.

Mediante os conceitos apresentados e suas relações, questiona-se como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade?

Para tal, este estudo investiga por meio de casos, o empoderamento estrutural e psicológico em instituições hospitalares de natureza jurídica diferentes, e pretende-se revelar se o comportamento empoderador do enfermeiro líder contribui para o desenvolvimento do COA de seus liderados, com impactos na qualidade do cuidado de enfermagem.

2 OBJETIVO

Compreender as relações do comportamento empoderador do líder com o empoderamento estrutural e psicológico, comprometimento organizacional afetivo de liderados e a qualidade do cuidado de enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Lacerda, Silva, Gome e Souza (2024, p.3) a revisão de literatura dentro de uma pesquisa possui um

[...] propósito mais restrito e específico, é a estrutura que mostra logicamente como o objeto ou fenômeno de estudo está apresentado no contexto da literatura; é como uma revisão narrativa do estado da arte acerca do problema de pesquisa, do fenômeno a ser investigado, inclusive apontando a lacuna do conhecimento a ser preenchida.

A seguir serão apresentados os principais tópicos relacionados à esta pesquisa.

3.1 QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Segundo a OMS (2009, p. 132) qualidade na saúde significa

Em que medida os serviços de saúde para indivíduos e população aumentam a probabilidade de desfechos médicos desejáveis e estão em conformidade com o conhecimento profissional atual.

A qualidade dos serviços prestados no setor saúde é considerada primordial, uma vez que impacta diretamente na vida dos indivíduos e na sociedade como um todo (Dutra; Gomes, 2020).

Existe consenso de que os serviços de saúde em todo o mundo devem ser eficazes, seguros e centrados nas pessoas. Isso implica oferecer cuidados baseados em evidências, evitar danos aos pacientes e atender às preferências e necessidades individuais (OMS, 2018).

Além disso, é essencial que esses serviços sejam oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Isso implica reduzir os tempos de espera, garantir que a qualidade do atendimento não seja afetada por questões como idade, sexo ou localização geográfica, coordenar os cuidados entre diferentes níveis e provedores, e maximizar o uso eficaz dos recursos disponíveis, evitando desperdícios (OMS, 2018).

Embora não haja um único conceito aceito sobre qualidade na saúde, é indispensável compreender que ela é composta por vários componentes, atributos ou dimensões (Brasil, 2013).

O conceito e as dimensões são diferentes segundo o autor que os define (Martins, 2019), porém é importante definir o conceito de qualidade que será utilizado pela organização de saúde, que melhor se alinha à sua missão e contexto em que está inserido (Brasil, 2013).

A evolução das dimensões da qualidade no cuidado à saúde, conforme apontado por Martins (2019) (Quadro 1), reflete as mudanças na assistência à saúde ao longo do tempo, incorporando dimensões que se adaptam às transformações, refletindo a atualidade.

QUADRO 1 - DIMENSÕES DA QUALIDADE NA SAÚDE.

Autor ano	Brook <i>et al.</i> 1977	Donabedian 1980	Holland 1983 Long 1985	Donabedian 1990	Aday <i>et al.</i> 1993	<i>Institute of Medicine (IOM) 2001</i>
Dimensões (atributos)	Componente técnico Processo diagnóstico Processo terapêutico “Arte” do cuidado Interação médico e paciente	Qualidade técnico-científica Acessibilidade e disponibilidade Relações interpessoais Continuidade	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade Equidade Eficácia Otimização Aceitabilidade Legitimidade	Eficiência Efetividade Equidade	Eficiência Efetividade Equidade Centralidade no paciente Segurança Oportunidade

FONTE: Adaptado de Martins (2019).

Donabedian, considerado um dos precursores na área da qualidade na saúde, foi o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde; e em sua conceituação mais ampla, proposta em 1990, estabeleceu os setes pilares para a qualidade do cuidado (Quadro 2) (Donabedian, 1990).

QUADRO 2 – DEFINIÇÃO DOS SETE PILARES PARA QUALIDADE DO CUIDADO SEGUNDO DONABEDIAN.

(continua)

Eficiência	Diz respeito ao uso otimizado dos recursos para alcançar os resultados desejados. Trata-se de obter o máximo de resultados com o mínimo de recursos.
Efetividade	Avalia o impacto real de uma intervenção quando aplicada na prática cotidiana. Diferente da eficácia, a efetividade considera as condições normais de operação.
Equidade	Garante que os serviços de saúde sejam distribuídos de forma justa e igualitária, sem discriminação.
Eficácia	Capacidade de produzir resultados desejados sob condições ideais. É a medida de quão bem uma intervenção funciona no melhor cenário possível.

(conclusão)

Otimização	Envolve o equilíbrio entre custos e benefícios, garantindo que os benefícios adicionais justifiquem os custos adicionais.
Aceitabilidade	Relaciona-se com a conformidade dos serviços de saúde com as expectativas, desejos e valores dos pacientes e da sociedade.
Legitimidade	Refere-se à conformidade dos serviços de saúde com normas sociais, culturais e éticas.

FONTE: Donabedian (1990) (tradução nossa).

Esse autor considera que essas dimensões da qualidade são resultantes de dois fatores: a ciência e a tecnologia aplicadas à assistência à saúde (envolvendo ciências e tecnologia biológicas, do comportamento e outras) e a real aplicação dessa ciência e tecnologia à prática. (Martins, 2019).

Diante dos conceitos e pressupostos concebidos por Donabedian, a qualidade na assistência à saúde deve perpassar desde a estruturação para o atendimento com aparato tecnológico, até o dimensionamento adequado de profissionais e capacitação permanente destes; assim como, processos de trabalho fundamentados em evidências científicas atuais e reconhecidas para o estabelecimento de protocolos assistenciais (Pessoa *et al.*, 2022).

Além de sua contribuição com o estabelecimento dos sete pilares da qualidade, em 1960, Donabedian propôs a mensuração da qualidade na saúde, fundamentado na teoria de sistemas, por meio de um modelo de três elementos, conhecido como “tríade donabediana”: estrutura, processo e resultado, que são considerados “abordagens para obter informações a respeito da presença ou ausência dos atributos” (Martins, 2019, p.34).

Estrutura está relacionada aos componentes estáveis necessários para prestar assistência, como área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (Brasil, 2018).

Processo compreende o cuidado prestado pelos profissionais de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente (Martins, 2019).

Resultado consiste nas mudanças (desejáveis ou indesejáveis) na saúde dos indivíduos ou populações, incluindo mudanças no estado de saúde; no nível de conhecimento ou comportamento adquirido pelos pacientes ou sua

família, que podem influenciar a saúde futura; na satisfação dos pacientes e familiares com o cuidado e seus resultados (Martins, 2019).

Não somente os resultados obtidos devem ser avaliados, mas também a estrutura e processos envolvidos, a fim de analisá-los para compreensão e identificação de como se chegou nesses resultados, e assim, permitir o planejamento de melhorias não só da qualidade, mas também da eficiência da gestão na saúde (D’Innocenzo; Adami; Cunha, 2006).

É preciso compreender que assegurar uma estrutura adequada não garante um serviço de qualidade, pois o fazer dos profissionais durante a assistência à saúde possui impacto, com seus valores morais, sua formação profissional, sua atualização técnico-científica e o seu comprometimento (Vargas *et al.*, 2007), denotando, portanto, ser, o fator humano, imprescindível para o desenvolvimento da qualidade no atendimento devido sua influência no processo e, conseqüentemente, no resultado.

Além de Donabedian, cabe destacar os atributos da qualidade descritos, em 2001 pelo *Institute of Medicine (IOM)* dos Estados Unidos, que definiu seis dimensões da qualidade: segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (Quadro 3). O *IOM* trouxe pela primeira vez a segurança do paciente como atributo da qualidade (IOM, 2001).

QUADRO 3 – DIMENSÕES DA QUALIDADE DO CUIDADO SEGUNDO O IOM.

Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Prestar cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, garantindo que os valores dos pacientes orientem todas as decisões clínicas.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Evitar desperdício, incluindo desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Prestar cuidados que não variem em qualidade por causa de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

FONTE: IOM (2001) (tradução nossa).

Mais recentemente, a OMS (2020) apontou os principais componentes do cuidado de saúde de qualidade bem como suas definições (Figura 1), mostrando-se próximos dos conceitos estabelecidos pelo *IOM*.

FIGURA 1 - DEFINIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE.

Cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, mas é cada vez mais reconhecido que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser:

- **Eficazes:** prestando cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam.
- **Seguros:** evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam.
- **Centrados nas pessoas:** prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos.

Para além disso, para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser:

- **Oportunos:** reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados.
- **Equitativos:** prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política.
- **Integrados:** prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida.
- **Eficientes:** maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.

FONTE: OMS (2020).

Esses conceitos destacam a importância de um sistema de saúde que não apenas trate doenças, mas também promova o bem-estar geral, respeitando os direitos humanos e a dignidade dos pacientes. A OMS destaca que melhorar a qualidade do cuidado é um processo contínuo que requer a colaboração entre governos, profissionais de saúde, pacientes e comunidades para construir sistemas de saúde resilientes e responsivos (OMS, 2020).

Assim, os conceitos das dimensões da qualidade mostram-se fundamentais na construção de sistemas de saúde qualificados, pois colaboram com as organizações de saúde como parâmetros a serem perseguidos, auxiliando a tomada de decisão, sendo que a partir destes as instituições poderão desenvolver um planejamento de melhoria contínua de seus processos de trabalho visando sempre a qualidade assistencial.

A pandemia ocasionada pela *Corona Virus Disease – 19 (Covid-19)* revelou a fragilidade dos sistemas de saúde em termos de qualidade, principalmente no que tange à adequação, segurança, acesso/oportunidade e efetividade. Isso evidenciou a necessidade urgente de repensar a forma de

prestação de assistência à saúde, buscando a consolidação de boas práticas de saúde (Pessoa *et al.*, 2022).

Investir em organizações seguras e em uma gestão responsável, considerando os atributos e domínios da qualidade do cuidado em saúde, torna-se, portanto, essencial para superar as deficiências expostas e fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde (Pessoa *et al.*, 2022).

Entidades internacionais recomendaram que a qualidade seja priorizada na cobertura universal à saúde, com atenção especial à medição da qualidade nos níveis local, nacional e internacional (Syed *et al.*, 2018), buscando indicadores que apontem de forma objetiva os resultados da assistência prestada, fornecendo assim, subsídios para melhorias dos sistemas de saúde.

Reforçando essa necessidade de avaliação da qualidade na saúde, uma pesquisa revelou a preocupação de usuários do sistema de saúde quanto a qualidade do cuidado, apontando incidentes e EA vivenciados, relacionados a medicamentos, infecções e cirurgias, considerando como fatores contribuintes a comunicação e a estrutura dos serviços (Villar; Rabello; Martins, 2022).

Dada a importância da avaliação da qualidade, no exterior, iniciativas para este fim foram criadas, como em 1951, da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)* e da *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*, em 1985, no Brasil o desenvolvimento da qualidade voltada para área da saúde surgiu após a criação do Sistema único de Saúde (SUS) em 1990 (Ruggiero, 2021).

Em 1992, a OMS em parceria com a OPAS elaborou o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe, tendo como um dos colaboradores o médico brasileiro Humberto Novaes que era um dos dirigentes da OPAS. Não houve grande adesão no país ao estabelecido pelo manual, mas foi o suficiente para que alguns grupos no país iniciassem medidas voltadas a qualidade em seus contextos locais (Ruggiero, 2021).

Essas iniciativas realizadas por estes grupos incitaram o Ministério da Saúde (MS) brasileiro a criar um projeto voltado para o desenvolvimento da qualidade na assistência à saúde no país, culminando na elaboração do Manual de Acreditação, que visou padronizar as iniciativas regionais em um projeto

nacional, que levou à construção do Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais, publicado em 1998, e, inicialmente, testado em 17 hospitais espalhados por todas as regiões do país (Ruggiero, 2021).

Os testes realizados nesses hospitais fizeram o MS compreender que além do manual, era necessário a criação de um órgão específico, voltado para as questões da qualidade, o que levou à criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), tendo sua fundação oficializada em 2001 (Ruggiero, 2021).

A ONA estabeleceu-se como uma entidade fomentadora da qualidade, a qual definiu padrões a serem seguidos pelas organizações de saúde no Brasil, determinando níveis de acreditação, que as certificam perante a sociedade, de que as práticas, gestão e assistência à saúde são de qualidade, sendo que para atingir cada nível, que vai de um a três (sendo o nível três o que indica maior qualidade), há critérios a serem seguidos. Atualmente a ONA é a única instituição brasileira que certifica os estabelecimentos de saúde em relação a padrões de qualidade (Ruggiero, 2021).

Dessa forma, a qualidade torna-se de extrema importância na assistência à saúde das pessoas, configurando-se como uma meta a ser alcançada por todos os serviços de saúde, e devido a tamanha importância merece atenção condizente, precisando ser constantemente avaliada. Contudo, para alcançá-la é necessário ir além da avaliação, e nesse sentido, há outros componentes que a fortalecem, que levam à uma abordagem indireta da qualidade, como por exemplo, investir em medidas que elevam o desempenho dos profissionais no trabalho.

O IOM destaca a importância do papel dos enfermeiros na promoção da equidade nos cuidados de saúde, mas para isso, precisam assumir funções de liderança. Estes profissionais desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de alta qualidade, seguros, centrados na pessoa, oportunos, eficientes e equitativos, sendo vitais em reduzir lacunas nos resultados de saúde e melhorar a equidade em todos os níveis (IOM, 2021).

O estudo de Campanha *et al.* (2020), atribuiu à liderança do enfermeiro a melhora direta e indireta na qualidade do cuidado, por meio de comunicação assertiva e participativa, relações interpessoais mais saudáveis, inspiração de equipes e pessoas, competência técnica, autodesenvolvimento, aumento da

produtividade, alcance de metas organizacionais, incluindo assistenciais, e mais assertividade no planejamento.

Corroborando, Bala *et al.* (2021) conferem à enfermagem a maior parte da responsabilidade pela qualidade do cuidado nos serviços de saúde. Segundo os autores, atitudes sociais negativas, falta de estruturas organizacionais desenvolvidas, habilidades de liderança insuficientes, falta de funcionários e falta de oportunidades de enfermagem apropriadas, causam insatisfação no trabalho, a qual teve um efeito negativo na qualidade dos cuidados de saúde no contexto pesquisado.

Hospitais com bons ambientes de trabalho e a retenção de uma força de trabalho de enfermagem qualificada e comprometida têm pacientes e enfermeiros mais satisfeitos e evidências de melhor qualidade e segurança no atendimento (Aiken *et al.*, 2012).

A liderança do enfermeiro impacta diretamente na qualidade do cuidado, promovendo comunicação eficaz, relações interpessoais saudáveis e inspirando equipes. Por outro lado, a falta de estruturas organizacionais adequadas, habilidades de liderança insuficientes e falta de oportunidades podem levar à insatisfação no trabalho, afetando negativamente a qualidade dos cuidados.

No entanto, hospitais com ambientes de trabalho favoráveis e enfermeiros qualificados tendem a oferecer melhores resultados de qualidade e segurança no atendimento.

Antes de adentrar sobre a ligação entre qualidade no cuidado de enfermagem e liderança, é preciso compreender com mais profundidade conceitos e abordagens de liderança, e qual a influência do líder sobre o comportamento e comprometimento das pessoas, que serão abordados na seção a seguir.

3.2 LIDERANÇA

A liderança é considerada “um fenômeno complexo, multideterminado e multinível”, uma vez que é multideterminado, tanto pelas pessoas envolvidas, líder e liderado, ou seja, ocorre entre as pessoas e não sobre pessoas; como pelo contexto em que ocorre e por possui diversas abordagens e perspectivas teóricas (Bendassolli; Magalhães; Malvezzi, 2014, p.415).

Sturm, Herz, Antonakis (2021) a consideram como um processo social, dependente das características do líder, dos seguidores e da interação entre os dois, que se relaciona ao seu contexto, dentro de um meio social mais amplo.

Isso faz com que a literatura sobre liderança traga diversos conceitos sobre o termo (Borges; Haddad, 2022; Santos, 2022; Policarpo; Borges, 2017; Bendassolli; Magalhães; Malvezzi, 2014), porém as diferentes interpretações não devem ser vistas como excludentes, e sim complementares, oportunizando uma visão mais ampla da temática (Policarpo; Borges, 2017).

O estudo sobre a liderança originou teorias a seu respeito, acompanhando o desenvolvimento das teorias administrativas. As principais abordagens teóricas sobre liderança segundo Israel (2021) são: Teoria dos Traços, Teoria Comportamental, Teoria Contingencial, Teoria Transacional, Teoria Transformacional, Liderança Servidora e Liderança 4.0. A seguir será discorrido sobre cada uma delas, porém, cabe ressaltar, que há outras teorias além destas.

A Teoria dos Traços, surgiu entre 1904 e 1949, centrava-se no líder, e concebeu a liderança como uma habilidade inata do indivíduo, pressupondo que características de sua personalidade, como autoconfiança, percepção, inteligência, orientação e domínio o tornavam eficaz (Israel, 2021; Oliveira, Kubo, Oliva; 2018).

Assim, o líder possuía características pessoais que os levavam a exercer a liderança, porém essa teoria recebeu críticas por se apoiar em estudos com metodologias frágeis, e por não considerarem o contexto e os liderados no processo da liderança (Rodrigues; Ferreira; Mourão, 2013).

Dessa teoria adveio a ideia de habilidades, como criatividade, organização, persuasão, diplomacia, gerenciamento de tempo e conflitos, construção de equipes; e competências, como integridade, autoconfiança, inteligência emocional e conhecimento do negócio, necessárias para uma liderança eficaz (Chiavenato, 2021).

A Teoria Comportamental surgiu na década de 1930 com os estudos de Kurt Lewin, com foco no comportamento do líder, defendendo que é possível aprender e aperfeiçoar a liderança. Estudiosos da época desenvolveram pesquisas que propuseram formas distintas de compreensão da liderança sob a ótica dessa teoria (Rothmann; Cooper, 2017).

O estudo de Iowá, conduzido por Lewin e colaboradores apontou para três estilos de liderança: autocrático, democrático e *laissez-faire* (Rothmann; Cooper, 2017).

O estilo autocrático, possui comportamentos voltados ao alcance de metas; é autoritário, possui uma postura impositiva e rígida, concentrando todo processo decisório em si, refletindo nos liderados sentimentos de tensão e frustração, limitando a iniciativa e a criatividade, e assim gerando insatisfação (Ornelas *et al.*, 2018; Silva, Haveroth, Cunha, 2022).

Já o estilo democrático ocupa-se das necessidades dos liderados, coesão do grupo e participação nos processos decisórios (Israel, 2021), preocupando-se em ouvir aqueles que estão em sua equipe, orientando e incentivando-os a participação democrática, promovendo a confiança, e levando a melhores condições de trabalho além de ser um fator motivacional (Ornelas *et al.*, 2018).

No estilo *laissez-faire* ou liberal, a atuação do líder é mínima, não se envolve nos processos decisórios e não estabelece objetivos e metas (Rodrigues; Ferreira; Mourão, 2013), os liderados têm total liberdade para atuarem e decidirem, o que acarreta baixa produção, com os indivíduos ocupando-se com assuntos pessoais e desenvolvimento de atividades ao acaso, sem um direcionamento adequado (Ornelas *et al.*, 2018).

Já os estudos conduzidos na Universidade de Michigan na década de 1940, concentraram-se em duas dimensões do comportamento do líder: orientado para o empregado e para a produção (Rothmann; Cooper, 2017), sendo que o primeiro se concentrava no relacionamento com os subordinados e seu bem-estar, geralmente obtendo grupos de trabalhos mais produtivos, e o segundo, centrado no trabalho a ser feito (Chiavenato, 2021).

O estudo conduzido por Bales, em 1953 na Universidade de Harvard, apontou dois tipos de comportamento do líder: liderança de tarefa e liderança socioemocional. O líder de tarefa conduz seus liderados para o cumprimento de objetivos. O líder socioemocional preocupa-se com seus liderados e suas necessidades, fazendo com que estes participem dando sugestões (Rothmann; Cooper, 2017).

A Teoria Contingencial, desenvolvida por Fiedler em 1967, propõe que a eficácia da liderança se dá no “grau de ajuste entre o estilo de um líder e o

ponto até o qual uma situação específica permite que ele exerça influência sobre o grupo, levando a crença de que qualquer um pode ser líder, basta ser treinado para tal (Pereira; Maranhão; Rezende, 2018).

Esta última teoria defende que líderes e liderados trabalham juntos para a solução de determinadas situações, desenvolvendo-as em conjunto, não havendo, portanto, uma única forma de liderar (Abi Rached; Santos; Ferreira, 2020).

A Teoria Transacional é baseada em um relacionamento de trocas entre líder e liderado. Nessa abordagem, o líder aponta o que o liderado precisa fazer para ser recompensado, assim como o acompanha em seu trabalho, mostrando como corrigir erros ou então procedendo as ações corretivas (Dias; Rocha; Granjeiro, 2022).

Essa teoria é orientada para curto prazo, e tem sido associada a ambientes estáveis e previsíveis, desempenho organizacional aceitável e organizações estabelecidas, sendo útil para institucionalizar, reforçar e refinar o conhecimento existente, favorecendo culturas fechadas, estruturas mecanicistas e sistemas e procedimentos formais (Baskarada; Watson; Cromarty, 2017).

“Líderes transacionais são, em resumo, negociadores e alocadores de recursos”, preocupando-se em suprir as necessidades de seus liderados como recompensa em troca do cumprimento daquilo que lhes foi determinado, assim como o não cumprimento deverá receber punições (Soardo; Fanton; Goulart Jr., 2020, p.3100).

Diferentemente, o líder transformacional alcança mudança no comportamento de seus seguidores por meio de seu carisma e visão; sendo capaz de desenvolver motivação pessoal entre eles. A liderança transformacional é composta de motivação inspiradora, influência idealizada, consideração individualizada e estimulação intelectual (García-Guiu *et al.*, 2016).

Segundo estudo de Ferreira *et al.* (2020), os enfermeiros que desenvolveram a liderança transformacional mostraram-se mais abertos e atentos às necessidades de sua equipe e de seus pacientes. Acrescentaram ainda que, esta abordagem de liderança otimiza a força de trabalho ao integrar seus membros ao orientá-los para a tarefa a ser realizada.

Porém, essa teoria é criticada por não haver clareza dos processos e comportamentos adotados pela teoria e pela ênfase na importância do líder

individual e seu poder, influência e personalidade; a influência das variáveis situacionais da liderança nos resultados, como cultura, contexto e competência do seguidor (Lo; Mckimm; Till, 2018), assim como esgotamento dos recursos dos líderes e aumento da exaustão emocional destes a longo prazo é amplamente ignorada (Zwingmann; Wolf; Richter, 2016).

Em contrapartida, Specchia *et al.* (2021) apontaram em sua revisão sistemática, que a liderança transformacional está associada a maior satisfação no trabalho para o líder e os liderados, sendo que com enfermeiros, resulta em eficiência e esforço para o alcance de metas.

A liderança servidora foi citada por Greenleaf em 1977, sob a perspectiva de que o líder é o primeiro que deve servir, priorizando as necessidades e o crescimento pessoal de seus liderados, buscando ajudar as pessoas a serem e fazerem seu melhor (Dias; Moraes Filho, 2020).

Heyler e Martin (2018) apontaram em seu estudo que a liderança servidora traz benefícios em diferentes contextos, na gestão de enfermagem, como aprendizado organizacional e diminuição de *turnover*.

Segundo Oliveira, Santos e Biazin (2016, p. 105) ser um líder servidor é escolher por “deixar os conceitos gerenciais de atuar com ditames e regras” e atuar em um processo no qual a decisão é compartilhada com seus liderados, buscando o bem comum de todos.

Já a Liderança 4.0 está vinculada ao conceito da indústria 4.0 (Israel, 2021), termo que surgiu na Alemanha em 2011, considerada a quarta revolução industrial, constituída das novas tecnologias de informação e inteligência, que possibilitam maior eficiência na produção.

São exemplos dessas novas tecnologias a internet das coisas, computação em nuvem, impressão 3D, *big data*, sistemas e máquinas inteligentes (Germano, Mello, Motta, 2021).

A tecnologia rápida, exponencial e disruptiva está impulsionando mudanças globais rápidas e abrangentes nos sistemas sociais, econômicos e políticos em um ritmo e escala que superam a capacidade de acompanhamento da liderança (Mdluli; Makhupe, 2017).

Nesse novo contexto, da era digital, os líderes precisam aplicar um conjunto diferente de conhecimentos, habilidades e atitudes de liderança para obter sucesso em suas organizações devido às rápidas mudanças sustentadas

por novos modelos de negócios, precisam ser capazes de trabalhar além das fronteiras para reunir grupos díspares e diversos de pessoas, processos e tecnologias, e reconfigurá-los em tempo real para aumentar a probabilidade de sobrevivência da organização (Mdluli; Makhupe, 2017).

O tema liderança é estudado há mais de um século, e mediante as diversas abordagens teóricas apresentadas é possível observar que o conceito sobre liderança e seus aspectos modificam-se ao longo do tempo, acompanhando a evolução da sociedade, principalmente as mudanças no campo econômico, de forma que à medida que as relações de trabalho e modos de produção modificam-se, e, conseqüentemente, o perfil exigido de trabalhador pelas organizações também, o perfil de líder acompanha essas mudanças, remodelando-se (Israel, 2021).

A maneira como o líder se comporta influencia as atitudes e comportamentos de seus liderados (Ornelas *et al.*, 2018), portanto compreender as diversas formas de liderar torna-se importante para o desenvolvimento das organizações, uma vez que são as pessoas que trabalham nela as maiores responsáveis por seu sucesso ao serem considerados parceiros estratégicos para o alcance das metas organizacionais (Jones-Schenk; Bleich, 2019).

Líderes desempenham um papel fundamental em influenciar as atitudes dos funcionários em relação aos clientes, pois determinam a qualidade do relacionamento da equipe, o que, conseqüentemente, fortalece a interação com os clientes externos, permitindo aumentar a qualidade dos serviços de saúde (Bruno; Dell'aversana; Zunino, 2017).

O líder influencia seus liderados guiando-os para o alcance de um objetivo comum, mostrando oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, e os fazendo aprender com seus erros (Ornelas *et al.*, 2018).

Essa influência é exercida através dos relacionamentos interpessoais, e, segundo Chiavenato (2021) está estritamente ligado ao conceito de poder e autoridade, sendo que poder é definido como o potencial de influência de uma pessoa sobre a outra, e autoridade, é o poder que uma pessoa tem advindo do papel ou posição que ocupa na estrutura organizacional.

Sturm, Herz, Antonakis (2021) corroboram com essa ideia, afirmando que o poder é necessário para os líderes exercerem influência e alcançar objetivos dentro de seu contexto, sendo que sem poder não se pode ser líder.

O poder exercido pelo líder pode ser decorrente da sua posição, ou seja, no que ele pode oferecer às pessoas, ou então, resultante da pessoa do líder, baseado na maneira como as pessoas o veem (Chiavenato, 2021).

Há seis tipos diferentes de bases de poder segundo Pierro *et al.* (2012):

- 1) Coercitivo: baseado no temor e coerção. Há medo de punições e penalidades.
- 2) Recompensa: o liderado espera obter algum tipo de recompensa, como incentivo, elogios, reconhecimento do líder.
- 3) Legítimo: decorre do cargo ocupado dentro da estrutura hierárquica organizacional.
- 4) Especialista: advém da especialidade, conhecimento, experiência ou talento do líder.
- 5) Referência: também chamado de carisma, o liderado reconhece no líder traços de personalidade desejáveis, levando-o a admirá-lo.
- 6) Informacional: cria mudanças ao fornecer razões persuasivas, que continuam sem exigir que a pessoa influenciada se refira ao influenciador.

Diante disso, o líder se utiliza de diferentes bases de poder, por meio de táticas distintas para alcançar objetivos específicos (Chiavenato, 2021).

A influência exercida pelo líder poderá obter três resultados:

- compromisso, gerando nas pessoas iniciativa e persistência para alcançar objetivos comuns (Kinicki; Kreitner, 2006), há comprometimento das pessoas pela aceitação e identificação com o líder (Griffin; Moorhead, 2006);
- concordância, gera um “acordo relutante ou insincero exigindo incitação subsequente para satisfazer requisitos mínimos” (Kinicki; Kreitner, 2006, p. 328), as pessoas acatam às solicitações desde que não necessite esforço extra (Griffin; Moorhead, 2006); e
- resistência, há rejeição às solicitações do líder (Griffin; Moorhead, 2006), levando à interrupção do trabalho, discussão improdutivo e rejeição.

Dessa maneira, o compromisso é o melhor resultado, pois gera melhor desempenho, sendo que táticas motivacionais, como gerar entusiasmo apelando

para emoções, ideais e valores é uma das formas de alcançá-lo (Kinicki; Kreitner, 2006).

Segundo Pierro *et al.* (2012), as bases de poder utilizadas pelo líder possuem relação com o tipo de liderança que ele exerce, e dependendo dela obtém-se maior ou menor comprometimento do liderado, como por exemplo a liderança carismática e transformacional foi positivamente associada às bases de poder de especialista, de referência, informacional e a legítimo, obtendo relação com o COA.

O poder do líder é aplicado por meio da política interna das organizações, pois é quando convertem seu poder em ação, estão fazendo política, (Chiavenato, 2021, Kinicki; Kreitner, 2006), e assim influenciam o processo decisório ou o comportamento das pessoas (Chiavenato, 2021).

Dessa forma, o líder impacta significativamente na cultura organizacional, promovendo os valores e comportamentos esperados. (Santana-Martins; Nascimento; Sánchez-Henarnádez, 2022). O comportamento das pessoas nas organizações pode ser influenciado pelos líderes quanto a atitudes, motivação e desempenho, que por sua vez podem afetar o comprometimento (Silva; Nunes; Andrade, 2019).

O comprometimento organizacional está relacionado à maior retenção de funcionários, e também com o engajamento dos mesmos, e a fim de alcançar as metas das organizações, e as teorias de liderança enfatizam que os líderes devem criar relacionamentos com seus liderados que estimulem seu comprometimento (Saher *et al.*, 2013), apontando desta forma, a relação entre liderança e comprometimento.

Compreende-se, desta forma, que o líder impacta veementemente nos resultados da organização, podendo ser um ponto chave para resultados com qualidade, devido sua influência no comportamento das pessoas no trabalho, podendo, por meio de seu comportamento, gerar maiores índices de satisfação, melhorar o desempenho, gerando comprometimento com as metas institucionais, desenvolvendo assim, um trabalho de melhor qualidade.

Diante disso, é imprescindível nas organizações de saúde, o investimento no desenvolvimento das lideranças, principalmente do Enfermeiro, por ser a enfermagem, a equipe de profissionais, que mais tempo passa com o paciente assistindo-o em suas necessidades de saúde, e, portanto, desempenha

ações que impactam na assistência à saúde, principalmente relacionada ao cuidado de enfermagem. Cabe ressaltar, que desenvolver as lideranças é um critério e uma exigência da certificação da qualidade da ONA (Ruggiero, 2021).

3.2.1 Qualidade no cuidado e a liderança do Enfermeiro

O cuidado de enfermagem é um componente essencial dos serviços de saúde, caracterizado por uma abordagem holística que visa atender às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes (Afonso *et al.*, 2024).

De acordo com a teoria de Watson, o cuidado de enfermagem vai além das intervenções técnicas, incorporando a teoria do cuidado humano, que enfatiza a importância da empatia, da comunicação e da presença genuína do enfermeiro na relação com o paciente (Afonso *et al.*, 2024).

O cuidado de enfermagem está intrinsecamente ligado à qualidade e segurança do paciente, sendo um dos pilares fundamentais para a prevenção de eventos adversos e promoção de um ambiente seguro e eficaz (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022).

O Enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem, e está presente em todos os níveis de atenção, coordenando equipes de saúde (Cassiani; Lira Neto, 2018), o que lhes confere potencial para transformação do sistema de saúde (Cassiani *et al.*, 2019), e diante de tamanha importância, a OMS reconheceu a enfermagem como crucial para a saúde em todo mundo, recomendando o desenvolvimento de programas para o desenvolvimento de líderes da enfermagem (Cassiani; Lira Neto, 2018).

Além disso, a maioria dos cargos de gestão são ocupados por Enfermeiros, pois estes profissionais possuem em sua formação um direcionamento para a liderança, (Lourenço; Silva; Assoni, 2021), o que reforça a importância de investimentos no desenvolvimento de líderes na enfermagem.

O contexto atual, diante da complexidade da atenção à saúde, torna necessária a atuação de líderes preparados, pois o êxito das organizações de saúde quanto às “metas fiscais, de satisfação do paciente e de qualidade do atendimento, depende principalmente das competências de liderança da enfermagem” (Anders *et al.*, 2021, p. 2).

A liderança é indispensável para o alcance de um alto desempenho e no aprimoramento das capacidades dos funcionários para melhorar a qualidade do atendimento e os resultados clínicos, assim, investir no aprimoramento da liderança de enfermeiros pode impactar na melhora da satisfação no trabalho, retenção e nível de prestação de serviço percebida da equipe de enfermagem (Ngabonzima; Asingizwe; Kouveliotis, 2020).

Diz e Lucas (2022) consideraram que a liderança em enfermagem pode contribuir na qualidade do cuidado prestado, devido sua influência no ambiente de prática da enfermagem, por meio da facilitação da comunicação contínua e eficaz; fortalecimento das relações intra e interprofissionais; construção e manutenção de equipes; e envolvimento dos pares.

O enfermeiro líder tem potencial de transformação de seu ambiente de prática, pois influencia todos aqueles que tem contato por meio de sua atuação profissional e comportamentos, e esses ao sofrerem esta influência poderão repassá-la aos demais (Campanha *et al.*, 2020).

Considerando que a enfermagem é o maior quantitativo de profissionais dentro das organizações de saúde e por atuarem em diversos níveis organizacionais, a liderança na enfermagem possui um papel fundamental nos processos de trabalho, podendo impactar na cultura organizacional (Campanha *et al.*, 2020).

A influência do enfermeiro líder sob o engajamento da equipe pode ser alcançada quando este insere seus liderados no processo decisório, de forma crítica e reflexiva, gerando, desta maneira, sentimento de pertencimento, amor e reconhecimento (Campanha *et al.*, 2020).

“Assim, líderes procuram a colaboração de sua equipe criando laços de confiança e facilitando as relações ao estimular a participação no planejamento e a prestação e avaliação da assistência” (Silva *et al.*, 2017).

O enfermeiro líder é visto como aquele que aproxima os membros da equipe, criando laços e confiança, é quem partilha conhecimentos e quem pode facilitar e aperfeiçoar as relações interpessoais, promovendo a motivação, satisfação e colaboração de seus liderados (Novato; Nunes, 2019).

Esse profissional é um modelo de inspiração para a equipe, uma vez que seu comportamento e atitudes são considerados modelos multiplicadores, como seu envolvimento no cotidiano da equipe, estímulo à prática segura, orientação

in loco, postura profissional, sua comunicação eficaz, que leva a confiança, engajamento e maior satisfação (Fusari *et al.*, 2021).

Como o líder, o enfermeiro deve ter a capacidade de avaliar perfis comportamentais e habilidades técnicas de seus liderados, desta maneira poderá direcioná-los de forma mais adequada no trabalho, respeitando as individualidades, e assim, favorecendo as competências e desenvolvendo as fragilidades (Fusari *et al.*, 2021).

Em ambientes críticos como um serviço de emergência, a revisão da literatura realizada por Freire *et al.* (2019) apontou que o enfermeiro líder é considerando fundamental para guiar a equipe de enfermagem para um cuidado de qualidade. Corroborando, a revisão de Kiwanuka *et al.* (2021) desvelou que o uso de práticas de liderança atenciosa e exemplar e estilos de liderança transformacionais e confiáveis garantem melhor qualidade de atendimento nas unidades de tratamento intensivo.

Além disso, o Enfermeiro como líder deve conhecer os membros de sua equipe, na tentativa de compreender as expectativas de cada um, pois acordos formais e informais feitos, cumprimento de promessas, desejos e expectativas influenciam a qualidade do desempenho individual e, portanto, os resultados organizacionais em relação à qualidade do atendimento, bem como a satisfação e o comprometimento dos funcionários (Schalk; Dijik, 2005).

O enfermeiro é o gerente do cuidado, responsável pela equipe de enfermagem e por todo processo de cuidar. Diante disso, sua influência sobre o comportamento das pessoas que compõem a equipe de enfermagem torna-se fundamental, pois, por meio de seu comportamento, é possível que o líder enfermeiro favoreça o melhor desempenho de seus liderados e assim desenvolva o cuidado com qualidade.

A qualidade no cuidado de enfermagem não acontece somente por meio de protocolos e manuais, mas principalmente por meio das pessoas que realizam esse cuidado, pessoas que estejam comprometidas com a melhoria contínua dos processos, sendo que a liderança do enfermeiro poderá desempenhar papel fundamental nisso, sendo um dos pilares de sustentação para o alcance da qualidade do cuidado.

3.3 COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL E QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

“Dentro das organizações, as atitudes são importantes porque afetam o comportamento no trabalho” (Robbins, 2005, p. 61). Chiavenato (2021) as considera como determinantes do comportamento, com elevada influência na tomada de decisão das pessoas.

As atitudes são afirmativas avaliadoras, refletem como uma pessoa se sente em relação a alguma coisa, e possui três componentes: emocional ou afetivo, informacional ou ideacional e comportamental (Chiavenato, 2021).

O componente emocional ou afetivo diz respeito aos sentimentos e afetos de uma pessoa em relação às outras, a objetos ou situações, podendo ser positivos como negativos. O informacional ou ideacional está relacionado ao conhecimento que se tem de algo ou alguém, sujeito a percepções individuais, e o comportamental refere à intenção de se comportar de determinada maneira em relação a algo ou alguém (Chiavenato, 2021).

Sendo assim, o comprometimento organizacional é considerado uma das atitudes mais pesquisadas na área do comportamento organizacional (Griffin; Moorhead, 2006).

O comprometimento organizacional ocorre quando o trabalhador se identifica com a organização e seus objetivos (Robbins, 2005). “Significa vontade de investir grande dose de esforço em favor da organização e intenção de nela permanecer por muito tempo” (Chiavenato, 2005, p.178).

O estudo do comprometimento organizacional iniciou com os estudiosos da teoria das relações humanas na tentativa de compreender o comportamento do trabalhador em seu ambiente de trabalho, especificamente interessados em entender “como e por que as pessoas se apegavam psicologicamente a vários aspectos e contextos do trabalho que realizavam” (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021, p. 224).

O primeiro estudo sobre comprometimento organizacional foi realizado em 1938 por Chester Barnard. Mais tarde, em 1960, Howard Becker também colaborou para o estudo do tema, definindo o comprometimento como sendo a tendência de o trabalhador envolver-se verdadeiramente em atividades do trabalho (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021).

Na década de 1970 e início de 1980 o tema ganhou mais notoriedade como foco de pesquisa, sendo que em 1979, Mowday, Porter e Steers validaram um instrumento de mensuração do comprometimento, o *Organizational Commitment Questionnaire* (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021).

Mowday, Steers e Porter (1979) consideraram o comprometimento como algo que vai além da lealdade passiva com a organização, mas envolve um relacionamento ativo com ela, de modo que o comprometimento poderia ser inferido não apenas das expressões de crenças e opiniões de um indivíduo, mas também de suas ações.

O comprometimento organizacional foi definido por Mowday, Steers e Porter (1979) como a força relativa da identificação e envolvimento de um indivíduo com uma determinada organização, que pode ser caracterizada por três fatores relacionados à organização: uma forte crença e aceitação dos seus objetivos e valores; uma vontade de exercer um esforço considerável; e um forte desejo de manter a participação.

Esses autores diferenciaram o comprometimento de satisfação no trabalho, sendo que o primeiro é mais global, refletindo uma resposta afetiva geral à organização como um todo, enfatizando o apego à organização empregadora, incluindo seus objetivos e valores; já o segundo, diz respeito à resposta do trabalhador ao trabalho ou a certos aspectos do trabalho, ou seja, ao ambiente de tarefa específico onde o indivíduo desempenha suas funções. Desta forma, o comprometimento é mais estável que a satisfação no trabalho. (Mowday; Steers; Poter, 1979).

Em 1982, Yoash Wiener buscou compreender o comprometimento organizacional sob sua dimensão normativa, apontando que indivíduos comprometidos se comportam de acordo com a crença de ser certo e moral fazê-lo (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021).

Nos anos subsequentes surgiram novas pesquisas, as quais destacaram-se os trabalhos realizados por Morrow (1983), Meyer e Allen (1984), Reichers (1985), O'Reilly e Chatman (1986), os quais introduziram duas grandes novas questões para o desenvolvimento do tema, a questão da multidimensionalidade e das bases do comprometimento organizacional (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021).

O comprometimento organizacional era conceituado de acordo com cada autor, os quais concebiam a natureza psicológica do comprometimento de maneiras bastante diferentes, porém todas as definições convergiam na ideia de que “é uma força estabilizadora ou obrigatória, que direciona o comportamento” (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021, p. 230).

Assim, as pesquisas sobre comprometimento organizacional desenvolvem-se sob o reconhecimento de ser uma atitude multidimensional no trabalho, com um modelo desenvolvido por Meyer e Allen, baseado em estudos anteriores como o de Mowday e Porter e O'Reilly e Chatman; considerando o comprometimento como um construto definido por “um estado psicológico que caracteriza a relação do colaborador com a organização e tem implicações para a decisão de continuar ou sair da mesma”, determinando três dimensões: afetivo, de continuidade e normativo (Cunha; Ribeiro; Ribeiro, 2021, p.228).

O modelo tridimensional proposto por Meyer e Allen pode ser avaliado por escalas de medidas do construto, escalas estas traduzidas, adaptadas transculturalmente para o Brasil e validadas por Siqueira *et al.* em 1995.

Rodrigues e Bastos (2010) realizaram um estudo no qual sugeriram revisão do modelo tridimensional, e propuseram a retirada da base de continuação do conceito de comprometimento, o qual consideraram um construto diferente, assim como o estudo de Balsan *et al.* (2015, p.245) que concluíram que

O comprometimento deve ser tratado como um construto unidimensional (restrito a base afetiva), enquanto a base instrumental ou de continuação deve ser considerada um construto distinto denominado entrenchamento organizacional.

Silva e Bastos (2010) também propõem um novo construto baseado na obediência, definido como um tipo de vínculo do indivíduo pautado pela internalização do papel de subordinação presente nas relações de trabalho, denominado consentimento organizacional.

Apesar das propostas destes últimos autores, o modelo tridimensional de Meyer e Allen ainda é largamente utilizado em pesquisas sobre esse construto, inclusive em contextos organizacionais distintos, como universidades (Oliveira; Costa 2019), empresas de manufatura (Schneider; Flore, 2017),

hospitais (Gassas; Salem, 2022; Gupta; Agarwal; Khatri, 2016), indústria têxtil e alimentar (Santana-Martins; Nascimento; Sánches-Hernández, 2022), setor público (Lizote; Verdinelli; Nascimento, 2017; Oliveira *et al.*, 2018) e setor bancário (Novianti, 2021).

Meyer e Allen (1996) consideram que o comprometimento do indivíduo com seu trabalho leva a diminuição do *turnover* e da intenção de sair nas organizações.

A meta análise realizada por esses autores apontou que o comprometimento afetivo teve correlações mais fortes e favoráveis com resultados relevantes para a organização, como assiduidade, desempenho e comportamento de cidadania organizacional, e relevantes também para o funcionário, como diminuição do estresse e conflito trabalho-família (Meyer; Allen, 2002).

Embora o comprometimento organizacional e a satisfação no trabalho sejam construtos diferentes, autores demonstram a existência de correlação entre eles. Oliveira *et al.* (2018) e Rodríguez-Fernández, Herrera e Heras-Rosas (2021) concluíram que há correlação positiva entre a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional, resultado similar ao apontado no estudo de Assunção *et al.* (2014), o qual encontrou níveis moderados de correlação positiva entre satisfação e o COA.

Corroborando, Karem *et al.* (2019) concluíram que um bom resultado no trabalho será alcançado quando os enfermeiros tiverem alto comprometimento com o hospital, e consideraram que o comprometimento e satisfação no trabalho são essenciais, pois enfermeiros satisfeitos com o seu trabalho estão dispostos a desempenhar um alto nível de trabalho.

Gonçalves *et al.* (2021, p. 458) identificaram em sua revisão integrativa que “os profissionais com elevado COA são mais assíduos, empenhados e mais congruentes com o plano estratégico da organização”, já Jing *et al.* (2021) associaram o COA com um maior comportamento inovador do enfermeiro.

A revisão da literatura desenvolvida por Rodríguez-Fernández, Herrera e Heras-Rosas (2021) identificou que o comprometimento organizacional dos colaboradores, especialmente do enfermeiro, é fundamental para atingir os níveis de desempenho e qualidade estabelecidos pelas organizações de saúde. Nas publicações analisadas, encontraram um denominador comum relacionado

à insatisfação no trabalho, que se desenvolve na forma de intenção de sair, estresse e falta de compromisso com a organização.

O COA impacta na inclusão organizacional, no desenvolvimento do comportamento em rede dentro da organização, melhor qualidade dos cuidados prestados e do desempenho organizacional (Rodríguez-Fernández; Herrera; Heras-Rosas, 2021).

Diante do exposto, considera-se que altos níveis de comprometimento se traduzem em resultados positivos para a organização, visto que o comprometimento pode influenciar atitudes e comportamentos considerados importantes do ponto de vista organizacional.

O não comprometimento pode levar ao aumento de erros, internações prolongadas e hospitalizações repetidas, levando à baixa qualidade da prestação de cuidados de saúde, resultando em perda de eficácia e eficiência organizacional (Arage; Daba; Dessalegn, 2022).

Portanto espera-se que indivíduos mais comprometidos no trabalho sejam mais produtivos, apresentem menores índices de rotatividade e absenteísmo, por isso, compreender o que leva o trabalhador a comprometer-se com seu trabalho torna-se essencial para os gestores buscarem estratégias que promovam o comprometimento organizacional.

Gonçalves *et al.* (2021) apontaram que há cinco variáveis que influenciam o comprometimento organizacional do profissional de saúde: identificação com o plano estratégico da sua organização, confiança na liderança, tomada de decisão (que está associada a autonomia, empoderamento e criatividade), satisfação pessoal e condições laborais.

A qualidade no cuidado ultrapassa os aspectos de recursos humanos, materiais, organizacionais e processuais. Ela envolve também a postura profissional em relação aos seus deveres, exigindo criticidade, comprometimento e responsabilidade, auxiliando, assim, por meio de seus serviços, que a instituição em que atua alcance um cuidado de excelência.

O comprometimento organizacional será considerado uma variável de análise dos resultados neste trabalho, e sua análise será baseada no conceito de comprometimento de Meyer e Allen por ser o mais amplamente utilizado na literatura (Balsan *et al.*, 2015), com ênfase no COA por ser considerado, segundo a literatura consultada, o que mais traz resultados positivos tanto para

organização quanto para o trabalhador. A seguir, o modelo de Meyer e Allen será detalhado.

3.3.1 Modelo tridimensional de comprometimento organizacional de Meyer e Allen

O modelo tridimensional desenvolvido por Meyer e Allen é considerado um marco importante no estudo sobre o comprometimento organizacional (Menezes; Aguiar; Bastos, 2016). Este modelo é amplamente reconhecido na literatura como uma das teorias para explicar a natureza do vínculo dos indivíduos com suas organizações.

Segundo Allen e Meyer (1991), o comprometimento organizacional pode ser conceituado a partir de três dimensões principais: comprometimento afetivo, comprometimento de continuidade e comprometimento normativo, cada uma com características e implicações distintas.

A primeira dimensão, o comprometimento afetivo, refere-se ao apego emocional do indivíduo à organização. Trabalhadores com alto comprometimento afetivo permanecem na organização porque desejam permanecer (Allen; Meyer, 1991).

Este tipo de comprometimento é fortemente associado a sentimentos de pertencimento e identificação com os valores e objetivos organizacionais, está vinculado ao envolvimento emocional e ao senso de realização proporcionado pelo trabalho (Meyer; Allen, 1991), assim como à satisfação no trabalho e ao comportamento de cidadania organizacional, promovendo resultados positivos para a organização (Meyer; Herscovitch, 2001).

A segunda dimensão, o comprometimento de continuidade, está associada aos custos percebidos de sair da organização. O empregado permanece não por um vínculo emocional, mas por perceber que os custos de saída, como a perda de benefícios, estabilidade financeira ou oportunidades profissionais, são muito altos (Allen; Meyer, 1991).

Trabalhadores com comprometimento de continuidade permanecem porque precisam permanecer. Isso pode ser influenciado por diversos fatores, como o investimento de tempo e esforço que o colaborador já dedicou à organização, a dificuldade de transferir habilidades específicas para outros

contextos, ou até mesmo o acúmulo de benefícios que só podem ser obtidos após determinado tempo de serviço (Allen; Meyer, 1991).

Nesse sentido, a permanência do colaborador não se dá por vontade ou lealdade à organização, mas por uma percepção de que as opções externas são menos atrativas ou inexistentes, o que pode resultar em um menor envolvimento emocional com o trabalho ou na execução de tarefas sem altos níveis de motivação (Meyer; Herscovitch, 2001).

Este tipo de comprometimento pode gerar consequências negativas para a organização, como a manutenção de empregados insatisfeitos que permanecem apenas por necessidade (Meyer; Allen, 1997).

Já o comprometimento normativo refere-se ao sentimento de obrigação do indivíduo de permanecer na organização. Esse tipo de comprometimento surge de pressões sociais e valores internalizados que reforçam o dever de retribuir à organização por investimentos recebidos, como treinamento, oportunidades de desenvolvimento profissional ou suporte em momentos de necessidade (Allen; Meyer, 1991).

Indivíduos com alto comprometimento normativo acreditam que deixar a organização seria algo incorreto ou injusto, muitas vezes por sentirem que têm um dever ético de retribuir à organização (Allen; Meyer, 1991).

Embora o comprometimento normativo possa ser uma forma eficaz de retenção de talentos, ele não necessariamente reflete um desejo intrínseco de permanecer, e sim uma pressão social ou pessoal que influencia o comportamento (Allen; Meyer, 1991).

Neste caso, os trabalhadores sentem que devem continuar no emprego por razões morais ou éticas, muitas vezes decorrentes de investimentos que a organização fez em seu desenvolvimento ou por fatores culturais que enfatizam a lealdade (Allen; Meyer, 1991).

No entanto, Meyer e Parfyonova (2010), refinaram a compreensão sobre o comprometimento normativo, sugerindo que ele não deve ser visto como um fenômeno homogêneo. Esses autores propõem que o comprometimento normativo pode ser motivado por dois tipos diferentes de obrigações: uma "obrigação baseada em dívida" e uma "obrigação moral genuína".

A primeira surge quando o indivíduo sente que deve permanecer na organização para "pagar" por benefícios recebidos, como oportunidades de

desenvolvimento ou treinamento, enquanto a segunda decorre de valores mais internalizados, nos quais a permanência é vista como uma questão de lealdade ou dever ético (Meyer; Parfyonova, 2010).

A obrigação baseada em dívida pode levar a sentimentos de coerção e de uma falta de autonomia, o que impacta negativamente o bem-estar do colaborador. Por outro lado, a obrigação moral genuína é mais benéfica, pois está associada a uma escolha pessoal de permanecer, alinhada com os valores do indivíduo e da organização (Meyer; Parfyonova, 2010).

O comprometimento normativo com base em obrigação de dívida pode resultar em uma forma de retenção de baixa qualidade, uma vez que os colaboradores podem se sentir presos à organização, sem necessariamente estar engajados no trabalho ou na missão organizacional (Meyer; Parfyonova, 2010).

Essas três dimensões não são mutuamente exclusivas e podem coexistir em diferentes níveis dentro de um mesmo indivíduo, sendo que o comprometimento de uma pessoa com a organização, portanto, reflete cada um desses estados, que por sua vez é desenvolvido em função de diferentes antecedentes (Meyer; Allen, 1990).

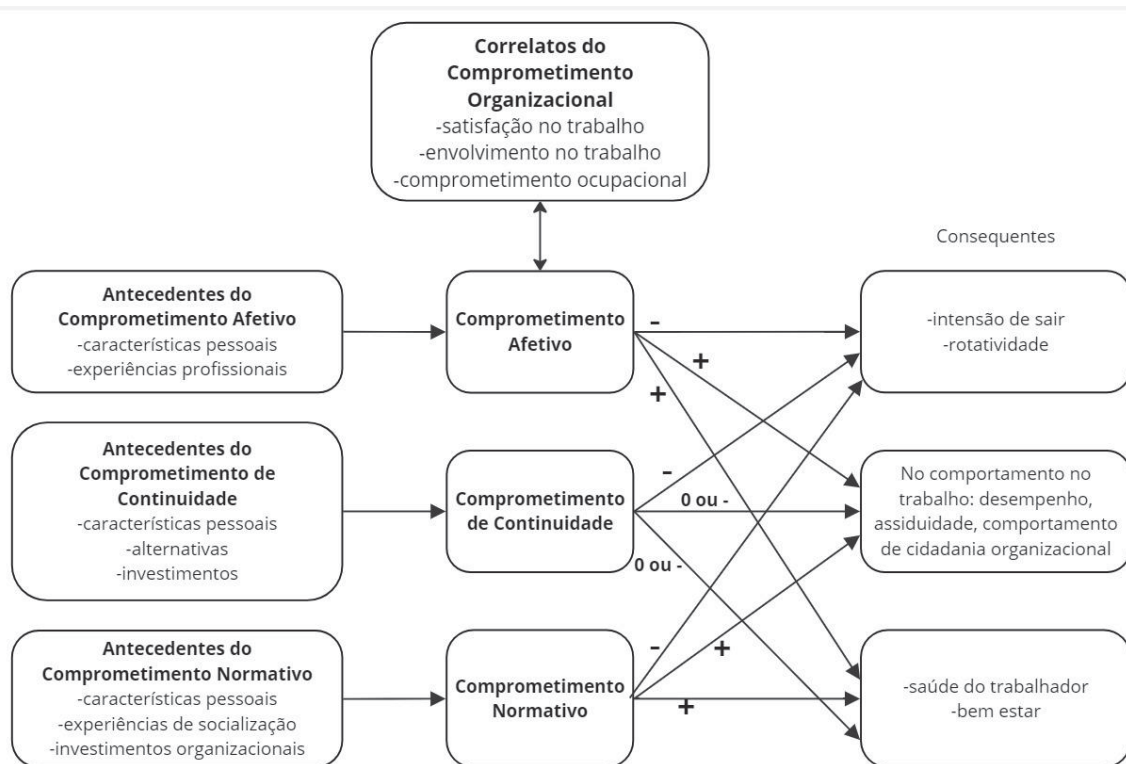
Os autores do modelo sugerem que o comprometimento organizacional mais benéfico para a organização é o afetivo, uma vez que está relacionado a atitudes e comportamentos positivos no ambiente de trabalho, enquanto o comprometimento de continuidade, em alguns casos, pode gerar insatisfação e pouca proatividade (Allen; Meyer, 1991).

O comprometimento afetivo tende a ser o preditor mais forte de comportamentos pró-organizacionais, como o desempenho superior e a menor rotatividade de colaboradores, enquanto o comprometimento de continuidade e normativo podem garantir a retenção, mas nem sempre resultam em níveis elevados de engajamento ou qualidade de trabalho (Meyer; Stanley, Herscovitch; Topolnytsky, 2002).

Em 2002, Meyer, Stanley, Herscovitch e Topolnytsky propuseram um Modelo de Comprometimento Organizacional de Três Componentes (Figura 2), desenvolvido a partir de uma meta análise da literatura, no qual é representado esquematicamente os antecedentes, consequentes e conceitos correlatos do comprometimento organizacional. Nesse modelo, os autores também apontaram

a relação entre a base do comprometimento e seus consequentes, podendo ser negativa ou positiva.

FIGURA 2 - MODELO DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE TRÊS COMPONENTES DE MEYER E ALLEN.



FONTE: Meyer; Stanley, Herscovitch; Topolnytsky (2002) (tradução nossa).

No lado esquerdo da figura 2, estão os antecedentes específicos que influenciam cada dimensão de comprometimento. No lado direito da figura estão as variáveis consideradas consequências do comprometimento.

Segundo estes autores os antecedentes envolvidos em cada dimensão do comprometimento organizacional são:

1) **Comprometimento Afetivo:**

Características pessoais: como valores pessoais que se alinham com os valores da organização e a identificação com a profissão ou com o cargo (Meyer; Allen, 1997).

Experiências organizacionais: *feedback* positivo, reconhecimento e suporte oferecido pela organização ou pelos superiores (Allen; Meyer, 1991).

Satisfação no trabalho: satisfação com o conteúdo do trabalho, com a cultura organizacional e com a autonomia para realizar suas atividades (Allen; Meyer, 1991).

Percepção de justiça: um ambiente de trabalho justo, tanto em termos de processos quanto de resultados (Meyer; Allen, 1997).

Relações interpessoais: relações positivas e cooperativas com colegas e supervisores (Meyer; Allen, 1997).

2) Comprometimento de Continuidade:

Investimentos na organização: tempo e recursos já investidos na organização, como anos de serviço ou benefícios adquiridos (Meyer; Allen, 1997).

Falta de alternativas de emprego: percepção de que há poucas opções de trabalho disponíveis ou que as alternativas são menos favoráveis (Allen; Meyer, 1991).

Custo de saída: aspectos como a perda de benefícios, estabilidade, aposentadoria e remuneração (Allen; Meyer, 1991).

Habilidade e especialização: quanto mais especializado o trabalho, mais difícil pode ser encontrar uma posição equivalente fora da organização (Meyer; Allen, 1997).

3) Comprometimento Normativo:

Socialização organizacional: normas e valores que a organização transmite aos seus empregados, criando um senso de lealdade (Meyer; Allen, 1997).

Obrigações percebidas: sentimento de dívida em relação à organização por ter investido em sua formação ou desenvolvimento profissional, como em treinamentos (Allen; Meyer, 1991).

Valores culturais e sociais: crenças pessoais de responsabilidade e lealdade que podem ser reforçadas pela cultura organizacional ou pelos valores sociais do indivíduo (Meyer; Allen, 1997).

Suporte organizacional percebido: quando o empregado sente que a organização oferece suporte e se preocupa com seu bem-estar (Meyer; Allen, 1997).

Segundo este modelo, o comprometimento afetivo possui a relação positiva mais forte, seguido pelo comprometimento normativo; e o comprometimento de continuidade não está relacionado, ou está relacionado

negativamente, a esses comportamentos de trabalho desejáveis (Meyer; Stanley, Herscovitch; Topolnytsky, 2002).

Além dessas categorias, os autores incluíram os correlatos do comprometimento organizacional, que são variáveis que embora estejam correlacionados, satisfação no trabalho, envolvimento no trabalho e comprometimento ocupacional, são todos distinguíveis do comprometimento afetivo com a organização (Meyer; Stanley, Herscovitch; Topolnytsky, 2002).

Diante desse contexto, de que o comprometimento é o reflexo desses três estados, Meyer e Allen propuseram ser possível desenvolver medidas independentes destes, e assim, construíram uma escala para cada componente do comprometimento organizacional com um total de 40 questões, sendo que a Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECOAF) possui 18 itens (Bastos *et al.*, 2008).

O modelo tridimensional de comprometimento organizacional de Meyer e Allen oferece uma perspectiva abrangente e multifacetada sobre os fatores que influenciam a permanência dos empregados na organização, demonstrando que o comprometimento pode ser motivado tanto por razões emocionais, quanto por custos de saída ou senso de obrigação.

Esta abordagem ajuda a compreender a complexidade do vínculo dos indivíduos com as organizações e suas implicações para a gestão de pessoas e o comportamento organizacional.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Lacerda, Silva, Gome e Souza (2024, p.3) o referencial teórico em um pesquisa é

[...] uma estratégia monocular utilizada pelo pesquisador para pensar o problema e o caminho a ser percorrido para respondê-lo; é a luz para guiar a análise dos dados, a fim de encontrar proposições pertinentes e apropriadas à prática de nosso campo profissional em todas as suas áreas de atuação. Dessa forma, o uso de uma estrutura teórica visa subsidiar o pesquisador no esclarecimento das disposições epistemológicas, na identificação da lógica por trás das escolhas metodológicas e na construção de uma teoria como resultado de pesquisa, manifestando-se enquanto guia para o estudo/investigação.

Esta pesquisa utilizou três teorias sobre empoderamento como referenciais teóricos: Teoria do Empoderamento Estrutural (Kanter, 1977) e as duas Teorias do Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988; Thomas;Velthouse, 1990), que serão apresentadas nesse capítulo da tese.

4.1 EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E PSICOLÓGICO

O empoderamento é um construto que possui diferentes conceitos a depender da perspectiva. A organizacional trata o empoderamento como um construto relacional, definido como o poder percebido que um ator individual ou subunidade organizacional tem sobre outros (Kanter, 1977).

Este conceito é dado pela teoria do empoderamento estrutural, desenvolvido pela professora da Universidade de Harvard, Rosabeth Moss Kanter, pesquisadora das temáticas estratégia, inovação e liderança para a mudança (*Harvard Business School*, 2024).

Já a perspectiva sociopsicológica, desenvolvida pela teoria do empoderamento psicológico dos professores e pesquisadores Jay A. Conger e Rabindra N. Kanungo, da universidade canadense McGill, concebe como um construto motivacional intrínseco, o qual reflete as convicções pessoais que os funcionários têm sobre seus papéis e responsabilidades em uma organização (Conger; Kanungo, 1988).

A principal diferença das duas perspectivas está em seus focos, enquanto no empoderamento estrutural o foco está no compartilhamento de poder do líder com os subordinados - sendo que poder, nesse contexto, é a

posse de autoridade formal ou controle sobre os recursos organizacionais; no empoderamento psicológico, o foco está em aumentar os sentimentos de autoeficácia e autodeterminação usando formas alternativas de gestão que incentivam o envolvimento e o comprometimento da equipe (Macphee *et al.*, 2014).

Laschinger *et al.* (2004), consideram que a diferença entre empoderamento estrutural e psicológico está em, enquanto o primeiro diz respeito à presença das condições que proporcionam o empoderamento no trabalho, o segundo é a interpretação psicológica dos indivíduos ou a reação à essas condições.

4.1.1 Teoria do Empoderamento Estrutural

A teoria do empoderamento estrutural defende que o poder tem a ver com a mobilização do conhecimento, recursos e suporte necessários para o funcionamento da organização, com isso os funcionários sentem que têm acesso a essas estruturas no ambiente de trabalho (Dirik; Intepeler, 2017).

Segundo Kanter (1993), o empoderamento não é apenas uma questão de motivação interna ou atributos psicológicos individuais, mas também um reflexo direto da estrutura organizacional na qual o indivíduo está inserido.

Kanter (1993) identificou quatro estruturas necessárias para o empoderamento estrutural dentro das organizações:

1. Acesso a Oportunidades: refere-se à disponibilidade de crescimento profissional e pessoal dentro da organização, o que inclui tanto promoções quanto o desenvolvimento de novas habilidades e competências. Nessa teoria, os trabalhadores que têm acesso a oportunidades de desenvolvimento percebem que seu trabalho tem potencial para o progresso, o que aumenta seu nível de engajamento e motivação.
2. Acesso a Recursos: os trabalhadores precisam de recursos materiais e financeiros para cumprir suas funções de forma eficaz. Isso significa ter a capacidade de obter materiais, dinheiro e recompensas necessárias para atender às demandas do trabalho. A ausência de recursos adequados cria barreiras para o bom desempenho e frustra o trabalhador, diminuindo seu potencial de empoderamento.

3. Acesso a Informações: refere-se à capacidade dos trabalhadores de receber informações relevantes e atualizadas para a execução de suas tarefas. Informações claras sobre as metas organizacionais e os processos de trabalho permitem que os indivíduos façam escolhas mais informadas e desempenhem melhor suas funções. Isso inclui conhecimento técnico e expertise, bem como informações informais sobre o que está acontecendo na organização como um todo.

4. Apoio: acesso a fontes de suporte para funcionar de uma maneira que maximize a eficácia. É o apoio organizacional, especialmente por parte dos gestores e líderes, para capacitar os trabalhadores. O apoio pode vir na forma de *feedback*, reconhecimento, encorajamento e fornecimento de autonomia para a tomada de decisões.

As fontes para acessar essas estruturas advém de estruturas de poder, que podem ser formais, vinculado a cargos, são os tomadores de decisão (por exemplo, supervisores), ou informais provenientes das conexões e alianças formadas entre os indivíduos (por exemplo, pares, superiores e subordinados) (Dahinten; Macphee, 2016).

Assim, essas estruturas apoiam os funcionários, fornecendo acesso a oportunidades de crescimento e movimentação dentro de sua organização, informações para adquirir o conhecimento para realizar seu trabalho com eficácia, apoio como suporte na forma de *feedback* de colegas e supervisores e recursos como tempo e suprimentos para realizar seu trabalho (Regan; Laschinger; Wong, 2015).

Kanter (1977) propôs que o empoderamento estrutural em uma organização está diretamente ligado à satisfação no trabalho, à produtividade e à redução do estresse. Quando os trabalhadores têm acesso a recursos, apoio, informações e oportunidades, são mais propensos a sentir que têm controle sobre suas ações e carreiras. Isso melhora o desempenho individual e também tem impacto positivo no ambiente de trabalho como um todo.

4.1.2 Teoria do Empoderamento Psicológico

A teoria do empoderamento psicológico, foi desenvolvida por Conger e Kanungo, em 1988 como um conceito motivacional de autoeficácia. O conceito

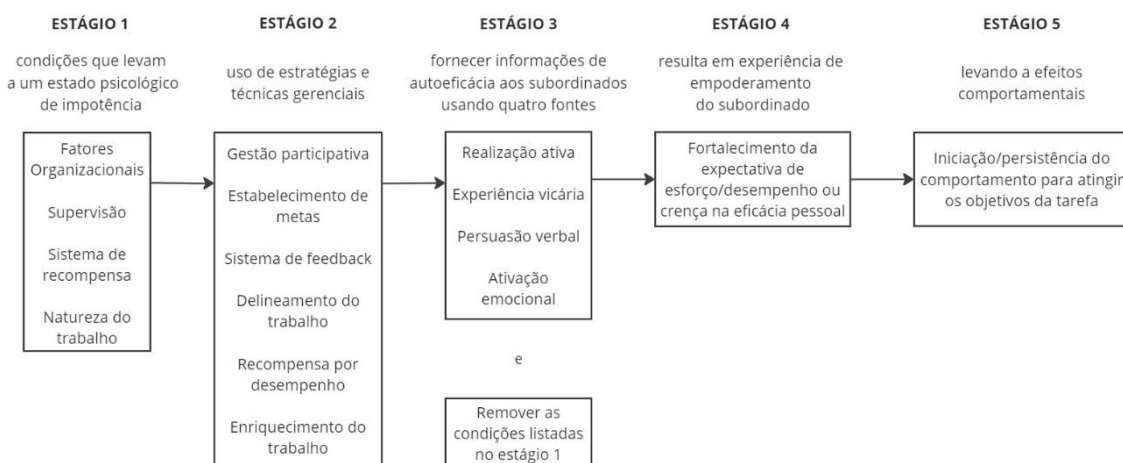
de empoderamento, segundo esses autores, refere-se ao processo pelo qual os indivíduos se tornam mais conscientes de sua própria capacidade de exercer controle sobre suas ações e ambiente. Esse conceito envolve aumentar a percepção de autoeficácia, ou seja, a crença de que uma pessoa pode realizar tarefas e atingir seus objetivos com sucesso (Conger; Kanungo, 1988).

Conger e Kanungo (1988) definem o empoderamento não como uma simples delegação de autoridade, mas como algo que surge de mudanças psicológicas, como:

- Aumento da autoeficácia: a pessoa passa a acreditar mais em suas próprias habilidades.
- Desenvolvimento de confiança: os indivíduos sentem-se mais confiantes para tomar decisões e agir com independência.
- Redução do sentimento de impotência: o processo de empoderamento visa diminuir a percepção de falta de controle ou de incapacidade para mudar a própria situação.

Segundo Conger e Kanungo (1988) o processo de empoderamento psicológico acontece em cinco estágios, conforme ilustrado na figura 3.

FIGURA 3 - CINCO ESTÁGIOS DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO SEGUNDO CONGER E KANUNGO (1988).



FONTE: Conger; Kanungo (1988) (tradução nossa).

Segundo esse modelo teórico, o processo de empoderamento psicológico é descrito como uma dinâmica que ocorre em cinco estágios, cada um dos quais reflete um passo progressivo no desenvolvimento da sensação de controle e eficácia por parte do indivíduo. Esses estágios permitem que as

peessoas adquiram gradualmente confiança em suas habilidades e na capacidade de influenciar seu ambiente de trabalho e os resultados organizacionais (Conger; Kanungo, 1988).

O primeiro estágio refere-se a identificar as condições dentro da organização que são responsáveis pelo sentimento de impotência dos funcionários. Essas condições dizem respeito a fatores organizacionais que influenciam nesse sentimento, pois é quando os indivíduos começam a reconhecer as barreiras estruturais que limitam sua autonomia e capacidade de ação dentro do ambiente organizacional (Conger, Kanungo, 1988).

Essas condições podem ser organizadas em quatro categorias: organizacional, estilo de supervisão, sistema de recompensa e natureza do trabalho (Conger, Kanungo, 1988).

O fator organizacional está relacionado às grandes mudanças organizacionais, como mudança de gestão, fusões empresariais, crises financeiras, que geram alterações significativas nas estruturas organizacionais, nos vínculos de comunicação, nas relações de poder e autoridade e nos objetivos, estratégias e táticas da organização. Há um estado de incerteza e desorientação dos indivíduos (Conger, Kanungo, 1988).

O estilo de supervisão, como aqueles autoritários, que são altamente controladores, ou então aqueles que dão ênfase nos erros de seus funcionários, ou ainda que agem de forma que os funcionários tenham a impressão de que não há motivo para certas ações ou consequências, diminuem a autonomia e acabam por causar sensação de redução de autoeficácia (Conger, Kanungo, 1988).

O sistema de recompensa está relacionado à quando as organizações não oferecem recompensas reconhecidas como importantes pelos funcionários e quando essas não são oferecidas pela competência, iniciativa e persistência deles em comportamentos inovadores no trabalho (Conger, Kanungo, 1988).

Já a natureza do trabalho diz respeito a trabalhos que oferecem muito pouco desafio e significado, ou quando envolvem ambiguidade, conflito ou sobrecarga de papéis, também levando à diminuição na crença de eficácia pessoal (Conger, Kanungo, 1988).

Após essa identificação no primeiro estágio, vem o estágio dois, no qual os gerentes usam de estratégias de empoderamento. Isso significa o uso de

estratégias organizacionais como políticas institucionais de acesso livre à múltiplas fontes de recursos, comunicação aberta, formação de redes, delineamento do trabalho com características como variedade de tarefas, menores níveis de rotina, regras estabelecidas, proporcionando autonomia, controle apropriado e perspectiva de crescimento, e que tenha relevância pessoal (Conger, Kanungo, 1988).

Além disso, o empoderamento por parte do líder ao expressar confiança nos liderados, gera expectativas de alto desempenho, promovendo oportunidades para que participem da tomada de decisões e autonomia, estabelecimento de metas inspiradoras e/ou significativas, desenvolvimento de sistema de recompensa que valorize o funcionário e incentive a inovação e dando-lhes *feedback*, são estratégias que tornam o trabalho mais relevante e significativo para quem o realiza (Conger, Kanungo, 1988).

Para serem eficazes, as práticas de empoderamento descritas devem fornecer informações diretas aos funcionários sobre sua eficácia pessoal, sendo que quatro fontes de informações são reconhecidas por Conger e Kanungo (1988): realização ativa, experiência vicária, persuasão verbal e ativação emocional.

A realização ativa ocorre quando o indivíduo desenvolve o sentimento de eficácia no trabalho, por meio de experiências de sucesso na realização de tarefas; a experiência vicária é o espelhar-se no outro, observar o comportamento do outro e utilizá-lo como modelo; persuasão verbal são palavras de encorajamento, *feedback* que levam o funcionário a acreditar em sua capacidade de realizar seu trabalho, fazendo-o mobilizar seus esforços em prol deste; e finalmente, o estado de ativação emocional é resultante de estresse, medo, ansiedade, depressão, tanto dentro quanto fora do trabalho, o que podem diminuir o sentimento de autoeficácia (Conger; Kanungo, 1988).

Este último pode ser amenizado por técnicas e estratégias de empoderamento que fornecem suporte emocional aos subordinados e que criam uma atmosfera de grupo de apoio e confiança, como definição clara de papéis, redução da sobrecarga de informações e oferecendo-lhes assistência técnica para realizar as tarefas do trabalho, o que auxilia no processo de empoderamento e reduz o efeito negativo do estado de ativação emocional (Conger; Kanungo, 1988).

Ao receber essas informações, no estágio três, os liderados desenvolvem um sentimento de empoderamento, que é percebido no estágio quatro. Assim, no estágio cinco os efeitos comportamentais do empoderamento podem ser notados, ao se envolverem com segurança em atividades que em outras circunstâncias julgariam como intimidadoras (Conger, Kanungo, 1988).

Sentir-se eficaz determina o quanto o indivíduo se esforçará para persistir diante de situações difíceis. Isso torna-se particularmente interessante para os líderes, pois desta forma, poderão estabelecer metas de desempenho mais altas utilizando estratégias de empoderamento que elevarão os esforços de seus subordinados e os farão persistirem mesmo havendo dificuldades (Conger, Kanungo, 1988).

Esses autores destacam que o empoderamento é fundamental para que as pessoas possam superar barreiras e limitações percebidas, assumindo um papel mais ativo e decisivo em suas vidas, especialmente em ambientes organizacionais (Conger, Kanungo, 1988).

Em 1990, Thomas e Velthouse revisaram pesquisas e propuseram o conceito de empoderamento psicológico de forma mais ampla, o qual se manifesta em um conjunto de quatro cognições: significado, competência (que é sinônimo de autoeficácia de Conger e Kanungo), autodeterminação, e impacto (Thomas; Velthouse, 1990).

O significado é o valor atribuído pelo indivíduo ao seu trabalho; reflete a sua confiança de que pode fazer seu trabalho com habilidade, para que um indivíduo se sinta motivado e envolvido, ele precisa acreditar que as tarefas que realiza têm relevância tanto para ele quanto para a organização (Thomas; Velthouse, 1990).

A competência está associada às crenças de autoeficácia relacionadas ao trabalho, quando os trabalhadores acreditam que são capazes de realizar suas tarefas com sucesso, eles se sentem mais motivados a assumir responsabilidades e a enfrentar desafios (Thomas; Velthouse, 1990).

A autodeterminação está associada à autonomia do trabalhador em iniciar e continuar comportamentos e processos de trabalho, os trabalhadores que sentem que têm controle sobre seus processos de trabalho tendem a se sentir mais empoderados e engajados. A autodeterminação é essencial para o desenvolvimento da criatividade e da inovação, pois permite que os indivíduos

explorem novas formas de abordar seus problemas e responsabilidades (Thomas; Velthouse, 1990).

O impacto refere-se ao grau de influência de um indivíduo sobre os resultados estratégicos, administrativos ou operacionais no trabalho, está ligado à sensação de controle e influência que o trabalhador acredita ter sobre os resultados de seu trabalho, reforçando a motivação intrínseca (Macphee *et al.*, 2014; Spreitzer, 1995).

O conceito de empoderamento psicológico de Thomas e Velthouse (1990) complementa e aprofunda a abordagem inicial proposta por Conger e Kanungo, expandindo o entendimento do empoderamento psicológico como um processo multifacetado.

Ambos os modelos tratam do empoderamento psicológico como uma mudança psicológica que aumenta a percepção de controle e eficácia dos indivíduos, mas há diferenças e amplificações importantes na abordagem de Thomas e Velthouse.

Ambos os modelos concordam que o empoderamento é um processo psicológico que visa aumentar a percepção de controle e eficácia, porém, Conger e Kanungo focam principalmente no aumento da autoeficácia, ou seja, a crença de que os indivíduos têm a capacidade de alcançar seus objetivos (Conger; Kanungo, 1988).

Thomas e Velthouse também incluem a autoeficácia, mas ampliam o conceito para abranger outras dimensões psicológicas que influenciam o empoderamento, e com isso expandem a noção de empoderamento psicológico para quatro dimensões que “moldam” a percepção de empoderamento dos indivíduos (Thomas; Velthouse, 1990).

Enquanto Conger e Kanungo focam mais na autoeficácia e redução do sentimento de impotência, ou seja, a crença de que a pessoa é capaz de realizar uma tarefa com sucesso, Thomas e Velthouse abordam o empoderamento psicológico como um estado cognitivo mais complexo, não é apenas sobre a confiança nas próprias habilidades, mas também envolve outras dimensões, trazendo, portanto, uma abordagem multidimensional.

Além disso, Thomas e Velthouse definem o empoderamento psicológico como um processo dinâmico em que a pessoa constantemente avalia e reavalia sua situação em relação às quatro dimensões. Essa avaliação contínua impacta

a motivação e o comportamento, tornando o empoderamento algo em constante desenvolvimento (Thomas; Velthouse, 1990).

O conceito de empoderamento psicológico de Thomas e Velthouse foi construído sobre as bases de Conger e Kanungo, ampliando a compreensão do fenômeno, ao incluir dimensões mais amplas e interligadas, como significado, autodeterminação e impacto, oferecendo um entendimento mais amplo e profundo sobre o que leva uma pessoa a se sentir empoderada psicologicamente.

4.1.3 Teorias de empoderamento, liderança e a Enfermagem

Quando os profissionais de enfermagem têm acesso a estruturas de empoderamento organizacional, suas crenças psicológicas sobre seu trabalho são positivamente influenciadas, resultando em melhores resultados, como aumento da satisfação no trabalho (Laschinger *et al.* 2001, 2004); maior comprometimento organizacional (Laschinger *et al.* 2008); e aumento da inovação da equipe (Knol; Van Linge 2009).

Segundo Abel *et al.* (2019) o conceito de empoderamento mais utilizado entre enfermeiros é o definido por Kanter, o qual foi desenvolvido e expandido a partir de 1996, pela professora e pesquisadora da universidade Western, no Canadá, Heather K. Spence Laschinger.

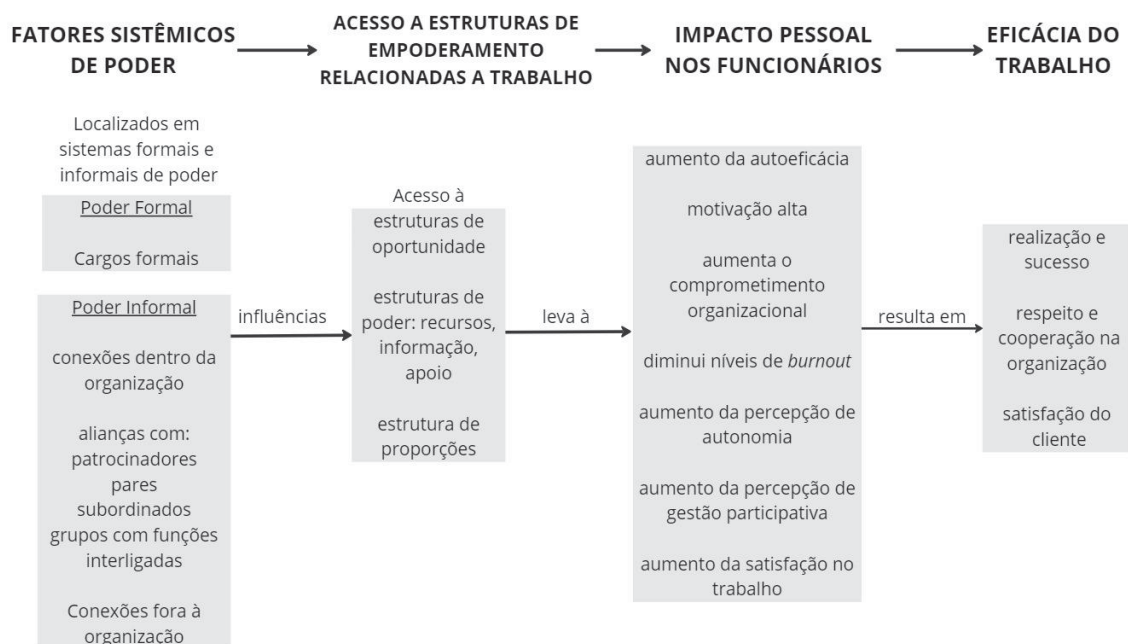
Laschinger (1996) baseando-se no modelo de Kanter, expandiu o conceito de empoderamento estrutural, incluindo o empoderamento psicológico como um construto intermediário que afeta os resultados de tensão e satisfação no trabalho, e desde seu trabalho sobre empoderamento estrutural, muitas pesquisas sobre empoderamento entre enfermeiros foram realizadas (Abel *et al.*; 2019).

Ela demonstrou que quando os enfermeiros se sentem empoderados estruturalmente, isso aumenta sua percepção de empoderamento psicológico, resultando em maior satisfação profissional, menor esgotamento e melhores resultados tanto para os pacientes quanto para os profissionais (Laschinger *et al.*, 2001).

Laschinger (1996), por meio de revisão de estudos sobre empoderamento, realizadas com profissionais de enfermagem, desenvolveu um

esquema que demonstra as relações entre diferentes conceitos dentro da teoria de Kanter (Figura 4).

FIGURA 4 – RELAÇÕES ENTRE CONCEITOS DA TEORIA DE EMPODERAMENTO ESTRUTURAL NAS ORGANIZAÇÕES DE KANTER.



FONTE: adaptado de Laschinger (1996) (tradução nossa).

Três estruturas organizacionais influenciam a eficácia no trabalho: proporções, oportunidade e poder. A estrutura de proporções refere-se à composição social de pessoas em situações similares (por exemplo, gênero, raça). A estrutura de oportunidade está relacionada às possibilidades de progressão de carreira e desenvolvimento do conhecimento e habilidade. A terceira, estrutura de poder envolve três fontes de poder: informação, apoio e recursos (Laschinger, 1996).

Os comportamentos de trabalho dos funcionários são respostas às condições e situações de trabalho (Laschinger, 1996), portanto o acesso a essas estruturas de poder reduz a incerteza sobre papéis, tarefas e responsabilidades e evita o surgimento de conflitos de papéis nas equipes clínicas, gerando bem-estar no trabalho e melhor desempenho (Orgambídez; Almeida, 2020).

Em contraste, os indivíduos que não possuem acesso à essas estruturas podem se sentir presos em seus empregos, sem oportunidades de crescimento,

ou excluídos da tomada de decisão organizacional, são responsáveis sem poder, o que cria sentimento de frustração e fracasso (Laschinger, 1996).

Kazlauskaite, Buciuniene e Turauskas (2012) e Ahmad e Oranye (2010) consideram que os dois conceitos (empoderamento estrutural e o psicológico) estão interrelacionados e devem ser trabalhados em conjunto, caso contrário não contribuirão para a melhoria do empoderamento nas organizações.

Fragkos, Makrykosta, Frangos (2019) analisaram a relação entre empoderamento estrutural e psicológico em uma revisão sistemática e concluíram que fazem parte de um mesmo conceito, o empoderamento. Esses mesmos autores apontaram que o empoderamento afeta o desempenho no trabalho, ou seja, a satisfação e o comprometimento organizacional (Fragkos; Makrykosta; Frangos, 2019).

O empoderamento psicológico está intimamente ligado à liderança e indiretamente ligado à melhores resultados nas organizações, pois quando o líder se comporta de forma a dar maior autonomia para seu liderado este percebe um nível mais alto de empoderamento psicológico, e consequentemente, maiores níveis de engajamento no trabalho, de desempenho nas tarefas, de comprometimento e comportamento de cidadania organizacional (Wang *et al.*, 2022).

A liderança empoderadora é um conjunto específico de comportamentos do líder que pode promover o empoderamento psicológico, podendo funcionar até mesmo como um antecedente deste, tendo como principal característica o apoio e a facilitação da autonomia dos liderados (Cheong, 2019).

Assim, o líder influencia o desempenho das equipes, e uma liderança de equipes eficaz requer uma liderança empoderadora (Tang *et al.*, 2020), pois ela promove valores compartilhados, melhora a satisfação e o comprometimento do trabalhador com a qualidade do trabalho (Lin *et al.*, 2019).

O CEL desenvolve em seus liderados respeito e motivação intrínseca, o que leva a sentimentos de pertencimento e responsabilidade pela organização, gerando engajamento na melhoria contínua e esforço no trabalho em nome dos clientes (Lin *et al.*, 2019), além de incentivar os liderados a identificarem e corrigirem problemas nos processos de trabalho (Namasivayam; Lei, 2014).

Hui (1994) desenvolveu sua pesquisa de doutorado sobre CEL, investigando os efeitos dos comportamentos de empoderamento dos líderes e

as experiências pessoais de controle, voz e autoeficácia dos seguidores sobre o desempenho em funções de trabalho e além delas, expandindo e testando empiricamente o modelo de processo de empoderamento de Conger e Kanungo.

Os resultados de sua pesquisa permitiram concluir que os comportamentos de empoderamento dos líderes têm efeitos diretos e indiretos sobre o desempenho dos seguidores, indicando, como a importância da “voz” dos empregados, ou a disposição para expressar opiniões relacionadas ao trabalho, foi um mediador significativo na relação entre empoderamento e desempenho, afetando positivamente os comportamentos de cidadania organizacional, e a expressão de confiança por parte dos líderes nos altos desempenhos dos seguidores mostrou ter um impacto direto no desempenho em funções do trabalho e nos comportamentos de cidadania organizacional (Hui, 1994).

Portanto, organizações que almejam melhor desempenho de seus funcionários, devem incentivar o desenvolvimento de líderes que os empodere, implementando programas de treinamento de líderes que deverá contemplar o desenvolvimento de habilidades empoderadoras, como dar o exemplo, ouvir as sugestões e ideias de uma equipe, participar na tomada de decisões, treinar, informar e mostrar preocupação (Lin *et al.*, 2019).

A pesquisa realizada por Namasivayam, Guchait e Lei (2014) concluiu que o CEL influencia o empoderamento psicológico dos funcionários positivamente, por meio da delegação de autoridade, garantia de responsabilidade, oportunidade para tomada de decisões, compartilhamento de informações e ajuda aos liderados na melhoria de seus níveis de habilidade, o que gerou a satisfação destes no local de trabalho, resultando em satisfação do cliente e comprometimento organizacional.

A fim de exemplificar, o quadro 4 sintetiza seis estudos recentes que relacionaram o empoderamento estrutural ou psicológico com a enfermagem, apontando seu impacto positivo.

QUADRO 4 - ESTUDOS RECENTES QUE APLICARAM O EMPODERAMENTO ESTRUTURAL OU EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO NA ENFERMAGEM.

Autor/Ano	Título do estudo	Conclusão
Kim; Han, 2019	Effect of Head Nurses' Authentic Leadership on Nurses' Job Satisfaction and Nursing Performance: Focusing on the Mediating Effects of Empowerment	“O empoderamento mostrou um efeito mediador perfeito na relação entre a liderança autêntica dos enfermeiros chefes e o desempenho da enfermagem. Autores sugerem que é necessário desenvolver estratégias e aplicações para potencializar o empoderamento dos enfermeiros para melhorar a satisfação no trabalho e o desempenho da enfermagem.”
Ajanaku <i>et al.</i> , 2022	The Relationship Between Structural Empowerment And Organizational Commitment Among Nurses: A Structured Literature Review	O acesso dos enfermeiros a estruturas de empoderamento, como acesso a recursos, apoio, informações e oportunidades, aumentou o comprometimento com suas organizações de saúde.
Torquetti <i>et al.</i> , 2021	Empoderamento estrutural de enfermeiros atuantes em pronto socorro: estudo de método misto	O empoderamento estrutural no ambiente de trabalho dos enfermeiros permite o desenvolvimento e desempenho profissional dentro do ambiente laboral.
Zhang; Ye; Li, 2018	Correlates of structural empowerment, Psychological empowerment and emotional exhaustion among registered nurses: a meta-analysis.	A exaustão emocional dos enfermeiros pode ser aliviada melhorando o nível de empoderamento estrutural e psicológico. Cognições positivas de acesso a oportunidades, recursos e informações benéficas para suas tarefas os levam a tomar iniciativa para realização do seu trabalho
Aggarwal; Dhaliwal; Nobl, 2018	Impact of Structural Empowerment on Organizational Commitment: The Mediating Role of Women's Psychological Empowerment.	O empoderamento psicológico medeia toda a relação proposta entre as diferentes dimensões do empoderamento estrutural e do comprometimento afetivo. Para ter um ambiente harmonioso na organização, é importante criar um ambiente que promova o empoderamento psicológico entre os funcionários, pois possui muitos atributos atitudinais (satisfação no trabalho, comprometimento organizacional, tensão no trabalho e intenção de rotatividade). e comportamentais (comportamento de cidadania organizacional, desempenho de tarefas e inovação).
Malak; Safieh, 2022	Association between work-related psychological empowerment and quality of nursing care among critical care nurses.	O aumento do empoderamento psicológico relacionado ao trabalho entre os enfermeiros leva ao aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem. Há uma falta de estudos que discutem a correlação e a influência do empoderamento psicológico relacionado à qualidade dos cuidados de enfermagem.

FONTE: a autora (2022).

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem qualitativa, que utilizou diferentes fontes de dados.

Segundo Yin (2015) o estudo de caso busca compreender profundamente um fenômeno contemporâneo em profundidade, de forma empírica, em seu contexto real, sendo um método que abrange desde o planejamento do projeto de pesquisa, com a definição de seus componentes, até as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para análise de dados.

O estudo de casos múltiplos envolve mais do que um caso a ser pesquisado, proporcionando, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto (Yin, 2015).

Sua estrutura inicia com o desenvolvimento da teoria acerca do que está sendo estudado (Yin, 2015), portanto, refere-se à elaboração da revisão de literatura e referencial metodológico. A seguir, desenvolve-se um projeto de pesquisa que “vincula os dados a serem coletados às questões iniciais do estudo” (Yin, 2015, p. 28).

O projeto de pesquisa possui cinco componentes segundo YIN (2015): 1) as questões do estudo de caso, 2) as proposições, 3) as unidades de análise, 4) a lógica que une os dados às proposições e 5) os critérios para interpretar as constatações.

Desta forma, esse capítulo está organizado com base nesses elementos, que serão detalhados a seguir.

5.1 QUESTÕES DO ESTUDO DE CASO

As questões do estudo de caso referem-se à definição da pergunta de pesquisa, sendo que este método é adequado quando as questões de pesquisa que iniciam com “como?” ou “por quê?” (Yin, 2015).

Assim, como citado anteriormente, a questão desta pesquisa é: “como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade?”

5.2 PROPOSIÇÕES DO ESTUDO

As proposições teóricas dirigem o foco para algo que deve ser investigado no escopo do estudo, refletindo um importante aspecto teórico e auxiliando onde procurar a evidência relevante (Yin, 2015).

As proposições ajudam a identificar quais informações devem ser coletadas, delimitando o objeto a ser pesquisado. Cabe ressaltar, que o desenvolvimento da teoria realizado previamente contribui para a elaboração destas proposições (Yin, 2015).

Desta forma, quatro proposições foram elaboradas:

1. O CEL Enfermeiro promove o empoderamento psicológico de seus liderados por meio do empoderamento estrutural;
2. Indivíduos com maior empoderamento psicológico são comprometidos afetivamente com organização;
3. Indivíduos comprometidos afetivamente com a organização são mais comprometidos com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade.
4. O empoderamento estrutural e psicológico ocorrem de formas distintas em organizações diferentes.

5.3 UNIDADES DE ANÁLISE

As unidades de análise são os casos que serão estudados, os participantes da pesquisa, os quais podem ser tanto uma única pessoa quanto um grupo de pessoas, algum evento ou entidade, programas ou organizações (Yin, 2015).

Definir qual é o caso a ser estudado pode ser difícil, assim, a questão de estudo, objetivos e as proposições auxiliam na superação de tal dificuldade (Yin, 2015).

Nesta pesquisa, a revisão de literatura desenvolvida bem como o referencial teórico utilizado, trouxeram o arcabouço teórico necessário para compreender os conceitos de liderança, COA, qualidade, empoderamento

estrutural e psicológico, a maneira em que se encontram e como acontecem nas dinâmicas organizacionais.

Assim, as unidades de análise foram as organizações, pois a liderança, o COA, e empoderamento estão vinculados ao comportamento organizacional, sendo que cada contexto possui suas particularidades, comporta-se de forma diferente, e influenciando, portanto, os resultados obtidos nessa pesquisa.

Como nesta pesquisa pretendeu-se compreender como o líder enfermeiro empodera seus liderados, a população foram os profissionais de enfermagem.

5.4 LOCAIS DE PESQUISA E PARTICIPANTES

As unidades de análise constituíram-se de três instituições hospitalares (H1, H2 e H3) de naturezas jurídicas diferentes², uma 100% privada, uma 100% pública e uma filantrópica (mista- privada/pública).

Para a seleção das instituições foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: 1) situado em Curitiba/PR e/ou região metropolitana; 2) nível de atendimento de alta complexidade; 3) hospital de atendimento geral e 4) classificação como médio ou grande porte. Como critério de exclusão definiu-se restringir o atendimento a segmentos específicos da população (como um hospital militar, por exemplo).

A escolha e inclusão dos locais de pesquisa foi realizada em cinco etapas:

1) Busca de hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): a pesquisadora acessou o site do CNES (<https://cnes.datasus.gov.br/>) e com busca de todos os hospitais situados em Curitiba e região metropolitana. Foram encontrados 27 hospitais: um filantrópico privado, sete filantrópicos, 13 privados e seis 100% SUS.

2) *Download* das fichas de identificação dos hospitais: foram realizados downloads das fichas de identificação dos 27 hospitais.

² O CNES categoriza as instituições hospitalares de acordo com sua natureza jurídica em: administração pública, entidades empresariais e entidades sem fins lucrativos. A determinação da natureza jurídica “tem por objetivo a identificação da constituição jurídico-institucional das entidades públicas e privadas nos cadastros da administração pública do país”. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [202?], não p.).

- 3) Organização das informações das fichas: elaborou-se uma planilha no *software Microsoft Excel* (Apêndice A) com as informações das fichas de identificação, organizada segundo a natureza jurídica, a rede de atendimento (somente SUS, SUS+convênios/particular, somente convênios/particular), nome da instituição, município de localização, número de leitos, número de leitos de UTI, tipos de UTI, números de Enfermeiros e números de Técnicos de enfermagem.
- 4) Seleção dos hospitais: após a organização das informações das fichas na planilha, foi possível visualizar aqueles que atendiam os critérios de inclusão e exclusão e que possuíam características semelhantes, em números de leitos de UTI e de profissionais de enfermagem, e assim foram selecionados três hospitais que possuíam estas características mais aproximadas.
- 5) Contato com os hospitais selecionados: foi entrado em contato inicialmente com três hospitais para obter as informações necessárias para solicitação de inclusão como instituição coparticipante de pesquisa. Dois (um 100% SUS e um filantrópico privado) negaram a inclusão. Seguiu-se com a seleção de outros dois hospitais (um 100% SUS e um filantrópico privado) que possuíam os segundos maiores quantitativos de leitos de UTI e número de profissionais de enfermagem. Em contato com estes, houve aceite para inclusão na pesquisa.

A população da pesquisa foram todos profissionais de enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes, lotados em unidades de terapia adulto, pediátrica e neonatal, e que desenvolvem atividades de assistência direta à população em geral ou no gerenciamento do cuidado e atividades administrativas.

Os critérios de exclusão foram: indisponibilidade do profissional por motivos de férias ou afastamento por outros motivos no período de coleta de dados.

5.5 PROTOCOLO PARA O ESTUDO

O projeto de estudo de caso sugerido por Yin (2015) contempla cinco elementos como mencionado anteriormente. Todavia, este método prevê o

desenvolvimento de um protocolo para o estudo, o qual auxilia planejar como os dados serão coletados, detalhando-se os procedimentos que serão empregados.

Conforme exposto por Yin (2015), elaborou-se um instrumento com o protocolo de estudo de casos múltiplos que contém quatro seções: a) visão geral do estudo de caso com os objetivos, hipótese, proposições e leituras sobre o tema a se investigar; b) procedimentos da coleta de dados; c) questões específicas que se pretende investigar e possíveis fontes de evidências; e d) roteiro para o relatório dos casos.

A **seção A** (visão geral do estudo de caso) trata das questões substanciais do estudo de caso, trazendo a justificativa para a seleção dos casos, as proposições ou hipóteses que serão estudadas, a relevância teórica, comunicando a finalidade e o ambiente do estudo de caso (Yin, 2015).

A **seção B** (procedimentos da coleta de dados) descreve os procedimentos para coleta de dados, incluindo questões éticas, fontes de dados e contatos nos locais de pesquisa.

A coleta de dados desta pesquisa iniciou somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, número de parecer 6.106.195 e CAAE 69322323.2.0000.0102 (Anexo A), e números de parecer dos hospitais coparticipantes 6.467.793 (Anexo B), 6.224.292 (Anexo C) e 6.163.221 (Anexo D), com os respectivos CAAE 69322323.2.3001.0096, 69322323.2.3003.0096, e 69322323.2.3002.5226. Os preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a legislação vigente e, para tal, foi explicado aos participantes todos riscos e benefícios de sua participação.

Foi esclarecido que a qualquer momento o participante poderia escolher por não participar da pesquisa e tal decisão não implicaria qualquer dano ao mesmo, bem como sua identidade seria mantida em sigilo.

Inicialmente a coleta de dados foi planejada para ocorrer em duas fases, uma quantitativa e outra qualitativa, de forma concomitante.

A coleta de dados da fase ocorreu por meio da aplicação de um formulário on-line estruturado em duas partes: a primeira (Apêndice B), com dados de caracterização do participante: nome do hospital e unidade que trabalha atualmente (local onde está respondendo a pesquisa), turno de trabalho, cargo (assistencial, chefia), categoria profissional (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem), vínculo empregatício (Consolidação

das Leis do Trabalhistas - CLT- empregado público, CLT, estatutário), escolaridade (para técnicos e auxiliares de enfermagem, quando informado que possuem graduação, deviam indicar qual o curso), idade, gênero, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação no hospital que trabalha atualmente, na segunda parte constavam as escalas autoaplicáveis de CEL (Anexo E), COA (Anexo F), questionário CET II (Anexo G) e EEP (Anexo H); sendo a população estimada de acordo com o quadro a seguir (Quadro 5).

QUADRO 5 - POPULAÇÃO POR INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.

INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	Nº DE ENFERMEIROS	Nº DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
H1	107	199
H2	52	250
H3	22	88
Total	181	537
População total estimada	718	

FONTE: A autora (2023)

Entretanto, para evitar possíveis vieses, optou-se por calcular a amostragem estratificada proporcional (Bolfarine; Bussab, 1994). Assim, considerou-se para o cálculo uma amostra com 95% de confiança, com margem de erro igual a 5%, e proporção de prevalência conservadora igual a 0,5 (para uma dada qualquer característica) e para um tamanho de população finita ($n=718$). Realizou-se o cálculo em dois estágios, a primeira por hospital e a segunda por categoria em cada hospital.

Para obter a amostra estratificada, primeiramente foi calculado o número de profissionais a serem amostrados a partir da proporção presente deles em cada hospital. A tabela (Tabela 1) a seguir apresenta o número de amostra por hospital.

TABELA 1 - AMOSTRA DA POPULAÇÃO TOTAL DE CADA HOSPITAL.

Hospital	Proporção	Amostra
H1	0.42618	107
H2	0.15320	39
H3	0.42061	106
TOTAL		252

FONTE: a autora (2023).

Calculando-se a amostra por categoria profissional, de acordo com cada hospital obteve-se a amostragem conforme a tabela 2.

TABELA 2 - AMOSTRA POR CATEGORIA PROFISSIONAL DE CADA HOSPITAL.

Hospital	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem
H1	38	70
H2	8	32
H3	19	88
TOTAL		255

FONTE: a autora (2023).

Portanto, para se obter um índice de confiança de 95%, com margem de erro igual a 5%, e proporção de prevalência conservadora igual a 0,5, é necessária uma amostra total de 255 participantes, sendo o quantitativo por profissional em cada hospital conforme mostrado na tabela 2.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com os hospitais coparticipantes (H1 com as coordenadoras de enfermagem de cada UTI, H2 com a gerente de enfermagem, e H3 com a superintendente) e lhes apresentou os objetivos da pesquisa. Nos hospitais 2 e 3 foram obtidos os contatos das coordenadoras das UTIs para melhor organização da coleta de dados.

O recrutamento dos potenciais participantes para a fase quantitativa ocorreu por e-mail ou por contato das coordenadoras. No H1 os profissionais possuíam e-mail institucional e o setor de comunicação divulgou o convite para participar da fase quantitativa da pesquisa (Apêndice C) e o link de acesso ao formulário.

Nos hospitais H2 e H3 o recrutamento dos potenciais participantes para a fase quantitativa seguiu com o envio do convite para a participação para as coordenadoras das UTI's, em uma versão mais curta que continha o *link* para acesso ao formulário on-line. Desta maneira, as coordenadoras encaminharam esse convite às suas equipes.

A coleta de dados para a fase seguiu com a aplicação de questionários exclusivamente de forma virtual, através da Plataforma *Survey Monkey*®. Antes

de iniciar o preenchimento o participante teve acesso ao termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (Apêndice D), e somente após selecionar o item “Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo”, a plataforma virtual autorizava o acesso à primeira e segunda parte do formulário.

Mesmo após a extensão do período de coleta de dados e a implementação de diferentes estratégias de recrutamento, não foi possível atingir o tamanho amostral calculado³, e então optou-se por excluir a fase quantitativa desta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de enfermagem, guiadas por um roteiro semiestruturado com questões abertas (Apêndice E), elaborado pela pesquisadora.

Para as **entrevistas**, o roteiro semiestruturado inicial (Apêndice G) e a condução da entrevista passou por teste piloto com dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem do H1, a quem lhes foi assegurado que os dados obtidos não seriam utilizados na pesquisa e que seriam respeitados todos os preceitos éticos.

O teste piloto possibilitou à pesquisadora reflexões sobre sua condução da entrevista, a sequência das perguntas para fluidez e obtenção das informações necessárias para interpretar o fenômeno desta pesquisa, com vistas a alcançar o exposto por Yin (2016) de que é essencial para o pesquisador se envolver ativamente na "escuta" do contexto, embora deva evitar ser passivo demais. A "escuta" implica compreender profundamente o significado do que está sendo comunicado. Desta maneira, as entrevistas qualitativas adotam uma abordagem conversacional, promovendo um vínculo social que facilita o fluxo da interação (Yin, 2016).

Com o roteiro devidamente refinado, iniciou-se a realização das entrevistas nos hospitais, as quais foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora. O planejamento das entrevistas foi realizado em uma planilha (Apêndice H) de acordo com a organização proposta por cada chefia de UTI.

O recrutamento dos participantes para esta fase foi realizado com o auxílio das chefias e enfermeiros de cada UTI. Conforme agendado com as respectivas chefias de enfermagem, durante o período diurno, a pesquisadora

³ Foram respondidos 32 formulários, dos quais somente 13 atendiam aos critérios de inclusão. Impossibilitando a obtenção de resultados com significância estatística e poder de generalização.

ingressava na UTI no horário combinado, informava à chefia de sua chegada, indicando sua prontidão para iniciar as entrevistas. Já no período noturno, as chefias de enfermagem indicaram o nome de um enfermeiro como profissional de referência.

Em todos os hospitais, o local para realização das entrevistas foi indicado pelo enfermeiro, que abordava os profissionais de enfermagem da UTI para explicar sobre a pesquisa e como eram as entrevistas.

As entrevistas eram iniciadas com a apresentação da pesquisadora, entrega do TCLE (Apêndice I) e do Termo de solicitação de uso do som de voz para pesquisa (Apêndice F) para o potencial participante para sua leitura e assinatura.

A pesquisadora adotou um diário de campo contendo o roteiro semiestruturado, o código respectivo para cada hospital, e uma lista com tópicos que deveriam ser informados ao participante: apresentação da pesquisadora, informações sobre a pesquisa (tema e objetivos), questões éticas, como a utilização de códigos para não identificação do hospital e participante; direitos do participante em retirar o consentimento a qualquer momento durante a pesquisa e como fazê-lo, não responder a qualquer pergunta caso não queira, sem qualquer prejuízo a ele/ela; a confidencialidade das informações dadas durante a entrevista, de forma que nada do que ele/ela diga será usado para outros fins que não sejam de pesquisa, o tempo médio de entrevista (30 minutos) e sobre a leitura dos registros da pesquisadora ao final da entrevista para a validação do participante e possibilitar o acréscimo de mais informações.

A cada entrevista, registrou-se no diário de campo o nome do hospital, nome da UTI, turno de trabalho e o código estipulado para cada participante. As entrevistas foram audiogravadas após a autorização do participante em termo de uso de som e imagem.

Durante as entrevistas, o procedimento de confirmação da interpretação da fala do entrevistado em tempo real, durante o transcorrer da entrevista, permitiu o registro com maior precisão o ponto de vista do entrevistado, de forma fiel às opiniões e experiências, evitando mal-entendidos e interpretações errôneas.

O encerramento da coleta de dados por meio das entrevistas foi determinado pela saturação teórica de dados. Em pesquisas qualitativas, o

pesquisador pode concluir a fase de coleta de dados quando as entrevistas realizadas com um determinado grupo de participantes começam a mostrar repetição no conteúdo. Isso indica que as novas informações obtidas acrescentam pouco em relação aos objetivos originais da pesquisa (Turato, 2018).

Os registros no diário de campo possibilitaram a pesquisadora a identificar que os conteúdos estavam se repetindo, mesmo assim persistiu-se com mais entrevistas para confirmação dessa repetição, que ao ser confirmada, decidiu-se por encerrar a coleta de dados por entrevistas.

A **pesquisa documental** buscou a extração de informações de objetos institucionais como impressos, manuscritos e virtuais, registros audiovisuais, sonoros, e imagens, como atas de reunião, protocolos institucionais, manuais, fluxogramas, organograma, mapeamento de processos, relatórios institucionais diversos, planilhas com indicadores, material educativo institucional na busca por dados que auxiliem na avaliação sobre o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações de saúde pesquisadas.

Estes documentos, chamados por Yin (2016) de objetos, são considerados medidas não obstrutivas, associados a circunstâncias onde o pesquisador não exerceu influência direta sobre o comportamento dos participantes, sendo úteis para complementar a coleta de dados obtidos por meio de entrevistas.

Nesse sentido, é necessário adquirir ou examinar objetos relevantes ao tema de estudo, visando obter informações contextuais. Para maximizar a eficácia da coleta, é essencial ter uma compreensão inicial abrangente dos possíveis objetos a serem coletados, incluindo o escopo dos documentos disponíveis, sempre atentando para minimizar possíveis vieses na escolha do que coletar (Yin, 2016).

O uso de documentos como medida não obstrutiva pode mitigar os problemas relacionados à reflexividade, já que entrevistas podem ser influenciadas pela interação entre o pesquisador e o participante (Yin, 2016).

A pesquisa documental ocorreu entre os meses de abril e maio de 2024. Anteriormente ao acesso, as chefias de enfermagem de cada UTI, de cada hospital, foram contactadas com objetivo de planejar a melhor forma de acesso aos dados, agendando-se data e horário de sua conveniência, assim como foi

enviada uma lista de possíveis documentos com potencial de informação para a pesquisa.

Esta lista foi elaborada com base no “Instrumento para extração de dados para a compreensão do empoderamento estrutural e psicológico nas organizações” (Apêndice J). Esse instrumento foi impresso e utilizado para registrar as anotações feitas pela pesquisadora. Desta forma, no verso em branco de cada página do instrumento impresso, a pesquisadora anotou a data de acesso, quais documentos foram acessados e as observações pertinentes a cada um, baseando-se nas sugestões do instrumento sobre o que procurar.

No H1, foram acessados documentos de três UTI, que foram disponibilizados pela chefia de enfermagem de cada UTI. A pesquisadora os acessou em sala privativa do setor, sozinha, e após a coleta de dados conversou com a chefia de enfermagem para sanar eventuais dúvidas.

No H2 foram acessados documentos de várias UTI, que foram disponibilizados por três coordenadoras de enfermagem, que escolheram permanecer junto à pesquisadora, o que possibilitou a coleta de maiores informações acerca da instituição.

No H3, a coordenadora de enfermagem da UTI geral 1 e a coordenadora da Educação Continuada também optaram em permanecer junto à pesquisadora no momento da coleta de dados na pesquisa documental, disponibilizando o acesso aos documentos institucionais.

A extração dos dados na pesquisa documental foi realizada utilizando-se um instrumento previamente elaborado (Apêndice J), baseado nos referenciais teóricos e no método da pesquisa, que norteou a coleta de dados. Nesse instrumento foram indicados possíveis fontes de dados e o que deve ser buscado.

A pesquisadora empregou em ambas as etapas de coleta as notas teóricas (Apêndice K) constando conceitos chaves do referencial teórico e demais conceitos relevantes da pesquisa, que auxiliaram a coleta de dados durante as entrevistas, para o esclarecimento de eventuais dúvidas dos participantes, e na coleta de dados na pesquisa documental.

A **seção C** trata das questões do estudo de caso que se referem às perguntas que o pesquisador deve fazer a si mesmo, que têm como respostas quais informações deverão ser coletadas e por que, auxiliando dessa maneira a

manter o pesquisador na direção certa, e na formulação das questões da entrevista do estudo de caso. Cada questão deverá ter uma lista de fontes prováveis de evidência (Yin, 2015).

A **seção D** é o tópico do protocolo no qual é elaborado o esboço do relatório do estudo de caso, que será apresentado ao final do estudo, preocupando-se em antecipar e apontar prováveis públicos, conteúdo, tópicos e extensão, delineando um perfil inicial do relatório (Yin, 2015).

O protocolo para o estudo de caso para esta pesquisa encontra-se resumido no quadro 6 a seguir.

QUADRO 6 – PROTOCOLO PARA ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.

(continua)

Seção A – visão geral do estudo de caso	Questão de pesquisa: como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade?
	Proposições teóricas: 1) O CEL Enfermeiro promove o empoderamento psicológico de seus liderados por meio do empoderamento estrutural. 2) Indivíduos com maior empoderamento psicológico são comprometidos afetivamente com organização. 3) Indivíduos comprometidos afetivamente com a organização são mais comprometidos com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade. 4) O empoderamento estrutural e psicológico ocorrem de formas distintas em organizações diferentes.
	Visão geral dos casos: o estudo de caso objetiva compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade, e para isso utilizará os questionários validados CEL, COA, CET-II e EEP, os quais serão autoaplicados para profissionais de enfermagem das instituições coparticipantes. Após a aplicação dos questionários serão realizadas entrevistas semiestruturadas com esses profissionais, a fim de compreender como o enfermeiro líder pode usar o empoderamento estrutural e psicológico para contribuir no desenvolvimento do COA dos profissionais de enfermagem para a realização do cuidado de qualidade. Além disso, será avaliado como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas por meio de pesquisa documental. Os casos serão três instituições hospitalares, uma privada, uma pública e uma filantrópica (mista-privada/pública). Pretende-se com isso, investigar se o empoderamento ocorre de formas diferentes nas instituições pesquisadas. Compreender como o comportamento do líder afeta o comportamento de seus liderados poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento da liderança eficaz para a qualidade do cuidado de enfermagem, considerando a particularidade organizacional da instituição, contribuindo para o gerenciamento nas organizações.

(continuação)

Seção B – Procedimento de coleta de dados	Fase	Objetivo	Técnica de coleta de dados	Participantes	Coleta e análise dos dados
	Quantitativa	Aplicar os questionários de CEL, COA, CET-II e EEP aos profissionais de enfermagem	Formulário <i>Survey Monkey</i> : dados de caracterização do participante questionários CEL, COA, CET-II e EEP	Profissionais de Enfermagem	Dados de perfil dos participantes e questionários autoaplicáveis serão analisados por estatística descritiva (distribuição de frequência, médias, medianas), e aplicação de testes em pacotes estatísticos. Apresentação de resultados em gráficos e tabelas
Seção B – Procedimento de coleta de dados	Qualitativa	-Compreender como o enfermeiro líder pode usar o empoderamento estrutural e psicológico para contribuir no desenvolvimento do COA dos profissionais de enfermagem para a realização do cuidado de enfermagem de qualidade.	Entrevistas semiestruturadas	Profissionais de enfermagem	Dados coletados serão organizados em arquivos no formato <i>word</i> e <i>excel</i> / Os resultados serão apresentados em relatório de casos cruzados
		-Avaliar como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas.	Entrevistas semiestruturadas Pesquisa documental	Profissionais de enfermagem	Dados coletados serão organizados em arquivos no formato <i>word</i> e <i>excel</i> / Os resultados serão apresentados em relatório de casos cruzados

(conclusão)

Seção C – Questões da coleta de dados	Alguns pontos deverão ser considerados ao pensar a respeito da coleta de dados na fase qualitativa. A coleta de dados na fase qualitativa deverá ter como foco a busca por informações voltadas às proposições teóricas do estudo de caso. Portanto, para cada proposição teórica deverá haver perguntas que explorem de tal forma que auxiliem na compreensão do “como” se dá o fenômeno descrito na referida proposição. Deve-se ter em mente que as perguntas deverão ser o mais abrangente e abertas possíveis, para evitar tendenciosidade, ou seja, o pesquisador induzir respostas. As perguntas deverão permitir ao participante que fale livremente, tudo que lhe vier à mente. Assim, deverão possibilitar capturar elementos para a compreensão do fenômeno por meio de análise fundamentada no referencial teórico da pesquisa, e mais que isso, permitirão o aparecimento de dados rivais, necessários segundo a metodologia de estudos de casos. Como já mencionado, o teste piloto que será realizado auxiliará no refinamento das questões. Além disso, perguntas mais abertas diminuirão a chance de causar algum tipo de constrangimento ao participante, pois ele não terá que falar aquilo que não deseja, pois dependendo do que se pergunta, visto o tema ter relação com comportamento e desempenho, o participante poderá ter medo de ser julgado ou até mesmo prejudicado. As respostas às questões trarão elementos que deverão permitir a identificação dos antecedentes do COA, e como o líder ou a organização influenciam também nesses antecedentes, e com isso espera-se compreender como alcançar o COA, bem como identificar o empoderamento estrutural e psicológico nessas relações. Quanto a qualidade do cuidado espera-se que as respostas também tragam elementos que permitam identificar os atributos da qualidade, e assim relacioná-los com o CEL e o COA. Na pesquisa documental, a intenção é de reconhecer as estruturas do empoderamento estrutural e cognições do empoderamento psicológico nas fontes de dados consultadas.
Seção D – Guia para o relatório do estudo de caso	Relatório individual de cada caso organizado em: -Fase quantitativa: frequência absoluta e relativa, gráficos e tabelas -Fase qualitativa: apresentada de forma narrativa organizadas pelos temas encontrados na análise, podendo ser desenvolvida uma representação por meio de recurso visual como nuvem de palavras ou mapas conceituais gerados pelo <i>software</i> ATLAS.TI Relatório de casos cruzados: -Comparativo de cada caso individual de acordo com as proposições do estudo -Estrutura do relatório final no formato de artigo científico organizado de acordo com as normas para publicação da revista escolhida.

FONTE: a autora (2022).

5.6 VINCULAÇÃO DOS DADOS ÀS PROPOSIÇÕES

O quarto elemento, a “vinculação dos dados às proposições refere-se a como os dados serão analisados” (Yin, 2015, p. 37).

As entrevistas ocorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2023, e incluíram os turnos diurno e noturno nos hospitais H1 e H3 e somente diurno no H2⁴.

Devido ao grande número de entrevistas, optou-se pela utilização do *software Transkriptor*, utilizado de forma *on-line*, em sua versão paga, o qual permitiu uma transcrição com menor taxa de erro. A transcrição automática foi revisada pela pesquisadora, com baixa necessidade de correções. Realizou-se o *download* da transcrição na extensão “.doc”.

Os registros contidos nos diários de campo foram digitados no *software word*, gerando um arquivo para cada participante.

A identificação dos participantes foi preservada pelo processo de anonimização, no qual cada participante recebeu um código. O quadro 7 mostra como foram codificados.

QUADRO 7- ANONIMIZAÇÃO DE PARTICIPANTES POR CÓDIGOS DE ACORDO COM O HOSPITAL QUE TRABALHA E CATEGORIA PROFISSIONAL.

Código do Hospital	Código do Profissional	
	Código para Enfermeiro	Código para Técnico de enfermagem
H1	E1H1, E2H1, E3H1, E4H1...	TE1H1, TE2H1, TE3H1, TE4H1...
H2	E1H2, E2H2, E3H2, E4H2...	TE1H2, TE2H2, TE3H2, TE4H2...
H3	E1H3, E2H3, E3H3, E4H3...	TE1H3, TE2H3, TE3H3, TE4H3...

FONTE: a autora (2024).

Para análise dos dados qualitativos obtidos nas entrevistas foi utilizado o referencial de análise de conteúdo proposto por Graneheim e Lundman (2004), buscando-se analisar o conteúdo manifesto, bem como o conteúdo latente (Graneheim; Lundman, 2004).

Trata-se de um referencial proposto por pesquisadoras Enfermeiras, que oferece estrutura metodológica robusta, com abordagem sistemática de organização e interpretação dos dados, de maneira coerente e pertinente aos contextos específicos da prática de enfermagem, captando suas nuances e

⁴ No H2 não foi possível realizar entrevistas no turno noturno por indisponibilidade de local que garantisse a privacidade do participante.

permitindo uma análise profunda das interações e percepções destes profissionais.

Segundo este referencial, a análise qualitativa é realizada considerando-se o conteúdo manifesto, o qual descreve os componentes visíveis, óbvios que aparecem nos textos, ou seja, uma análise mais próxima do texto, gerando descrições e interpretações mais concretas; e o conteúdo latente, que envolve uma interpretação do significado subjacente ao texto, gerando distância do texto, levando à descrições e interpretações mais abstratas (Graneheim; Lindgren; Lundman, 2017; Graneheim; Lundman, 2004).

As autoras propõem que o pesquisador defina em qual dos dois tipos de conteúdo deve concentrar sua análise (Graneheim; Lundman, 2004). Desta forma, como os dados coletados nesta pesquisa referem-se às percepções dos profissionais de enfermagem sobre seu trabalho, seu fazer, seu ambiente de trabalho, tratando-se, portanto, de informações subjetivas; definiu-se que a análise foi concentrada no conteúdo latente.

Os áudios das entrevistas foram ouvidos várias vezes para obter-se um sentido do todo. As anotações do diário de campo, as quais foram validadas pelos participantes ao final das entrevistas, configuram a unidade de análise condensado – descrição perto do texto, ou seja, o conteúdo manifesto (Graneheim; Lundman, 2004).

As anotações foram agrupadas em planilha do *software Excel*, gerando uma matriz de análise – Matriz 1 - (quadro 8). A planilha foi organizada com uma aba para cada hospital para melhor organização dos dados.

QUADRO 8 – MATRIZ 1: MATRIZ DE ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS.

Participante	Unidade de significado condensado - descrição perto do texto	Assunto	Unidade de significado condensado- interpretação do significado subjacente	Organizacional	Líder/ Liderança	Individual	EE	EP	Comprometimento
--------------	--	---------	--	----------------	------------------	------------	----	----	-----------------

EE: empoderamento estrutural EP: empoderamento psicológico

FONTE: a autora (2024).

A interpretação das unidades de significado condensado— descrição perto do texto, seguiu com o reconhecimento do assunto do qual cada

participante falava. Para isso, a pesquisadora utilizou as transcrições das falas para confirmar sobre o que o entrevistado falava, gerando desta forma categorias.

Esta categorização, possibilitou a interpretação das unidades de análise condensado – descrição perto do texto, as quais sofreram um processo de condensação, o qual permite um encurtamento, preservando seu núcleo de sentido e a essência dos discursos, levando às unidades de significado condensado- interpretação do significado subjacente, o qual manifesta o conteúdo latente em uma interpretação do significado subjacente (Graneheim, Lundman; 2004).

A determinação do assunto, gerando categorias, foi dada considerando-se o conteúdo geral, como por exemplo, ao pensar-se como assunto como “escala” ou “dimensionamento”, poder-se-ia ter como unidade de significado condensado - interpretação do significado subjacente “dimensionamento inadequado”, ou “escala reduzida” ou “falta de profissionais”, o que não representa todo o contexto que o participante mencionou.

Ressalta-se que esse processo de análise, unidades de significado condensado (descrição perto do texto) → retomada das falas → interpretação do assunto → categorização → determinação das unidades de significado condensado (interpretação do significado subjacente), não foi um processo linear, e sim corroborou com o exposto por Graneheim e Lundman (2004, p. 107, tradução nossa): “o processo de análise envolve um movimento de ida e volta entre o todo e as partes do texto”.

Nesse sentido, na medida em que a análise avançava, as anteriores foram revisitadas, e as interpretações ajustadas para serem consistentes com as novas percepções e raciocínios aplicados nas interpretações mais recentes, pois percebeu-se que a interpretação feita em entrevistas anteriores não estava alinhada com o raciocínio empregado que foi descoberto nas análises mais recentes, com o objetivo de assegurar a aplicação de um raciocínio coerente e uniforme em todas as etapas do processo analítico, garantindo, assim, maior consistência interpretativa.

As respostas curtas fornecidas por alguns participantes em determinadas perguntas das entrevistas apresentaram desafios para a análise. Para superar essa dificuldade, a pesquisadora buscou obter uma compreensão

mais abrangente, considerando não apenas as respostas diretas às perguntas, analisando o contexto mais amplo das falas dos participantes, com o objetivo de captar nuances e significados que uma análise isolada poderia não revelar.

Após este procedimento, as unidades de significado - interpretação do significado subjacente, passaram por um processo de abstração, o qual enfatiza descrições e interpretações, baseando-se no referencial teórico do empoderamento estrutural e psicológico, gerando subtemas e temas (Graneheim, Lundman; 2004).

Na matriz de análise, acrescentou-se o processo de abstração, que iniciou com a classificação das unidades de significado com a interpretação do significado subjacente em cores: verde para aquelas que foram interpretadas como favorecedoras do empoderamento e vermelho para aquelas que fragilizam o empoderamento. A seguir, foi identificado se a unidade de significado - interpretação do significado subjacente tinha relação com questões organizacionais, com o líder ou individuais. Essas unidades foram interpretadas de acordo com os referenciais teóricos, identificando-se os elementos da teoria de empoderamento estrutural e psicológico.

Desta forma, compreendeu-se que o empoderamento era influenciado positivamente e negativamente por questões organizacionais e de liderança; e quais eram as percepções individuais dos profissionais sobre as cognições do empoderamento psicológico. Essa interpretação fez emergir os três temas apresentados na seção de resultados.

Após a determinações dos temas, para facilitar a análise dos casos cruzados, optou-se pela elaboração de uma segunda matriz de análise – Matriz 2 (Quadro 9).

QUADRO 9 - MATRIZ 2: MATRIZ DE ANÁLISE DOS CASOS CRUZADOS.

Estrutura do Empoderamento Estrutural	H1		H2		H3	
	Unidade de significado condensado - interpretação do significado subjacente	Empoderamento Psicológico		Unidade de significado condensado - interpretação do significado subjacente	Empoderamento Psicológico	
		Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Elementos dos estágios (Conger; Kanungo, 1988)		Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Elementos dos estágios (Conger; Kanungo, 1988)

FONTE: A autora (2024).

Os dados da Matriz 1 foram compilados para a Matriz 2, em formato de planilha do *software Excel*, separado em abas. Cada aba correspondia aos dados referentes às identificações realizadas na Matriz 1 como “Organizacional”, “Líder/liderança” e “Individual”, sendo duas abas para cada, organizadas em elementos que favoreciam o empoderamento e elementos que fragiliza o empoderamento. A Matriz 2 possibilitou a visualização dos dados dos três hospitais ao mesmo tempo, facilitando o cruzamento dos dados.

Apesar do protocolo para o estudo prever a elaboração de relatórios individuais de cada caso, à medida que a análise dos dados avançava, percebeu-se que para contemplar o objetivo da pesquisa e as proposições do estudo de casos múltiplos, o foco deveria se concentrar nos casos cruzados, os quais foram apresentados na seção resultados.

Em relação à **pesquisa documental**, as anotações feitas pela pesquisadora foram digitadas no *software word*, gerando uma matriz de análise (Quadro 10) para melhor organização dos dados coletados e facilitação da análise.

QUADRO 10 - MATRIZ DE ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL.

Local/ Origem	Nº do docu- mento	Documento	Dados obtidos/Infor- mações	Estrutura do Empode- ramento Estrutural	Cognição do Empodera- mento Psicológico
------------------	-------------------------	-----------	--------------------------------	---	--

FONTE: A autora (2024).

A análise na etapa da pesquisa documental documentos foi realizada pela interpretação dos dados coletados à luz dos referenciais teóricos de empoderamento e com o auxílio do instrumento utilizado para a coleta de dados (Apêndice J), que possibilitou a comparação dos dados coletados com as informações do instrumento.

Assim, foi possível identificar as estruturas do empoderamento estrutural e as cognições do empoderamento psicológicos presentes de forma direta ou indireta nos dados obtidos.

Ao final, incorporou-se os dados da pesquisa documental na síntese cruzada dos casos, buscando explorar se os casos estudados replicaram ou contrastaram uns em relação aos outros (Yin, 2015). Desta maneira, os casos foram comparados e então foram apresentadas as diferenças encontradas em cada caso em como o líder empodera seus liderados para o alcance do COA na realização do cuidado de qualidade.

5.7 CRITÉRIOS PARA INTERPRETAR AS CONSTATAÇÕES

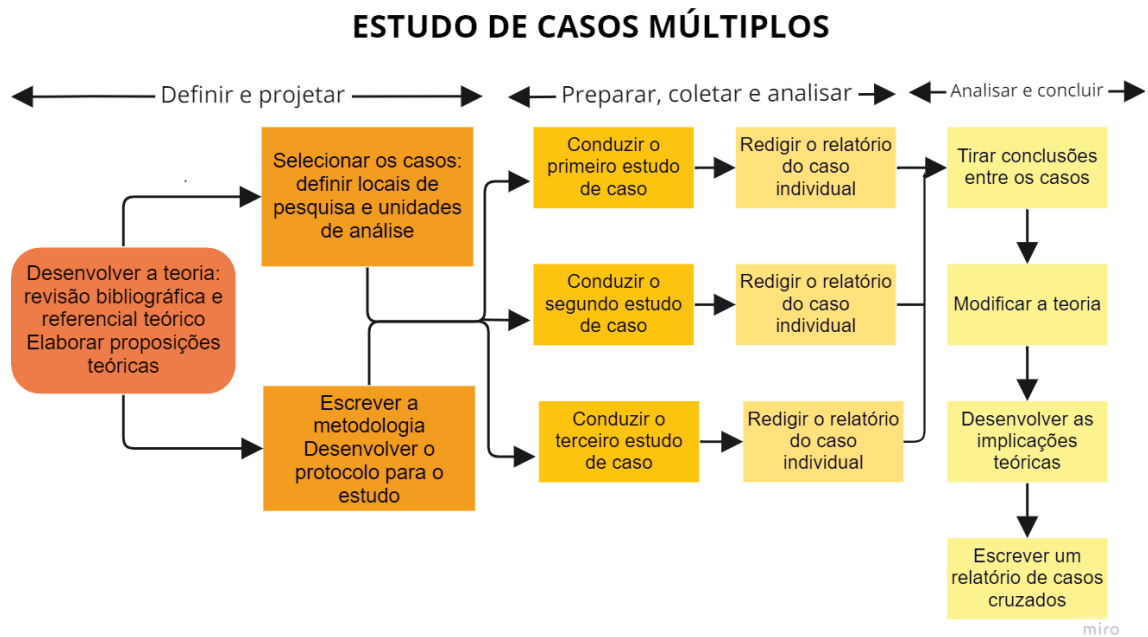
O quinto componente da pesquisa define os critérios para interpretar as constatações dos estudos de caso (Yin, 2015).

Os dados obtidos permitiram explorar com profundidade como ocorre o empoderamento nos três hospitais, assim como obtenção de dados rivais.

A busca de dados rivais auxiliou no teste de validade interna, uma vez que possibilitou que os participantes tragam novos mecanismos/fatores que podem influenciar nas variáveis estudadas, diminuindo assim, as possibilidades de relações espúrias (YIN, 2015).

A seguir a figura 5 representa graficamente o esquema do estudo de casos múltiplos desenvolvido.

FIGURA 5 – ESQUEMA GRÁFICO DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.



FONTE: adaptado de YIN (2015).

6 RESULTADOS

Os resultados apresentados nessa seção concentraram-se no estudo de casos cruzados, uma vez que o foco da pesquisa foi compreender o fenômeno do empoderamento nas três organizações, comparando-se semelhanças e diferenças.

Desta forma, os resultados estão organizados da seguinte forma:

- 1) Contexto organizacional: informações sobre o contexto organizacional, para que o leitor compreenda como estão configurados elementos da gestão organizacional como modelo de gestão, níveis de tomada de decisão, e informações a respeito do serviço de enfermagem. Os dados deste tópico foram obtidos com a pesquisa documental e por meio de informações fornecidas pelas chefias de cada instituição.
- 2) Estudo de casos múltiplos casos cruzados: a análise dos dados das entrevistas permitiu concluir que as percepções positivas predominaram sobre as negativas. Já a análise dos dados da pesquisa documental possibilitou a identificação da relação destes dados com o empoderamento.

Desta forma, foi possível compreender como ocorre ou não, o acesso às estruturas do empoderamento estrutural assim como foram identificadas algumas consequências disso sobre o empoderamento psicológico. Assim, os temas emergentes desta análise foram três:

- 1) A influência organizacional sobre o Empoderamento;
- 2) A influência do líder sobre o Empoderamento: como o empoderamento é favorecido e fragilizado em cada ambiente institucional, por fatores organizacionais e pelos líderes;
- 3) A percepção de Empoderamento Psicológico pelos profissionais de enfermagem: como os profissionais percebem as cognições (autodeterminação, impacto, significado e competência).

6.1 CONTEXTO ORGANIZACIONAL H1

O H1 é um hospital de ensino, vinculado a uma universidade pública, possui atendimento exclusivo pelo SUS e está localizado no município de Curitiba-PR. É administrado por uma empresa pública desde 2015, isso inclui a

gestão de recursos humanos, financeiros e materiais, buscando garantir atendimento de qualidade e acessível à população, conciliando com as atividades de ensino e pesquisa (Brasil, 2011). Possui 650 leitos, sendo 84 somente de UTI.

A organização adota a estrutura hierárquica definida pela empresa que administra o hospital, que se manifesta em cinco níveis hierárquicos, que representam os níveis de poder e autoridade para a tomada de decisão dentro de uma organização.

O H1 possui 97 cargos de liderança, sendo que 20 (21%) deles são ocupados por Enfermeiros, distribuídos em diferentes níveis hierárquicos: um no 2º nível; quatro no 3º, três no 4º e 12 no 5º.

Cabe destacar que o serviço de enfermagem do hospital está subordinado à Divisão de Enfermagem, localizada no terceiro nível hierárquico do organograma institucional.

A Divisão de Enfermagem é responsável por:

- Responder tecnicamente pela instituição;
- Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Coordenar a equipe de enfermagem do hospital;
- Realizar o estudo do dimensionamento e indicar os locais de maior necessidade de provimento de pessoal;
- Estabelecer diretrizes para a assistência;
- Assessorar as unidades assistenciais;
- Promover a integração docente - assistencial;
- Participar e promover programas de treinamento;
- Mediar conflitos;
- Implementar e gerenciar as comissões de enfermagem;
- Acompanhar o processo de avaliação das equipes de enfermagem;
- Assessorar a Gerência de Atenção à Saúde.

A gestão da equipe de enfermagem H1 acontece por meio de um colegiado, que realiza encontros quinzenais com os responsáveis técnicos de enfermagem das unidades para discussão de temas relevantes à enfermagem e as decisões são tomadas e compartilhadas.

As equipes operacionais, que constituem a base da estrutura hierárquica, são responsáveis pela assistência direta aos pacientes, posição em

que se insere a equipe de enfermagem. Estes funcionários de linha de frente são supervisionados diretamente por chefias de enfermagem, que são os responsáveis técnicos (RT) de cada unidade assistencial, que por sua vez são subordinados às chefias de unidade que estão localizadas no quinto nível hierárquico no organograma institucional.

Ressalta-se que o serviço de gestão de pessoas do hospital tem uma Enfermeira no cargo de chefia. A admissão de novos profissionais é realizada mediante concurso público, e uma vez convocado, o profissional torna-se um empregado público, regido pela CLT.

O modelo de gestão adotado pelo hospital é baseado no *Balanced Scorecard (BSC)*, que é uma ferramenta de gestão estratégica amplamente utilizada para monitorar o desempenho organizacional. Este modelo permite a definição de objetivos estratégicos inter-relacionados e a mensuração de resultados por meio de indicadores de desempenho.

Esse modelo de gestão busca integrar as áreas de assistência, ensino e pesquisa, promovendo abordagem colaborativa e multidisciplinar, essencial para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde pública.

Além do BSC, o H1 adota um processo de desdobramento estratégico, que envolve a participação de diferentes níveis hierárquicos na elaboração e implementação das diretrizes que estão descritas no Plano Diretor Estratégico (PDE). Este plano é estruturado em pilares estratégicos que abordam aspectos como:

- Responsabilidade Ambiental, Social e Governança: Focando na transparência e na responsabilidade social da instituição.
- Desenvolvimento Institucional: Promovendo a melhoria contínua dos processos internos e a capacitação dos profissionais.
- Sustentabilidade Financeira: Garantindo o equilíbrio entre receitas e despesas, visando a saúde financeira do hospital.

O PDE também traz declaração da visão do hospital:

“Ser um Complexo hospitalar de referência como campo de estágio na área da saúde, destaque no cuidado centrado no paciente e reconhecido pela excelência no ensino, na pesquisa e na prestação de

serviços de saúde de média e alta complexidade” (PDE⁵ do H1, 2024, p. 22)

Em vários pontos do PDE é enfatizada a importância da qualidade do atendimento ofertado à população, com especial destaque para a conquista da certificação de qualidade recebida por meio de uma avaliação externa, realizada pela empresa que administra o hospital.

Esta certificação avalia mais de 700 requisitos estabelecidos no Manual de Requisitos do Programa de Gestão da Qualidade elaborado pela empresa. Desta forma, o hospital foi avaliado e atingiu resultados de conformidade compatíveis ao Selo de Qualidade - categoria Bronze, tornando-se o primeiro entre os 41 hospitais universitários a receber essa certificação.

6.2 CONTEXTO ORGANIZACIONAL H2

O H2 é uma instituição privada de caráter filantrópico, localizado na região metropolitana de Curitiba/PR, com prestação dos serviços mediante convênios com operadoras de planos de saúde privados, particulares, e SUS, sendo a maior parcela de atendimentos (88,29%) por este último (Site do H2).

Dispõe de um Núcleo de Ensino e Pesquisa responsável pelas relações da instituição com o meio acadêmico, possuindo residência médica em diversas especialidades. Possui 465 leitos, sendo 107 somente de UTI e realiza mais de 400 mil atendimentos anualmente, tanto adulto como pediátrico (Site⁶ do H2).

Além disso, a instituição possui um centro educacional que oferece diversos programas de capacitação, cursos, workshops e treinamentos de competências técnicas e comportamentais voltados para o desenvolvimento profissional e pessoal, tanto para o público interno quanto externo (Site do H2).

A instituição tem investido na capacitação de seus profissionais, com destaque para o desenvolvimento da liderança dos Enfermeiros, por meio da realização de um curso no ano de 2023 para as coordenações de enfermagem, e, em 2024, para os enfermeiros assistenciais.

^{5,6} Citação não consta na lista de referência para não comprometer a anonimização das instituições.

O hospital já possui estratégias de inserção dos enfermeiros no processo decisório, como a participação no desenvolvimento de mapeamento de processo junto ao setor de qualidade e de fluxos de trabalho e atendimento, porém a capacitação para a liderança pretende contribuir para a descentralização das ações e decisões da coordenação.

A organização possui uma estrutura hierárquica em quatro níveis, sendo que a gerente de enfermagem, responsável por todo serviço de enfermagem do hospital está no terceiro nível, as coordenadoras das UTI estão sob subordinação direta dela.

O processo de enfermagem (PE) é realizado em um sistema informatizado, implantado recentemente, o qual visa melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e a eficiência das equipes, principalmente a de enfermagem. Baseado em evidências científicas, ele ajuda a criar planos personalizados de cuidados para cada paciente, permitindo que os profissionais acessem informações atualizadas sobre melhores práticas e diretrizes clínicas, além de integrar dados do histórico e condições atuais de saúde do paciente (Site do H2).

Além da dedicação no desenvolvimento dos recursos humanos, a organização busca a otimização do acesso às informações, através da implementação de sistemas informatizados, visando a transição sistemática dos registros físicos para meios digitais, como por exemplo a inserção de procedimentos operacionais padrão (POP, fluxos e *bundles* no sistema informatizado.

O processo admissional da instituição segue um processo de recrutamento e seleção, que se inicia com a aplicação de uma avaliação teórica, que ocorre com periodicidade semanal, seguida de entrevista técnico-comportamental para os candidatos aprovados na etapa inicial. A análise do perfil profissional considera as competências técnicas e comportamentais alinhadas às diretrizes institucionais, culminando, em caso de aprovação, na efetivação do vínculo empregatício sob o regime da CLT.

Após a efetivação do contrato, o profissional de enfermagem participa de um programa de integração institucional com duração de dois dias, período no qual são apresentados a estrutura física hospitalar, as políticas institucionais

e os aspectos organizacionais fundamentais para o desenvolvimento das atividades laborais.

Subsequentemente, este novo profissional permanece em treinamento durante 30 dias na UTI, com o acompanhamento de um profissional referência, denominado “anjo”, que atua como facilitador no processo de ambientação, auxiliando na compreensão das rotinas assistenciais, protocolos específicos e particularidades do setor, contribuindo assim para a adequada adaptação do novo colaborador.

O serviço de Recursos Humanos (RH), além de suas atribuições no processo de recrutamento e seleção, dá apoio às coordenações, oferecendo apoio técnico na implementação de medidas administrativas disciplinares, disponibilizando indicadores gerenciais como taxa de absenteísmo, e proporcionando suporte operacional na utilização do sistema informatizado de gestão de pessoas.

Além disso, encontra-se em fase de desenvolvimento o plano de cargos institucional, iniciativa que visa estabelecer diretrizes estruturadas para o desenvolvimento profissional e progressão funcional dos colaboradores.

Como parte das iniciativas institucionais para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente (CSP), a gestão da qualidade, conduzida por setor específico e liderado por Enfermeira, atua em estreita colaboração com a gerência de enfermagem, implementou em janeiro de 2024 um novo sistema de notificação de EA.

Este sistema prevê o acompanhamento sistemático das notificações pelas coordenações, com envolvimento do setor de qualidade em ocorrências de maior complexidade, sendo realizadas reuniões mensais para análise e discussão destes eventos.

Nesse contexto, foram implantados novos indicadores, incluindo taxa de ocupação, extraída do sistema Tasy®, e indicadores de lesão por pressão. A implantação de novos indicadores assistenciais estava em fase de planejamento durante a coleta dos dados desta pesquisa.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) mantém monitoramento contínuo dos indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), compartilhando os resultados com as coordenações de

enfermagem, que por sua vez os disseminam às suas equipes em reuniões periódicas.

A instituição encontra-se em fase de planejamento para futura certificação externa, demonstrando seu compromisso com a melhoria contínua dos processos assistenciais e a consolidação de uma cultura organizacional voltada à segurança do paciente.

6.3 CONTEXTO ORGANIZACIONAL H3

O H3 é um hospital privado, que existe há 28 anos em Curitiba-PR. Possui aproximadamente 111 leitos, sendo 36 somente de UTI.

A estrutura organizacional é composta por cinco níveis hierárquicos, com representatividade da enfermagem em diferentes instâncias decisórias: uma enfermeira no segundo nível, uma no terceiro, duas no quarto nível e sete no quinto nível.

A gerência de enfermagem está subordinada à diretoria operacional, e as coordenações de enfermagem respondem à chefia de cuidados críticos, que por sua vez está subordinada à gerência de enfermagem. O serviço conta com um regimento próprio da gerência de enfermagem, documento norteador que estabelece as diretrizes do serviço, incluindo descrições detalhadas de cargos, critérios para contratação, composição do serviço, competências e requisitos específicos para cada função na equipe de enfermagem.

O modelo de gestão adotado pela instituição é o modelo de cuidado centrado na pessoa da OMS, sendo complementado pela aplicação de diferentes teorias de enfermagem, selecionadas de acordo com o perfil e as necessidades específicas de cada paciente.

No âmbito da gestão de pessoas, a instituição implementou diferentes estratégias de valorização e desenvolvimento profissional. Destaca-se o programa de assiduidade, que oferece bonificação salarial, e um sistema de avaliação anual de conhecimentos específicos, no qual enfermeiros são avaliados quanto ao PE e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enquanto técnicos de enfermagem são avaliados em relação às rotinas de segurança do paciente.

O recrutamento e seleção neste hospital acontece de forma similar ao H2, com prova e entrevista. Após a contratação, o profissional também passa por integração institucional e treinamento, este último assim como no H2, é acompanhado de um profissional mais antigo também denominado de “anjo”.

A Educação Continuada (EC) ocupa papel central no desenvolvimento institucional, sendo responsável pela residência em enfermagem, comissão de ética, processos de recrutamento e seleção, além das atividades de capacitação e desenvolvimento.

O planejamento das atividades educativas é realizado de forma colaborativa entre a EC e as chefias de enfermagem, incluindo programações específicas para as UTI. A instituição adotou o modelo "árvore do saber", que visa empoderar as equipes como corresponsáveis pelo processo de capacitação. Ademais, oferece oportunidades de capacitação externa mediante solicitação formal dos colaboradores.

Na gestão operacional, destaca-se uma iniciativa inovadora implementada na UTI 1, na qual instituído banco de horas flexível que permitiu reduzir o absenteísmo e aumentar a satisfação dos funcionários. Este sistema possibilita que os colaboradores programem suas folgas com antecedência, em contrapartida à disponibilidade para coberturas de plantão.

No contexto da qualidade, o hospital possui um setor específico responsável, o “Escritório da qualidade” que trabalha de forma a apoiar a diretoria operacional.

O hospital possui certificação internacional de acreditação, a qual reconhece a excelência em gestão e segurança assistencial, exigindo que a instituição mantenha e aprimore constantemente seus padrões de atendimento, processos e resultados; além de atuar como multiplicadora do Programa Brasileiro de Segurança do Paciente, contribuindo para a disseminação de práticas voltadas para a qualidade.

Em conjunto a isso, há reuniões mensais para compartilhamento de indicadores assistenciais e financeiros entre a média gerência e a base operacional, trazendo maior transparência dos resultados institucionais, o que possibilita aos profissionais compreenderem as dinâmicas organizacionais e se sentirem pertencentes a elas.

6.4 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: CASOS CRUZADOS

A tabela 3 apresenta os dados numéricos das entrevistas realizadas em cada hospital.

TABELA 3 - DADOS NUMÉRICOS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS EM CADA HOSPITAL.

Nº de entrevistas					
Hospital	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Total	Horas de áudio gravadas	Média
H1	20	18	38	17:39:48	0:27:53
H2	6	13	19	7:51:48	0:24:50
H3	3	19	22	10:57:55	0:29:54
Total			79	36:29:31	0:27:43

FONTE: a autora (2024).

Os quadros 11, 12 e 13 apresentam quais documentos foram acessados, os dados obtidos e a relação com o empoderamento identificada no processo de análise, em cada hospital.

QUADRO 11 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS, DADOS OBTIDOS E A ESTRUTURA DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E COGNIÇÃO DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO RELACIONADOS, H1.

(continua)

Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 1 Documento: Escala de remanejamento de setor		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado localmente no setor desde 2022; -Ao longo dos anos houve menos registros de remanejamentos; -Escala é elaborada pela chefia de enfermagem	Recursos Apoio	
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 2 Documento: Instrumento para passagem de plantão		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado localmente no setor; -Foram acessados diversos instrumentos preenchidos; -Registro manual realizado pelos Enfermeiros; -Comporta registro de quatro dias; -Registra as principais informações do quadro geral da criança: fisiológicas, comorbidades, pendências, como passou em cada turno, dispositivos;	Recursos Informações	Autodeterminação

(continuação)

Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 2 Documento: Instrumento para passagem de plantão		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Vários campos sem registro principalmente comorbidades, histórico, informações sobre alguns sistemas orgânicos (p. ex. cardiológico); -Reúnem as informações prioritárias acerca do paciente, permite a comunicação entre turnos, facilita a visualização das informações e possibilita a manutenção de um histórico de fácil acesso.		
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 3 à 23 Documento: Orientação em serviço com equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado pela organização; -Utilizado para diversos tipos de registro; -Somente um documento foi elaborado pelos enfermeiros assistenciais, os demais foram pela chefia de enfermagem; -Nove situações foram registradas pela pesquisadora: 1) situação de conflito entre técnico de enfermagem e familiar, houve registro do fato ocorrido, escutado as duas partes. Registro elaborado pelos enfermeiros assistenciais; 2) registro de orientações da equipe técnica de enfermagem: ressalta a liderança do enfermeiro (tomada de decisão, supervisão da equipe, treinamentos) e a organização do processo de trabalho; 3) reunião entre enfermeiros, chefia médica e chefia de enfermagem: discussão de algumas dificuldades no trabalho, feito propostas de melhoria em conjunto; 4) reunião para discussão de EA com medicação: ressaltado cuidados com prescrição medicamentosa, dado abertura para fala dos envolvidos e sugestões de melhoria; 5) reunião com funcionária*, chefia de enfermagem e gerente do setor: ressaltado melhoria de comportamento e desempenho e sobre o acompanhamento que será realizado; 6) Orientação de funcionário*: em relação a segurança do paciente com medicação e dieta enteral; 7) conflito entre funcionários* que ocasionou EA: dado oportunidade de fala e orientado como não ocorrer; 8 e 9) avaliação de desempenho do período de experiência (90 dias): ressaltados pontos fortes e à melhorar, dado espaço para fala; 10) registro de recepção/acolhimento de nova funcionária*: descrito o processo de integração (passa por todos os setores da pediatria, é uma particularidade do serviço de pediatria do H1), regras de trabalho (escalas, folgas, horário de trabalho, sistemas); 11, 12, 13 e 14) registros de conflitos: enfermeiros x técnicos de enfermagem, dado espaço de fala e feito orientações; 15) orientações para funcionário* sobre cumprimento de horário; 16) orientação sobre desempenho/adaptação de funcionário*: feito orientações, dado espaço para fala, funcionário fez sugestão que foi acatada pela chefia de enfermagem; 17) orientação sobre EA;	Oportunidade Informações Apoio	Significado Impacto Competência

(continuação)

Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 3 à 23 Documento: Orientação em serviço com equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
18) Reunião com equipe de enfermagem de orientação sobre EA: extubação acidental, presentes são sugestões de treinamento; 19) orientações de funcionários* de enfermagem sobre cuidados com acessos vasculares; 20) registro de avaliação sobre desempenho/adaptação de novo funcionário*; 21) reunião com funcionário*: orientações sobre atribuições, regras para atestado, código de ética, dado espaço para fala.		
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 24 Documento: Instrumento de avaliação de desempenho		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado pela organização; -Avaliação de desempenho é realizada somente após o período de experiência (90 dias); -Pontua aspectos gerais: 13 critérios organizados em quatro temas (assiduidade, comprometimento, qualidade técnica, relacionamento interpessoal) que possuem pesos diferentes (um a três); -Há uma avaliação do plano de tarefas: são metas que o funcionário precisa atingir, são 100 tarefas para o Enfermeiro, sendo avaliado a porcentagem cumprida; -Não há autoavaliação.	Informações Apoio	Significado Competência
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 25 Documento: Atribuições do Responsável Técnico (RT)		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Descritivos com todas as atribuições do RT de enfermagem da UTI; -Documento elaborado e implementado pela organização.	Informações	Autodeterminação
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 26 à 30 Documento: Pasta com formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i>		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Pasta com arquivamento de formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i> já preenchidos pelos enfermeiros; -Arquivos de meses diferentes; -Formulários acessados: extubação não planejada; lesão por pressão, inserção de cateter venoso central, manutenção de cateter venoso central, pneumonia associada a ventilação mecânica; -Não foi atingido o número de registros preconizados de 20 observações; -Turno da noite não fez nenhum registro.	Recursos Informações	Autodeterminação

(continuação)

Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 31 Documento: Pasta com documentos diversos		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Pasta elaborada pela atual RT da UTI com diversos documentos de apoio para a equipe de enfermagem; -Elaborada para consulta da equipe de enfermagem; -Contém 25 documentos, dentre eles normas institucionais de trabalho (por exemplo, código de ética, orientações para marcação de férias, norma operacional sobre escala de trabalho), resoluções e pareceres de conselho de classe, artigo científico e normas estaduais para hospitais.	Informações	Autodeterminação Impacto
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 32 Documento: Atribuições do enfermeiro e técnico de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado pela organização, pela Divisão de enfermagem; -Atribuições do enfermeiro: descrição de atribuições o âmbito institucional e assistencial, generalista, com duas páginas e meia; -Atribuições do técnico de enfermagem: se detém a atividades assistenciais, com 3 páginas.	Informações	Autodeterminação Impacto
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 33 à 45 Documento: Escalas de trabalho mensais da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado as escalas de trabalho mensais (janeiro a dezembro de 2023) de toda a equipe de enfermagem; -A RT de enfermagem é quem elabora estas escalas; -A maioria das escalas possuem mais de uma versão, assim como vários ajustes (indicados por rasuras), pela necessidade de a RT alterá-las devido afastamentos não previstos dos funcionários (atestados de saúde e licença por outros motivos); -Acessado um documento no qual os profissionais registram a pretensão de datas para folga dentro do mês, e a RT busca atender da melhor forma possível.	Recursos	
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 46 Documento: Cronograma de reuniões		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado pela RT de enfermagem; -Afixado em um mural na sala da RT de enfermagem; Cronograma com planejamento de reuniões mensais em 2024 com os enfermeiros.	Apoio Informações	
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 47 à 49 Documento: Programação de folgas e férias da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado pela RT de enfermagem; -Afixado em um mural na sala da RT de enfermagem; -Um documento com o registro de programação de folgas (abonos) por funcionário;	Recursos Informações	

(continuação)

Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 47 à 49 Documento: Programação de folgas e férias da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Um documento com registro de programação de férias por funcionário; -Um documento com registro de programação de folgas em feriados por funcionário.		
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 50 Documento: Cronograma de curso de ventilação mecânica		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado pela RT de enfermagem; -Afixado em um mural na sala da RT de enfermagem; -Documento com planejamento de realização de curso de ventilação mecânica no ano de 2024.	Oportunidade Informações	Competência
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 51 Documento: Cronograma de atividades multidisciplinares		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado pela RT de enfermagem; -Afixado em um mural na sala da RT de enfermagem; -Documento com planejamento de reuniões mensais em 2024 com equipe multidisciplinar.	Apoio Informações	
Local/Origem: UTI Pediátrica Nº do documento: 52 Documento: Cronograma de reuniões		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado pela RT de enfermagem; -Afixado em um mural na sala da RT de enfermagem; - Documento com planejamento de reuniões mensais em 2024 com os residentes de enfermagem.	Apoio Informações	
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 53 à 64 Documento: Escalas de trabalho mensais da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado as escalas de trabalho mensais (janeiro a dezembro de 2023) de toda a equipe de enfermagem; -A RT de enfermagem é quem elabora estas escalas; -Todas as escalas possuem vários ajustes (indicados por rasuras), pela necessidade de a RT alterá-las devido afastamentos não previstos dos funcionários (atestados de saúde e licença por outros motivos), contabilizado no mínimo 23 e no máximo 73 rasuras -Houve oscilação no número de profissionais ao longo do ano, principalmente com relação a equipe técnica de enfermagem, sendo que ao final do ano havia três destes profissionais a menos; -Contabilizado nove escalas com admissão de novos funcionários; -Os profissionais solicitam as datas que querem folgar em um formulário próprio, e a RT busca atender da melhor forma possível.	Recursos	

(continuação)

Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 65 Documento: Instrumento de passagem de plantão		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado localmente no setor; -Foram acessados diversos instrumentos preenchidos; -Registro manual realizado pelos Enfermeiros; -Cada instrumento tem a extensão de 1 folha e comporta o registro de um paciente durante 24 horas; -Registra as principais informações do quadro geral do paciente e indicadores críticos como procedimentos invasivos, procedimentos realizados, intercorrências e sinais vitais; -Prioriza o registro de questões físico-biológicas; -Permite visualização rápida do quadro geral do paciente, e de seu progresso -Alguns campos sem registro: cabeceira, <i>check list</i> box e identificação de equipos; -Reúnem as informações prioritárias acerca do paciente, permite a comunicação entre turnos, facilita a visualização das informações e possibilita a manutenção de um histórico de fácil acesso.	Recursos Informações	Autodeterminação
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 66 Documento: Plano multiprofissional		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado localmente no setor; -Foram acessados diversos instrumentos preenchidos; -Registro manual realizado pelos profissionais da equipe multiprofissional (enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia e medicina) durante a realização da reunião multiprofissional, -Cada instrumento tem a extensão de 1 folha e comporta o registro de um paciente; -Instrumento curto, objetivo, possibilita agilizar e tornar mais objetiva a reunião multiprofissional; -Cada profissional presente na reunião assina o instrumento; -Seus registros possibilitam resgatar informações a qualquer momento.	Recursos Informações	Autodeterminação
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 67 à 91 Documento: Orientação em serviço com equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento elaborado e implementado pela organização; -Utilizado para diversos tipos de registro; - Acessado 19 destes documentos: 1) registro de estudo de caso discutido entre a equipe multiprofissional; 2) orientação individual de funcionário* sobre passagem de plantão; 3 a 5) orientação individual de funcionário* sobre atividades de profissional com restrição laborativa; 6 a 8) orientação individual de funcionário* sobre suas atribuições no trabalho, com detalhamento do que deverá realizar: atividades de apoio, como por exemplo repor material, controle de quantidade de material da unidade;	Oportunidade Apoio Informações	Significado Impacto Competência

(continuação)

Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 67 à 91 Documento: Orientação em serviço com equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
9) orientação individual de funcionário* sobre rotinas/cuidados com sinais vitais; 10) registro sobre esclarecimento de uma intercorrência ocorrida com paciente; 11) orientação individual de funcionário* sobre cuidados de enfermagem básicos e conduta pessoal; 12) orientação individual de funcionário* sobre conflito entre enfermeiro e médico: comportamento inadequado do enfermeiro, com orientação ao mesmo de realizar o registro do ocorrido por escrito; 13) registro de reunião para orientação sobre algumas rotinas diárias; 14) registro reunião de equipe de um turno de trabalho realizada pelos enfermeiros assistenciais; 15) orientação individual de funcionário* sobre cumprimento de horário de trabalho; 16) orientação individual de funcionário* realizada pela enfermeira assistencial, sobre rotina de administração de medicação considerada perigosa e anotações de enfermagem; 17) orientação realizada pela chefia de enfermagem para os enfermeiros sobre gaveta de guarda de medicação psicotrópica; 18) orientação realizada pela chefia de enfermagem para os enfermeiros sobre preenchimento dos formulários de <i>bundles</i> ; 19 a 22) registro de orientação realizada para equipe técnica sobre carteira de registro profissional; 23 a 24) registro de orientação realizada pelos enfermeiros assistenciais para equipe técnica sobre rotinas de trabalho, trabalho em equipe e atualização profissional; 25) registro de treinamento sobre acesso venoso periférico ministrado por residente de enfermagem para toda equipe de enfermagem.		
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 92 à 97 Documento: Formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i>		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i> já preenchidos pelos enfermeiros; -Arquivos de meses diferentes; -Formulários acessados: 1) número de pacientes avaliados para risco de desenvolvimento LP; 2) número de pacientes avaliados para alto risco de desenvolvimento LP; 3) <i>bundle</i> de LP com cinco parâmetros de avaliação com indicação de necessidade de realização de 20 observações no mês e orientações de como realizar a avaliação do paciente; 4) <i>bundle</i> de cateterismo vesical de demora com três parâmetros de avaliação com indicação de necessidade de realização de 20 observações no mês;	Informações	Impacto

(continuação)

Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 92 à 97 Documento: Formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i>		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
5) <i>bundle</i> de inserção de cateter venoso central com cinco parâmetros de avaliação com indicação de necessidade de realização de 20 observações no mês; 6) <i>bundle</i> de pneumonia associada à ventilação mecânica com seis parâmetros de avaliação com indicação de necessidade de realização de 20 observações no mês.		
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 98 Documento: Controle de abertura do carrinho de emergência		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-A unidade possui dois carrinhos de emergência, cada um possui um impresso com registro de abertura do carrinho de emergência, com identificação de data, turno, número do novo lacre colocado no carrinho e nome de quem registrou.	Informações	
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 99 Documento: Indicadores		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-No corredor da unidade, afixados na parede, há alguns impressos com indicadores relacionados ao controle de infecção hospitalar. -Os resultados mensais com os indicadores são enviados para os profissionais por e-mail e mensagem via aplicativo <i>whatsapp</i> pela RT de enfermagem; -São realizadas reuniões mensais entre a equipe assistencial do turno da manhã e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para discussão dos indicadores.	Informações	Impacto
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 100 à 106 Documento: Impressos no box do paciente		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Visualizado vários impressos com diferentes informações afixados no vidro de entrada de cada box onde ficam os pacientes; - Impressos visualizados: 1) plano terapêutico multiprofissional; 2) placa de risco de queda; 3) placa de precaução (contato, gotículas, aerossóis); 4) placa de identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, número de registro no hospital, nome da mãe); 5) placa de controles de risco (queda, LP, sangramento, flebite, <i>dellirium</i> , broncoaspiração, choque, alergias, contatos de familiares); 6) identificação de medicações que tem alergia; 7) nível atual de mobilidade (não havia registros da equipe em nenhum impresso deste); -Nem todos os leitos continham todos impressos, que variam de acordo com a necessidade, por exemplo, se o paciente não possui nenhum tipo de precaução, a placa de identificação de precaução não é utilizada.	Informações	

(continuação)

Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 107 Documento: Sugestões e dúvidas		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-No corredor, afixado no armário, há um espaço para colocar registros de sugestões e/ou dúvidas por qualquer profissional, direcionados à chefia de enfermagem (havia um papel no local).	Apoio	Impacto
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 108 Documento: Divulgação de cursos		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Havia vários impressos afixados em diferentes locais dentro da unidade com divulgação de cursos para os diferentes profissionais. -Não há um local específico na unidade destinado para colocação destes impressos		
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 109 Documento: Controle de verificação de carrinho de emergência		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Cada carrinho de emergência possui um impresso para o registro da conferência dos itens do carrinho (materiais médico-hospitalares) quanto a quantidade e validade de cada item, assim como da desinfecção dele; -Cada carrinho possui um impresso com uma escala com as datas de conferência dos carrinhos e a indicação de qual turno é responsável pela conferência; -Após cada conferência, o profissional que a realizou assina seu nome.	Informações	
Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 110 Documento: Cronograma de feriados		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Planilha com registros de quais funcionários trabalharam nos feriados ao longo de todo ano	Informações Recursos Apoio	
Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 111 à 131 Documento: Escalas de trabalho mensais da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado as escalas de trabalho mensais (fevereiro de 2023 a abril de 2024) de toda a equipe de enfermagem; -A RT de enfermagem é quem elabora estas escalas; -Todas as escalas possuem vários ajustes (indicados por rasuras), pela necessidade de a RT alterá-las devido afastamentos não previstos dos funcionários (atestados de saúde e licença por outros motivos); -Houve oscilação no número de profissionais ao longo do ano, principalmente com relação a equipe técnica de enfermagem, sendo no máximo 43 e no mínimo 38 destes profissionais;	Recursos	

(continuação)

Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 111 à 131 Documento: Escalas de trabalho mensais da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Grampeadas a cinco destas escalas havia um outro formulário contendo registros de trocas de plantões entre os profissionais; -Grampeada na frente da escala de abril de 2024, havia uma página contendo orientações a respeito da carga horária de acordo com cada vínculo de trabalho e considerações a respeito de escolha de folgas; -Os profissionais solicitam as datas que querem folgar em um formulário próprio (uma escala em branco), e a RT busca atender da melhor forma possível. -As escalas de 2023 estavam arquivadas em uma pasta, que também continha outros documentos, como registros de treinamentos realizados na UTI.		
Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 132 à 151 Documento: Registros de treinamentos/reuniões com a equipe assistencial		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessados 12 registros de treinamentos/reuniões realizados na UTI com a equipe assistencial entre 2023 e 2024: 1) treinamento sobre cuidados com circuitos da ventilação mecânica e dreno de tórax, realizado pelos enfermeiros assistenciais; 2 e 3) reunião com orientações para residentes de medicina sobre rotinas da UTI, regras para organização do serviço/assistência, papel e atribuições dos residentes de medicina; 4 e 5) treinamento de higiene de mãos; 6) treinamento sobre boas práticas na administração de medicamentos, com ênfase em cuidados voltados para a SP; 7 e 8) treinamento sobre hemotransfusão; 9) treinamento sobre <i>bundle</i> de manutenção de cateter venoso central e periférico; 10) treinamento com simulação de boas práticas para prevenção de infecções de corrente sanguínea; 11) treinamento sobre novo protocolo de sepse; 12) treinamento sobre novo equipamento de desfibrilação; 13) reunião com enfermeiros sobre infecções de corrente sanguínea; 14) reunião de orientação sobre sistema informatizado (especificamente relacionado às mudanças de registro de prescrição da comissão de cuidados com a pele) e orientações gerais sobre rotinas de trabalho e algumas questões comportamentais no trabalho (por exemplo, uso de celular, cumprimento de horário de trabalho e uso de uniforme). 15 e 16) treinamento sobre prevenção de infecções de corrente sanguínea; 17) treinamento sobre avaliação de feridas de pele; 18) treinamento sobre prevenção de LP; 19) treinamento sobre nutrição parenteral; 20) treinamento sobre controle de medicações psicotrópicas;	Oportunidade Informações Apoio	Significado Impacto Competência

(continuação)

Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 132 à 151 Documento: Registros de treinamentos/reuniões com a equipe assistencial		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-O número de participantes nos treinamentos/reuniões variou bastante, com no mínimo cinco e no máximo 43; -Os responsáveis por ministrar os treinamentos foram decididos entre chefia de enfermagem e enfermeiros assistenciais, tendo a participação de ambos na realização.		
Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 152 à 162 Documento: Registros de reuniões com equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessados 38 registros de treinamentos/reuniões realizados na UTI com a equipe assistencial: 1) orientação sobre solicitação da Divisão de Enfermagem do hospital sobre regularização do registro no conselho de classe; 2) orientações sobre faltas injustificadas e consequente mudança de turno; 3) orientações sobre protocolo de sepse; 4 e 5) orientações sobre rotinas da unidade para funcionário*; 6 a 8) orientações sobre rotinas da unidade para equipe, incluindo questões comportamentais; 9) orientações para funcionário* sobre conduta inadequada recorrente; 10) orientações para funcionário* sobre EA; 11) orientação da equipe sobre questões comportamentais (ética, colaboração, trabalho em equipe).	Oportunidade Informações Apoio	Significado Impacto Competência
Local/Origem: UTI Cirúrgica Nº do documento: 163 à 167 Documento: Formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i>		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Formulários de observação de cumprimento de <i>bundles</i> já preenchidos pelos enfermeiros; -Arquivos de meses diferentes; -Formulários acessados em sua maioria possuía meta de preenchimento atingida (20 observações) no <i>bundle</i> de cateter venoso central - <i>Bundle</i> de LPP não atingiu a meta de preenchimento (20 observações); -Há uma escala com o nome dos responsáveis por preencher os formulários de <i>bundles</i> ; -Há um formulário para acompanhamento de adesão aos <i>bundles</i> implementado em 2024 onde se observou que houve uma melhora na adesão em relação a 2023, principalmente após a implantação da escala referida acima.	Informações	Impacto
Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 168 Documento: Registro de temperatura da geladeira		
Dados Obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Formulários contendo registros de diferentes meses da temperatura da geladeira que armazena medicamentos, preenchidos pela equipe de enfermagem;	Informações	

(continuação)

Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 168 Documento: Registro de temperatura da geladeira		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Havia alguns registros incorretos.		
Local/Origem: UTI Adulto 2 Nº do documento: 169 à 176 Documento: Instrumento de passagem plantão		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-É o mesmo formulário utilizado na UTI cirúrgica; -Foram acessados oito instrumentos preenchidos; -Registro manual realizado pelos Enfermeiros; -Todos bem preenchidos, com poucos campos sem preenchimento; -Não havia identificação dos nomes dos Enfermeiros que preencheram o instrumento. -Reúne as informações prioritárias acerca do paciente, permite a comunicação entre turnos, facilita a visualização das informações e possibilita a manutenção de um histórico de fácil acesso.	Recursos Informações	Autodeterminação
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 177 Documento: Organograma institucional		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o organograma institucional pelo site da instituição em abril de 2024; -Documento de domínio público, datado do ano de 2023; -Há 97 cargos de liderança, distribuídos em cinco níveis hierárquicos; -20 enfermeiros possuem cargos de liderança em diferentes níveis estratégicos: um no 2º nível hierárquico; quatro no 3º, três no 4º e 12 no 5º.	Fontes de poder formal	Impacto
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 178 Documento: PDE		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o PDE da instituição pelo site da instituição em outubro de 2024; -Desenvolvido colaborativamente com a participação de gestores, colaboradores e docentes da instituição por meio de grupos de trabalho e oficinas; -Define a estratégia da instituição, contendo diretrizes que orientam a atuação da instituição nos próximos anos; -Delineia a visão estratégica, contendo o objetivo estratégico, o que deve ser alcançado bem como os indicadores que definem como será medido e acompanhado o sucesso do alcance do objetivo (Plano Diretor Estratégico do H1, 2024); -Os principais itens abordados no documento são: o contexto do H1; análise situacional; estratégia; monitoramento e anexos com os indicadores de desempenho e fichas com projetos locais; -Tem a declaração somente da visão da organização.	Informações	

(conclusão)

Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 179 Documento: Regulamento de Pessoal		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o documento pelo site da instituição em outubro de 2024; -Documento de domínio público, datado do ano de 2020; -Elaborado pela empresa que realiza a gestão do H1; -Foca na regulamentação de pessoal e gestão de cargos e funções; -Determina os níveis hierárquicos instituídos na organização.	Informações Fontes de poder formal	

EE: Empoderamento Estrutural

EP: Empoderamento Psicológico

*não foi identificado o cargo, a fim de não comprometer a confidencialidade.

FONTE: a autora (2024).

QUADRO 12 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS, DADOS OBTIDOS E A ESTRUTURA DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E COGNIÇÃO DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO RELACIONADOS, H2.

(continua)

Local/Origem: Todas UTI Nº do documento: 1 à 4 Documento: Escala de trabalho da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Documento eletrônico, em formato de planilha, contendo várias abas, sendo uma para cada UTI; -Acesso às escalas de meses diferentes de quatro UTI: 1) Escala da UTI geral II: quadro com nove técnicos de enfermagem e um enfermeiro em cada turno; 2) Escala da UTI cardíaca: quadro com 38 técnicos de enfermagem e oito enfermeiros no turno diurno e 38 técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros no turno noturno; 3) Escala da UTI coronária: quadro com oito técnicos de enfermagem e um enfermeiro em cada turno; 4) Escala da UTI geral I: quadro com doze técnicos de enfermagem e dois enfermeiros em cada turno; -Escala ficam impressas nos setores; -Observado pouca variação no número de profissionais nas diferentes escalas de cada setor; -Folgas são na proporção de a cada cinco plantões trabalhados há um dia de folga, portanto não há escolha de datas para folgas por parte do funcionário.	Recursos	
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 5 e 6 Documento: Plataforma on-line de RH		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Visualizado as funcionalidades de controle de ponto e atestado; -Visualizada demonstração de como estas funcionalidades são utilizadas; -Coordenadoras de enfermagem de cada UTI têm acesso a esta plataforma para acompanharem o ponto e faltas dos profissionais de suas equipes, podendo realizar ajustes se necessário;	Informações	

(continuação)

Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 5 e 6 Documento: Plataforma on-line de RH		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Profissionais também podem fazer ajustes quando necessário.		
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 7 à 9 Documento: Formulários de avaliação de desempenho		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado três formulários de avaliação de desempenho impressos, elaborados pela instituição: 1) formulário de <i>feedback</i> : para feedback pontual, encontra-se em processo de implantação; 2) formulário de desempenho de período de experiência: utilizado na avaliação de desempenho após contratação do funcionário, no período de 60 e 90 dias após admissão na instituição. Aborda aspectos sobre pontualidade, trabalho em equipe, disciplina, qualidade, conhecimento técnico, atendimento ao cliente, ética e adaptação ao trabalho; 3) formulário de avaliação de desempenho para Enfermeiros: utilizado na avaliação da <i>performance</i> do Enfermeiro, contém nove itens de avaliação, atendimento de qualidade, comunicação interpessoal, trabalho em equipe, realização e inovação, humanização e empatia, estrutura organizacional e respeito, efetividade e ética, engajamento, respeito e otimismo, e liderança. Ao final há um espaço para registro por parte da coordenadora de enfermagem, de pontos fortes e oportunidades de desenvolvimento.	Informações Apoio	Significado Competência
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 10 Documento: Formulário de passagem de plantão		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Passagem de plantão é registrada em um sistema informatizado (Tasy®) no qual todos profissionais podem acessá-lo.	Recursos Informações	Autodeterminação
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 11 Documento: Processo de Enfermagem (PE)		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Visualizado a demonstração de como é registrado o PE na instituição; -Todo o PE é registrado pelo Enfermeiro em um sistema informatizado (Tasy®) no qual todos profissionais podem acessá-lo; -Sistema facilita a elaboração de plano de cuidados por integrar informações do paciente, por exemplo, vincula o CID registrado para o paciente há cuidados específicos; -PE implementado desta forma há menos de um ano; -Gerente de Enfermagem do hospital monitora a adesão dos enfermeiros na realização do PE, nas UTI está em 100%.	Informações Recursos	Autodeterminação

(conclusão)

Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 12 e 13 Documento: Formulário de reunião		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado formulário impresso de registro de reunião com equipe de enfermagem; -Formulário elaborado pela instituição; - Acessado dois formulários preenchidos: 1) registro de reunião entre coordenação de enfermagem e equipe de enfermagem para discussão de problemas de trabalho como rotinas, cuidados de enfermagem e uso de celular; 2) registro de reunião realizada pela enfermeira assistencial e sua equipe para discussão de retomada de rotinas de trabalho e comportamentos inadequados; -Há reuniões mensais entre cada coordenadora de UTI e sua equipe de enfermeiros com cronograma previamente estabelecido; -Geralmente estas reuniões entre coordenação e enfermeiros gera uma outra reunião entre enfermeiros assistenciais com suas respectivas equipes técnicas para discussão de assuntos abordados na reunião com as coordenações.	Oportunidade Informações Apoio	Significado Impacto Competência
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 14 Documento: Organograma institucional		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o organograma institucional que dispõe a estrutura hierárquica da organização; -Estruturado em quatro níveis hierárquicos, sendo que a gerência de enfermagem se encontra no terceiro e as coordenadoras das UTI estão no quarto nível.	Fontes de poder formal	Impacto
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 15 Documento: Cronograma anual de treinamentos da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado cronograma anual de treinamentos para as equipes de enfermagem da UTI; -Coordenação de cada UTI organiza com os enfermeiros de suas equipes temas para treinamentos e quais enfermeiros serão responsáveis por cada treinamento; -Há treinamentos realizados por um centro educacional, uma “universidade” corporativa criada pela instituição, que realiza treinamentos diários para todos os funcionários do hospital, e também possui um cronograma que é divulgado para as lideranças da instituição; -O hospital possui uma meta de realização de treinamentos definida, com indicador de monitoramento para tal.	Informações Oportunidade	Competência Significado

EE: Empoderamento Estrutural

EP: Empoderamento Psicológico

*não foi identificado o cargo, a fim de não comprometer a confidencialidade.

FONTE: A autora (2024).

QUADRO 13 - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS, DADOS OBTIDOS COM CADA UM E A ESTRUTURA DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E COGNIÇÃO DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO RELACIONADOS, H3.

(continua)

Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 1 Documento: Planejamento Estratégico		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o documento que contém todo o planejamento estratégico da instituição; -O processo de construção deste documento foi coletivo, com a participação de diferentes profissionais da instituição; -Estruturado em tópicos: 1) perspectiva financeira: crescimento financeiro sustentável; 2) Perspectiva do cliente: corpo clínico referência, solução em saúde, marketing, NPS; 3) Processos internos: foco centrado na pessoa, apoio tecnológico, certificações, governança ambiental, social e corporativa, sinergia entre setores e medicina baseada em valor; 4) aprendizado e crescimento: desenvolvimento de pessoas, programas de especialização e residência; -Alguns pontos visualizados que este documento aborda: reduzir desperdício, otimizar sustentabilidade, fortalezas, processos, desafios, crise financeira após a pandemia, acompanhamento de inovações tecnológicas.	Informações	Significado
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 2 à 8 Documento: Intranet		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Visualizado a demonstração do funcionamento da plataforma virtual da instituição chamada de "Intranet"; -Esta plataforma é de acesso livre aos funcionários de toda instituição, e possui diferentes funcionalidades que foram visualizadas: 1) H3 AMA: funcionalidade de apoio psicológico para os funcionários, no qual eles podem obter atendimento com um acadêmico de psicologia; 2) H3 Bioética: aqui os funcionários podem realizar denúncias de problemas éticos ocorridos no trabalho; não havendo identificação do denunciante. 3) H3 Mail: canal desenvolvido para realização, por parte do funcionário, de denúncias, sugestões, críticas; não havendo identificação da pessoa que fez o registro; 4) STC (Suporte ao Trabalho Colaborativo): funcionalidade em que é possível acessar a atualização de protocolos e processos internos; 5) RAM (Reação Adversa Medicamentosa): funcionalidade para registro de intercorrências com medicação (reação adversa), que permite uma melhor análise do fato; 6) QT (Queixa Técnica): funcionalidade destinada ao registro de problemas com matérias e equipamentos; 7) RM (Reconciliação Medicamentosa): funcionalidade disponível somente para os profissionais Farmacêuticos, na qual estes avaliam as prescrições medicamentosas e as	Recursos Apoio Informações Oportunidade	

(continuação)

Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 2 à 8 Documento: Intranet		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
validam pelo sistema, possibilitando a dispensação das medicações para serem administradas		
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 9 Documento: Procedimento Operacional Padrão (POP)		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-POP estabelecidos para toda a instituição; -Organizados em seis áreas: cultura de segurança do paciente, comunicação, segurança medicamentosa, ambiente de trabalho, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e gerenciamento de risco	Informações	
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 10 Documento: Crachá de segurança na administração de medicações		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Desenvolvido pela instituição para os profissionais assistenciais (principalmente equipe de enfermagem); -Ferramenta disposta em formato de crachá, para ser usado pelo profissional, como forma de consulta rápida em seu dia a dia; -Contém uma lista com os “13 certos” para administração de medicações preconizados pela OMS.	Informações	
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 11 Documento: Organograma institucional		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o organograma institucional que dispõe a estrutura hierárquica da organização; -Estruturado em cinco níveis hierárquicos, sendo que a gerência de enfermagem se encontra no terceiro nível e os coordenadores das UTI estão no quinto.	Fontes de poder formal	Impacto
Local/Origem: UTI 1 Nº do documento: 12 Documento: Escala de trabalho da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessadas escalas impressas de meses diferentes da UTI 1; -Quadro total com 15 Enfermeiros, 60 Técnicos de Enfermagem e um residente de Enfermagem; -Coordenador da UTI elabora a escala mensal dos Técnicos de Enfermagem; -Coordenador de áreas críticas elabora a escala mensal dos Enfermeiros; -RH possui um regimento para todos os funcionários do hospital que estipula as normas para realização das escalas; -Folgas são na proporção de a cada cinco plantões trabalhados há um dia de folga, portanto não há escolha de datas para folgas por parte do funcionário; -Escalas ficam impressas nos setores;	Recursos	

(continuação)

Local/Origem: UTI 1 Nº do documento: 12 Documento: Escala de trabalho da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Observado pouca variação no número de profissionais nas diferentes escalas.		
Local/Origem: UTI 1 Nº do documento: 13 e 14 Documento: Formulário de troca de plantão		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado documento impresso já preenchido; -Formulário desenvolvido pela coordenadora da UTI 1 para registro de realização de banco de horas pela equipe de enfermagem; -Utilizado para facilitar o controle de realização de banco de horas; -Coordenadora alimenta uma planilha eletrônica com os dados registrados neste formulário; -Estratégia desenvolvida pela coordenadora para melhorar a taxa de absenteísmo na unidade.	Informações Recursos	
Local/Origem: UTI 1 Nº do documento: 15 Documento: Escala de atividades da equipe de enfermagem		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado documento impresso já preenchido; -Formulário utilizado na unidade para registro da organização das atividades da equipe de enfermagem durante um turno de trabalho; -São registrados qual técnico ficou responsável por quais pacientes, entre outras atribuições como organização de expurgo, organização do posto de enfermagem; -O enfermeiro do turno anterior elabora esta escala para o próximo turno; -A coordenadora da UTI verifica 1/semana estas escalas preenchidas para analisar como está sendo feito.	Informações Recursos	
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 16 à 18 Documento: Pasta da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado a pasta direcionada a organizar arquivos em comum entre a UTI e a CIHDOTT, como atas de reuniões, protocolos, planilha impressa de óbito.	Informações Recursos	
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 19 à 42 Documento: Pasta de Acreditação		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado uma pasta que contém documentos referentes ao processo de acreditação internacional ao qual o hospital foi avaliado; -Possui um planejamento estratégico para três anos; -Contém documentos com registros de vários indicadores: 1) CID de pacientes atendidos; 2) taxa de ocupação de leitos;	Informações Recursos	

(continuação)

Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 19 à 42 Documento: Pasta de Acreditação		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
3) produção por convênio; 4) receita; 5) procedência dos pacientes; 6) média de permanência de pacientes; 7) índice de giro de leito; 8) taxa de reinternação; 9) índice de intervalo de substituição; 10) densidade de incidência de quedas; 11) taxa de lesão por pressão; 12) taxa de flebite; 13) taxa de infecções relacionadas à assistência à saúde; 14) taxa de utilização de cateter venoso central; 15) densidade de incidência de infecções relacionadas à corrente sanguínea (IRCS); 16) taxa de utilização de cateter vesical de demora; 17) densidade de incidência de infecção do trato urinário; 18) taxa de utilização de ventilação mecânica; 19) densidade de incidência de pneumonia relacionada à ventilação mecânica; 20) admissões de pacientes via Time de Resposta Rápida (TRR); 21) desfechos de pacientes encaminhados via TRR; 22) avaliação de risco de tromboembolismo venoso; 23) horas de capacitação; 24) satisfação dos clientes		
Local/Origem: Organizacional Nº do documento: 43 Documento: Cronograma anual de treinamentos		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado uma pasta que contém os cronogramas de treinamentos que serão realizados ao longo no ano no hospital; -Cada cronograma contém as seguintes informações: tema, tipo (técnico, comportamental), responsável, público-alvo, setor e mês que irá ocorrer; -Dentre as temáticas visualizadas em um dos cronogramas havia um de liderança para Enfermeiros.	Informações Oportunidades	Competência Significado
Local/Origem: Educação Continuada Nº do documento: 44 Documento: Programa de desenvolvimento de pessoas		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o documento virtual que discorre sobre o programa de desenvolvimento de pessoas da organização; -Documento contém conceitos e objetivos do programa; -Segundo este programa o desenvolvimento de pessoas visa manter a cultura institucional por meio do desenvolvimento da liderança. -O desenvolvimento da liderança objetiva desenvolver habilidades para que os gestores extraiam o melhor de sua equipe, bem como de si mesmo, além de oferecer aos participantes ferramentas de autoconhecimento, de modo a	Apoio Informações Oportunidade	Competência Significado

(conclusão)

Local/Origem: Educação Continuada Nº do documento: 44 Documento: Programa de desenvolvimento de pessoas		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
propor reflexão no que tange as esferas pessoa, profissional, relacionamento e qualidade de vida.		
Local/Origem: Educação Continuada Nº do documento: 45 Documento: Gestão à vista		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Acessado o documento virtual 'gestão à vista'; -Gestão à vista é uma forma de compartilhar alguns resultados organizacionais com todos os profissionais da instituição por meio da divulgação de indicadores; -Cada setor possui um documento específico, com indicadores setoriais; -O documento contém: visão e a missão do hospital, o planejamento estratégico de forma sucinta, parte do organograma institucional, organograma e pilares do setor.	Informações	
Local/Origem: Educação Continuada Nº do documento: 46 Documento: Árvore do saber		
Dados obtidos/Informações	Estrutura do EE	Cognição do EP
-Trata-se de uma figura de uma árvore, elaborada pela educação continuada com materiais do tipo EVA; -Encontra-se no setor de educação continuada; -A árvore é uma representação gráfica desenvolvida pela educação continuada para representar de forma lúdica, a estruturação do conhecimento na instituição para a equipe de enfermagem, na qual a gerência de enfermagem e as chefias de enfermagem são as raízes, o conhecimento, as habilidades e as atitudes são o tronco, os galhos são as coordenadoras de setores, as folhas são os enfermeiros assistenciais e os frutos são os técnicos de enfermagem	Apoio	Significado

EE: Empoderamento Estrutural

EP: Empoderamento Psicológico

*não foi identificado o cargo, a fim de não comprometer a confidencialidade.

FONTE: a autora (2024).

A análise dos dados obtidos nas entrevistas permitiu identificar e extrair os elementos considerados constituintes do cuidado de enfermagem de qualidade na perspectiva dos participantes, os quais foram sistematizados em três quadros: o quadro 14 apresenta os elementos comuns às três instituições; o quadro 15 expõe os elementos identificados em duas instituições; e o quadro 16 contempla os elementos específicos de cada instituição.

QUADRO 14 – ELEMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE COMUNS ÀS TRÊS INSTITUIÇÕES.

Atender às necessidades do paciente
Cientificidade
Cuidado holístico
Cuidado humanizado
Cuidado seguro

FONTE: A autora (2024).

QUADRO 15 - ELEMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE COMUNS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES.

Elemento	Instituição
Bem-estar do paciente	H1, H3
Competência técnica	H1, H3
Conforto	H1, H3
Contribuir para ter um bom ambiente de trabalho	H1, H3
Cuidado de acordo com protocolos	H1, H2
Dedicação	H1, H2
Habilidade técnica	H1, H3
Identificar riscos	H1, H3
Integrar acompanhante no cuidado	H1, H3
Importar-se com o paciente	H1, H2
Ter tempo para cuidar	H1, H3
Cuidado assertivo	H2, H3
Cuidado de acordo com metas e protocolos	H1, H2
Cuidado com a participação multiprofissional	H1, H2
Cuidado realizado em equipe	H1, H2

FONTE: A autora (2024).

QUADRO 16 - ELEMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS SOMENTE EM UMA DAS INSTITUIÇÕES.

H1	H2	H3
Atender família e paciente	Cuidado com a participação multiprofissional	Uso adequado da tecnologia
Comunicação eficaz	Cuidado integral	
Competência comportamental	Diálogo com o paciente	
Cuidado centrado no paciente	Empatia com familiar	
Embasado por indicadores	Segurança da equipe	
Equipe motivada	Uso eficiente dos recursos	
Fazer o que gosta		
Não ter medo de falar sobre erros		
Cuidado ético		
Cuidado oportuno		
Eficácia		
Eficiência		

FONTE: A autora (2024).

Para a compreensão do comprometimento, o processo de análise revelou a presença de antecedentes das três dimensões de comprometimento

organizacional do modelo de Meyer e Allen, assim como as próprias dimensões, que emergiram das categorias “fatores de retenção” e “relação com a instituição”.

Esses antecedentes são apresentados nos próximos três quadros, sendo que o quadro 17 apresenta os antecedentes e as dimensões comuns às três instituições; o quadro 18 expõe os antecedentes e dimensões identificados em duas instituições; e o quadro 19 contempla os antecedentes e dimensões específicos de cada instituição.

QUADRO 17 - ANTECEDENTES E DIMENSÕES DO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE MEYER E ALLEN (1991) COMUNS ÀS TRÊS INSTITUIÇÕES.

Antecedente	Dimensão do Comprometimento
Acolhimento	Afetivo Normativo
Gosta do ambiente de trabalho	Afetivo Normativo
Gosta do hospital	Afetivo Normativo
Gratidão pelas oportunidades	Normativo
Oportunidades de crescimento profissional	Normativo
Pertencimento	Afetivo
Relação com a equipe de trabalho	Afetivo
Valorização dos profissionais	Afetivo

FONTE: A autora (2024).

QUADRO 18 - ANTECEDENTES E DIMENSÕES DO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE MEYER E ALLEN (1991) COMUNS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES.

Antecedente	Dimensão do Comprometimento	Instituição
Aprendizado	Continuidade Normativo	H1, H2
Autonomia profissional	Continuidade Normativo	H1, H3
Boas condições de trabalho	Continuidade Normativo	H1, H2
Desafios oportunizados	Normativo	H1, H2
Oportunidades de desenvolvimento profissional	Continuidade Normativo	H1, H2
Realização profissional	Afetivo Normativo	H1, H3
Remuneração satisfatória	Continuidade	H1, H3
Precisa trabalhar	Continuidade	H1, H3
Comodismo	Continuidade	H2, H3
Facilidade de acesso ao local de trabalho	Continuidade	H2, H3

FONTE: A autora (2024).

QUADRO 19 - ANTECEDENTES E DIMENSÕES DO COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DE MEYER E ALLEN (1991) IDENTIFICADOS SOMENTE EM UMA DAS INSTITUIÇÕES.

Instituição	Antecedente	Dimensão do Comprometimento Organizacional
H1	Ama seu trabalho	Afetivo
	Capacitação dos profissionais	Normativo
	Compartilhamento de conhecimentos	Normativo
	Cuidado humanizado	Afetivo Normativo
	Estabilidade profissional	Continuidade
	Gosta do que faz	Afetivo Normativo
	Identidade profissional	Afetivo
	Objetivo realizado	Afetivo Normativo
	Orgulho de pertencer	Afetivo
	Peculiaridades da UTI	Normativo
	Reconhecimento da equipe	Normativo Afetivo
	Representação social do hospital	Normativo Afetivo
	Única fonte de sustento	Continuidade
	Valoriza o esforço de sua conquista	Normativo
	Vínculo de trabalho	Continuidade
H2	Ambiente de trabalho colaborativo	Normativo Afetivo
	Gestão participativa	Normativo Afetivo
	Oportunidade de mobilidade dentro da instituição	Normativo
	Oportunidades de crescimento pessoal	Normativo
H3	Processos de melhorias	Normativo
	Apoio da líder	Afetivo Normativo
	Escala de trabalho favorável	Continuidade
	Horário de trabalho	Continuidade
	Medo de mudança	Continuidade
	Oportunidades de capacitação	Normativo
	Valorização da ética	Normativo

FONTE: A autora (2024).

A análise realizada das unidades de significado condensado - interpretação do significado subjacente na categoria “comprometimento” permitiu identificar a percepção do comprometimento do próprio profissional e de sua equipe. O quadro 20 apresenta essas percepções, que foram comuns nas três instituições pesquisadas.

QUADRO 20 - PERCEPÇÕES SOBRE SEU COMPROMETIMENTO E O COMPROMETIMENTO DE SUA EQUIPE DE TRABALHO, COMUNS NAS TRÊS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Segurança do paciente
Bom desempenho
Cuidado de qualidade
Cuidado humanizado
Trabalho em equipe

FONTE: A autora (2024).

O quadro 21 apresenta essas percepções, que foram comuns em pelos menos duas instituições pesquisadas.

QUADRO 21 - PERCEPÇÕES SOBRE SEU COMPROMETIMENTO E O COMPROMETIMENTO DE SUA EQUIPE DE TRABALHO, COMUNS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Aliar teoria e prática	H1, H2
Equipe resolutiva	H1, H3
Proatividade	H1, H3
Comprometimento tem a ver com perfil pessoal	H1, H2
Constante aperfeiçoamento	H1, H2
Contribuir com um bom ambiente de trabalho	H1, H2
Esforço para fazer o melhor	H1, H3
Senso de responsabilidade	H1, H2

FONTE: A autora (2024).

O quadro 22 apresenta essas percepções, identificadas em apenas uma das organizações estudadas.

QUADRO 22 - PERCEPÇÕES SOBRE SEU COMPROMETIMENTO E O COMPROMETIMENTO DE SUA EQUIPE DE TRABALHO, PARTICULARES EM CADA INSTITUIÇÃO

(continua)

H1	H2	H3
Absenteísmo	Engajamento	Colaborar com bons relacionamentos interpessoais
Adesão aos protocolos e normas do hospital	Adesão às rotinas e procedimentos padrão frágil	Comodismo compromete o desempenho de alguns
Autocrítica	Alguns profissionais comprometem a harmonia do grupo	Cuidado holístico
Bom desempenho no trabalho é flutuante	Bem estar do paciente	Dedicação
Competência	Comprometimento oscilante por questões particulares	Equipe responsável

(conclusão)

H1	H2	H3
Comprometimento afetado pela insegurança de alguns profissionais	Constante autoavaliação	Fazer o trabalho bem feito é obrigação
Engajamento com a política de saúde implantada na instituição	Satisfação em trabalhar	Gosta do que faz
Maturidade para receber críticas e melhorar	Se importar com o paciente	Paciente como prioridade
Realização profissional	Utilizar os recursos disponibilizados	
Reconhecer fragilidades		
Resistência a mudanças		

FONTE: A autora (2024).

Como consequência da falta de comprometimento no trabalho foi mencionado a influência no clima de trabalho e sobrecarga aos demais profissionais da equipe.

A seguir, são apresentados os temas formulados por meio da análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental.

6.4.1 A influência organizacional sobre o Empoderamento

A análise dos dados das entrevistas revelou aspectos significativos relacionados ao ambiente organizacional. Os resultados evidenciaram uma predominância de percepções positivas em relação aos aspectos organizacionais em duas das instituições investigadas - H2 e H3. No H1, observou-se uma prevalência de elementos negativos nas falas dos entrevistados estabelecendo assim um contraste com as demais instituições pesquisadas.

Dessa forma, identificou-se como o ambiente favorece e fragiliza o empoderamento em cada instituição. O quadro 23 apresenta formas de como ocorre este favorecimento que foram comuns nas instituições pesquisadas.

QUADRO 23 – FORMAS DE COMO CADA AMBIENTE INSTITUCIONAL FAVORECE O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM TODAS AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como favorece o empoderamento
Apoio		Significado	Ambiente acolhedor
	Práticas gerenciais de empoderamento	Impacto	Processo decisório participativo
	Práticas gerenciais de empoderamento	Autodeterminação Impacto	Incentivo à autonomia
	Realização ativa		Boa equipe de trabalho
	Práticas gerenciais de empoderamento	Impacto Significado	Há espaço de fala
Recursos	Realização ativa		Recursos materiais adequados
	Realização ativa		Recursos humanos adequados
Oportunidade		Competência	Aprendizado
		Competência	Desenvolvimento profissional
	Práticas gerenciais de empoderamento	Competência Significado	Crescimento profissional
		Competência	Capacitação

FONTE: A autora (2024).

O quadro 24 sintetiza as formas identificadas de como o ambiente organizacional favorece o empoderamento em pelo menos duas das instituições pesquisadas.

QUADRO 24 - FORMAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FAVORECE O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como favorece o empoderamento	Instituição
Apoio	Práticas gerenciais de empoderamento	Impacto Significado	Segurança psicológica	H1, H3
	Realização ativa		Bom ambiente de trabalho	H2, H3
	Realização ativa		Bons relacionamentos interpessoais	H2, H3
	Realização ativa		Trabalho em equipe	H1, H2
		Significado	Valorização dos funcionários	H2, H3
Recursos	Realização ativa	Impacto	Condições de trabalho satisfatórias	H1, H3
	Realização ativa	Impacto	Estrutura boa	H1, H2
		Significado	Remuneração satisfatória	H1, H3
		Experiência vicária	Profissionais competentes	H1, H2
Oportunidade		Competência	Educação permanente	H1, H2

FONTE: A autora (2024).

O quadro 25 sintetiza as formas identificadas de como o ambiente organizacional favorece o empoderamento dos liderados e que emergiram em apenas uma das organizações estudadas.

QUADRO 25 - FORMAS IDENTIFICADAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FAVORECE O EMPODERAMENTO, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.

Instituição	Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como favorece o empoderamento
H1	Apoio		Significado	Dinâmicas organizacionais
		Realização ativa		Interface entre setores efetiva
		Realização ativa		Respeito mútuo entre equipes
		Realização ativa		Estrutura organizacional e gestão com potencial de melhoria
	Recursos	Realização ativa		Recursos financeiros
	Informações	Persuasão		Compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais
	Oportunidade		Competência	Oportunidades de desenvolvimento de pesquisa
			Competência	Oportuniza o avanço do conhecimento
		Realização ativa		Oportuniza uma boa experiência do trabalho
			Competência	Acesso facilitado a oportunidades
H2	Apoio	Realização ativa		Melhoria de processos organizacionais
		Realização ativa		Processo de mudança de cultura
	Recursos		Competência	Estruturação da educação permanente
		Realização ativa	Impacto	Facilidade de acesso a recursos materiais
	Oportunidade		Competência	Crescimento pessoal
			Significado	Mobilidade dentro da instituição
H3	Apoio		Significado	Confiança no seu trabalho
			Competência	Cultura de aprendizado
	Recursos		Impacto	Tempo adequado para realizar o cuidado
	Informações	Realização ativa		Dinâmica institucional facilita a comunicação

FONTE: A autora (2024).

O quadro 26 apresenta formas de como pode ocorrer a fragilização do empoderamento, identificadas em todas as instituições pesquisadas.

QUADRO 26 - FORMAS DE COMO CADA AMBIENTE INSTITUCIONAL FRAGILIZA O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM TODAS AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como fragiliza o empoderamento
Apoio		Autodeterminação Impacto	Autonomia limitada
Recursos	Realização ativa	Impacto	Equipamentos defasados

FONTE: A autora (2024).

O quadro 27 sintetiza as formas identificadas de como o ambiente organizacional pode fragilizar o empoderamento em pelo menos duas das instituições pesquisadas.

QUADRO 27 – FORMAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FRAGILIZA O EMPODERAMENTO, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como fragiliza o empoderamento	Instituição
Apoio	Realização ativa	Competência	Dinâmicas de trabalho inadequadas	H1, H3
		Significado Competência	Desvalorização	H1, H3
Recursos	Realização ativa	Competência Significado Impacto	Dimensionamento inadequado	H1, H2
	Realização ativa	Impacto	Falta de recursos materiais	H1, H3
			Estrutura física antiga	H2, H3
Informações	Realização ativa		Dificuldade na implementação de protocolos/diretrizes	H1, H2

FONTE: A autora (2024).

O quadro 28 sintetiza as formas identificadas de como o ambiente organizacional pode fragilizar o empoderamento dos liderados e que emergiram em apenas uma das organizações estudadas, não sendo observadas nas demais.

QUADRO 28 – FORMAS IDENTIFICADAS DE COMO O AMBIENTE ORGANIZACIONAL FRAGILIZA O EMPODERAMENTO, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.

(continua)

Instituição	Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como fragiliza o empoderamento
H1	Apoio	Realização ativa		Falta de gerenciamento
		Realização ativa		Falta de colaboração entre equipes
		Realização ativa		Falta de apoio
		Realização ativa		Cultura de resistência à mudança
		Realização ativa		Gestão organizacional falha
		Sistema de recompensa	Significado	Injustiça
			Competência	Sobrecarga de trabalho
			Significado	Habilidades subutilizadas
			Competência	
			Autodeterminação	Não há apoio para participação coletiva
			Significado	Impacto
			Significado	Desrespeito
			Competência	Condições de trabalho ruins
			Impacto	Má organização
			Significado	Falta de reconhecimento
	Recursos	Realização ativa	Competência	Alta carga de trabalho
		Realização ativa	Impacto	Tempo insuficiente
		Realização ativa	Impacto	Falta de equipamentos
		Realização ativa	Impacto	Gestão inadequada de recursos humanos e materiais
		Realização ativa	Competência	Estrutura física inadequada
		Realização ativa		Perfil profissional inadequado
		Realização ativa	Competência	Superlotação
	Informações		Autodeterminação	Comunicação inadequada
			Autodeterminação	
			Significado	Falta de feedback
			Competência	Protocolos falhos ou inexistentes
			Competência	Falta de fluxos definidos
	Oportunidade		Autodeterminação	Inexistência de indicadores
			Competência	Falta de clareza sobre responsabilidade e atribuições
H2	Apoio		Competência	Educação Permanente ineficiente
	Recursos		Autodeterminação	Subordinação a equipe médica
			Significado	Piso salarial não respeitado
		Realização ativa		Falta de local apropriado para descanso da equipe de enfermagem
H3	Apoio	Realização ativa	Impacto	Faltam recursos tecnológicos específicos (tratamento de feridas)
				Insatisfação com o ambiente de trabalho
			Autodeterminação	Decisão centralizada no líder

(conclusão)

Instituição	Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Cognição (Thomas; Velthouse, 1990)	Como fragiliza o empoderamento
H3	Recursos		Impacto	Mobiliário inadequado
		Realização ativa		Falta EPI
		Realização ativa	Impacto	Equipamentos defeituosos

FONTE: A autora (2024).

6.4.2 A influência do líder sobre o Empoderamento

Os pontos positivos relatados pelos participantes em relação aos seus líderes foram predominantes, sendo que o relacionamento entre líderes e liderados é considerado bom pela maioria, com destaque de diferentes comportamentos, atitudes e habilidades que favorecem o empoderamento dos liderados e que foram comuns nas três instituições pesquisadas (Quadro 29).

QUADRO 29 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES DOS LÍDERES QUE FAVORECEM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS NAS TRÊS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empoderamento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Comportamentos, Atitudes e Habilidades
Apoio	Práticas gerenciais de empoderamento	Apoio/suporte
		Comunicação aberta
		Escuta ativa
		Flexível
		Gera confiança
		Gera segurança
		Participação
		Presença ativa
		Promove autonomia
		Resolução de conflitos
		<i>Feedback</i>
		Resolutividade

FONTE: A autora (2024).

O quadro 30 sintetiza os comportamentos, atitudes e habilidades que favorecem o empoderamento dos liderados em pelo menos duas das instituições pesquisadas.

QUADRO 30 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FAVORECEM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empodera- mento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Comportamentos, Atitudes e Habilidades	Instituição
Apoio	Práticas gerenciais de empoderamento	Acessível	H1, H2
		Acolhe demandas	H1, H3
		Colaborativa	H1, H2
		Compreensiva	H2, H3
		Gerenciamento dos processos de trabalho	H1, H3
		Justa	H2, H3
		Ouvir	H1, H2
		Parceria	H1, H3
		Postura	H1, H2
		Promove segurança psicológica	H2, H3
		Trabalho em equipe	H1, H2
Oportunidade	Experiência Vicária	Exemplo	H1, H3
	Práticas gerenciais de empoderamento	Ensinar	H1, H2
		Capacitar	H1, H3
Recursos	Realização ativa	Fornecendo recursos adequados para o trabalho	H1, H2

FONTE: A autora (2024).

O quadro 31 sintetiza os comportamentos, atitudes e habilidades que favorecem o empoderamento dos liderados e que emergiram em apenas uma das organizações estudadas, não sendo observadas nas demais.

QUADRO 31 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FAVORECEM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.

(continua)

Empodera- mento Estrutural	Empodera- mento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Comportamentos, Atitudes e Habilidades		
		H1	H2	H3
Apoio	Práticas gerenciais de empoderamento	Atenciosa	preocupa-se com o bem-estar dos funcionários	Ética
		Combina autoridade com humanidade	Assertiva	Foco no processo de mudança de cultura no serviço
		Eficaz	Comprometida	Humana
		Esforçada	Dedicada	Organizada
		Insere nos processos decisórios	Determinada	Promove integração
		Liderança positiva	Eficiente	Reconhecimento
		Prestativa	Empatia	Respeitam as opiniões

(conclusão)

Empodera- mento Estrutural	Empodera- mento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Comportamentos, Atitudes e Habilidades		
		H1	H2	H3
Apoio	Práticas gerenciais de empoderamento	Sensível		Respeita o perfil individual de cada profissional
		Transparência gerencial		Sensibiliza a equipe
		Potencial para realizar melhorias		Tolerante
				Tranquila
				Valorização
Informações	Realização ativa	Implementação de protocolos que não existiam		Transparência no processo decisório
	Práticas gerenciais de empoderamento	Tomada de decisão fundamentada		
Recursos	Práticas gerenciais de empoderamento	Flexibilidade com escala		
Oportunidade	Práticas gerenciais de empoderamento	Valoriza o desenvolvimento e a capacitação de sua equipe		Feedbacks são oportunidades de desenvolvimento
		Oportuniza aprendizado na prática		

FONTE: A autora (2024).

Segundo os participantes, esses comportamentos, habilidades e atitudes dos líderes relacionados nos quadros acima impactam de diferentes formas: melhora clima/ambiente: tranquilo, harmonioso, positivo, colaborativo, comunicativo, equitativo e de confiança mútua; ajuda o trabalho fluir melhor; estimula o bom desempenho dos liderados, ajudam na melhoria contínua, facilitam o trabalho no dia a dia, fortalece motivação; proporciona um ambiente de apoio e motivação e estimula a retenção de profissionais por criar um ambiente de trabalho bom.

Na análise comparativa entre as três instituições, observou-se que os aspectos negativos relacionados à liderança, os quais fragilizam o empoderamento organizacional, apresentaram maior predominância no H1, sendo que nenhum destes aspectos manifestou-se de forma idêntica nas três instituições, como aconteceu com os aspectos positivos.

O quadro 32 sintetiza os comportamentos, atitudes e habilidades que favorecem o empoderamento dos liderados em pelo menos duas das instituições pesquisadas.

QUADRO 32 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FRAGILIZAM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS EM PELO MENOS DUAS DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Empodera- mento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Comportamentos, Atitudes e Habilidades	Instituição
Apoio		Ser mais presente fisicamente	H1, H2
		Melhorar interação com a equipe	H1, H2
	Estilo de supervisão	Distanciamento	H1, H2
Informações		Ausência de <i>feedbacks</i>	H1, H3

FONTE: A autora (2024).

O quadro 33 sintetiza os comportamentos, atitudes e habilidades que fragilizam o empoderamento dos liderados e que emergiram em apenas uma das organizações estudadas.

QUADRO 33 - COMPORTAMENTOS, ATITUDES E HABILIDADES QUE FRAGILIZAM O EMPODERAMENTO DOS LIDERADOS, PARTICULARES DE CADA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.

Institui- ção	Empodera- mento Estrutural	Empoderamento Psicológico (Conger; Kanungo, 1988)	Comportamentos, Atitudes e Habilidades
H1	Apoio		Falta de gerenciamento e apoio
		Estilo de supervisão	Omissão
			Precisa de mais agilidade
		Estilo de supervisão	Passividade
		Estilo de supervisão	Permissividade
			Comunicação ruim
		Estilo de supervisão	Falta de resolução de conflitos
		Estilo de supervisão	Injustiça
		Estilo de supervisão	Baixa resolutividade
	Informações		Falta de transparência nos processos decisórios
			Ausência de metas estabelecidas
H2	Apoio		Processo decisório moroso
			Gerenciamento inadequado da escala de trabalho
H3	Apoio		Precisa melhorar a distinção das diferenças de desempenho dos profissionais
			Representar mais os interesses da enfermagem
			Precisa flexibilizar processos de trabalho
			Não reconhece a influência do líder na percepção do seu trabalho
		Estilo de supervisão	Precisa ter uma postura mais rígida

FONTE: A autora (2024).

Os participantes também expressaram como esses comportamentos, habilidades e atitudes dos líderes que fragilizam o empoderamento impactam: influência negativa sobre o desempenho do trabalho, gera ambiente de trabalho desmotivador, moral da equipe baixo, gera um ambiente de trabalho ruim, gera sobrecarga de trabalho, cansaço e desmotivação.

6.4.3 A percepção de Empoderamento Psicológico pelos profissionais de enfermagem

A seguir, os quadros apresentam as percepções com conotações positivas, que foram a maioria, e negativas sobre as cognições do empoderamento psicológico.

O quadro 34 as percepções das cognições com conotações positivas, comuns em todas as instituições pesquisadas.

QUADRO 34 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES POSITIVAS, IDENTIFICADAS EM TODAS AS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Cognições	Percepção
Autodeterminação	Conquista pelo desempenho
Impacto	Cuidado seguro
	Melhora no ambiente de trabalho
	Melhora do paciente
Significado	Cuidado holístico
	Identificação profissional
	Melhora do paciente
	Pertencimento
	Reconhecimento da equipe
Competência	Realização profissional
	Cuidado holístico
	Identificação profissional
	Realização profissional

FONTE: A autora (2024).

No quadro 35, as percepções das cognições com conotações positivas, em pelo menos duas das instituições pesquisadas.

QUADRO 35 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES POSITIVAS, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Cognições	Percepção	Instituição
Autodeterminação	Autoconfiança	H1, H2
	Liberdade de atuação	H2, H3
Impacto	Colabora com o trabalho em equipe	H1, H2
	Dedicação	H1, H2
	Contribui para o funcionamento do setor	H2, H3
	Impacto financeiro	H2, H3
	Contribui para a boa reputação do hospital	H2, H3
Significado	Competência	H1, H2
	Dedicação	H1, H2
	Melhora do paciente	H1, H2
	Reconhecimento da equipe	H1, H2
	Cuidado humanizado	H1, H3
Competência	Liderança da equipe	H2, H3
	Autocrítica	H1, H2
	Competência técnica	H1, H2
	Cuidado holístico	H1, H2
	Esforço para melhorar	H1, H2
	Autoconfiança	H2, H3
	Cuidado humanizado	H2, H3

FONTE: A autora (2024).

O quadro 36 as percepções das cognições com conotações positivas e que emergiram em apenas uma das organizações estudadas, não sendo observadas nas demais.

QUADRO 36 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES POSITIVAS, IDENTIFICADAS, PARTICULARES EM CADA INSTITUIÇÃO.

(continua)

Instituição	Cognições	Percepção
H1	Autodeterminação	possui credibilidade
		Escopo de atuação
		Julgamento clínico e conduta
		Postura e conhecimento
		Poder de decisão
	Impacto	Comprometimento
		Cuidado holístico
		Diminuição no tempo de internamento
		Gerenciamento adequado de recursos
		Gerenciamento melhora a eficiência da equipe
		Incentivo aos demais pelo exemplo
		Indicadores de IRAS
		Liderança favorece um ambiente de trabalho melhor
		Liderança impacta no desempenho da equipe
		Saber relacionar-se com familiar do paciente

(continuação)

Instituição	Cognições	Percepção
H1	Impacto	Sensibilização da equipe da importância do comprometimento
		Visão do todo
	Significado	Bom desempenho
		Busca contínua por conhecimento
		Elo entre paciente e equipe médica
		Engajamento
		Essencialidade da enfermagem no hospital
		Impacto na vida dos pacientes
		Importância na equipe
		Os desafios trazidos por ele são motivadores
		Reconhecimento de familiares dos pacientes
		Reconhecimento do hospital pela sociedade
		Responsabilidades da equipe de enfermagem
	Competência	Alia prática e teoria
		Competência gerencial
		Conhecimento teórico
		Bom desempenho
		Eficácia
		Flexibilidade para adaptar-se
		Formação acadêmica
		Maturidade profissional
		Reconhecimento de colegas
		Reconhecimento de familiares de paciente
		Reconhecimento de paciente
		Valorização da equipe
H2	Autodeterminação	Compreensão de suas responsabilidades
	Impacto	Favorecer a segurança do paciente
		Gestão com eficiência com foco na qualidade
	Impacto	Liderança favorece um ambiente de trabalho melhor
		Liderança impacta no desempenho da equipe
	Significado	Reconhecimento de familiares
		Apoio aos colegas
		Realização profissional
		Reconhecimento do paciente
	Competência	Referência dentro da equipe
		Agilidade
		Capacidade de relacionamento interpessoal
		Contribui para melhorar o ambiente de trabalho
		Contribui para o funcionamento do setor
		Proatividade
		Ausência de feedback negativo
H3	Impacto	Reconhecimento do líder
		Eficiência no registro e uso dos recursos
		Indicadores assistenciais
		Respeito aos colegas
	Significado	Seguir protocolos
		Assiduidade
		Bom relacionamento interpessoal
		Busca melhorar sempre
		Comprometimento
		Contribui com o trabalho em equipe
		Cuidar de vidas
		Feedbacks positivos
		Responsabilidade

(conclusão)

Instituição	Cognições	Percepção
H3	Competência	melhora do paciente
		Comprometimento
		Contribui para melhoria dos processos de trabalho
		Eficiência
		Habilidade técnica
		Participação ativa na equipe multiprofissional
		Planejamento do trabalho
		Resolutividade
		Segue as normas institucionais

FONTE: A autora (2024).

As percepções das cognições do empoderamento psicológico com conotações negativas foram identificadas somente no H1 e H3.

O quadro 37 apresenta as percepções das cognições com conotações negativas em pelo menos duas das instituições pesquisadas.

QUADRO 37 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES NEGATIVAS, IDENTIFICADAS EM PELO MENOS DUAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.

Cognições	Percepção	Instituição
Significado	Questões pessoais afetam sua percepção	H1, H3

FONTE: A autora (2024).

No quadro 38, as percepções das cognições com conotações negativas e que emergiram em apenas uma das organizações estudadas.

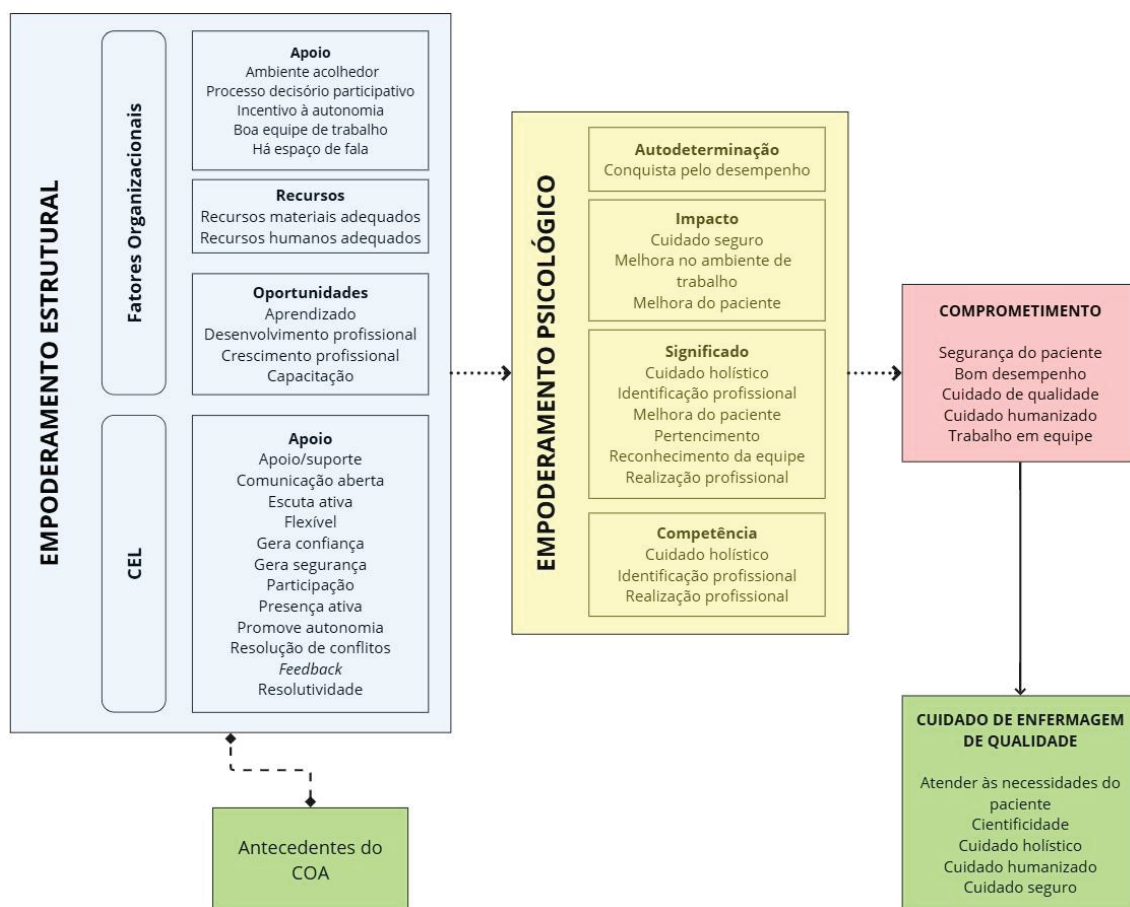
QUADRO 38 - PERCEPÇÃO DAS COGNIÇÕES DO EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO (THOMAS; VELTHOUSE, 1990) COM CONOTAÇÕES NEGATIVAS IDENTIFICADAS, PARTICULARES EM CADA INSTITUIÇÃO.

Instituição	Cognições	Percepção
H1	Significado	Seu trabalho não é reconhecido
	Competência	Questões pessoais afetam sua percepção
H3	Significado	Visão pragmática do trabalho
	Competência	Insatisfação com a profissão

FONTE: A autora (2024).

Diante da exposição dos resultados obtidos com a análise dos dados da pesquisa, elaborou-se uma representação gráfica (Figura 6) que sintetiza os principais achados desta pesquisa, comuns nos três hospitais pesquisados.

FIGURA 6 - ESQUEMA GRÁFICO DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PESQUISA.



FONTE: A autora (2024).

Os resultados desta pesquisa evidenciaram a complexa interrelação entre o empoderamento estrutural, o empoderamento psicológico e suas repercussões no cuidado de enfermagem. A análise dos dados permitiu compreender como os diferentes elementos se articulam para promover um cuidado de enfermagem de qualidade.

O empoderamento estrutural se manifesta através de dois componentes principais: os fatores organizacionais e o CEL. Estes elementos favorecem, de forma direta e indireta, o empoderamento psicológico dos profissionais de enfermagem.

Como resultado deste processo de empoderamento, é possível o alcance do comprometimento organizacional destes profissionais, culminando no objetivo final: um cuidado de enfermagem de qualidade.

É importante ressaltar que os fatores que favorecem o empoderamento estrutural foram associados ao COA como antecedentes desse, ou seja, são os

fatores ou condições que precedem e influenciam o desenvolvimento deste tipo de comprometimento.

Esta análise demonstra como o empoderamento, tanto estrutural quanto psicológico, atua como um importante mecanismo para a promoção da qualidade do cuidado em enfermagem, mediado pelo comprometimento organizacional dos profissionais de enfermagem.

7 DISCUSSÃO

A UTI caracteriza-se como um ambiente altamente especializado e complexo, destinado ao tratamento de pacientes em estado crítico, exigindo dos enfermeiros uma formação específica fundamentada em conhecimento técnico-científico para assegurar cuidados seguros e eficientes (Mir-Tabar *et al.*, 2024).

Embora a estrutura tecnológica seja fundamental para o cuidado intensivo, os profissionais enfrentam desafios significativos relacionados à alta carga de trabalho e ao estresse ocupacional, sendo necessário equilibrar o cuidado técnico com o humano, preservando a individualidade do paciente e considerando suas dimensões biológica, social, psíquica e espiritual (Ashrafi; Nobahar, 2023).

É nesse contexto que os enfermeiros líderes desempenham um papel crucial na construção de um ambiente de trabalho propício ao crescimento profissional da equipe, influenciando diretamente, por meio de suas atitudes, a percepção e a vivência dos colaboradores em relação ao trabalho (Valle *et al.*, 2021).

Os resultados desta pesquisa apontaram que o CEL possui semelhanças e diferenças nas instituições pesquisadas. Nas três instituições o CEL favorece o empoderamento ao possibilitar o acesso às estruturas do empoderamento estrutural, por meio de práticas gerenciais de empoderamento, experiência vicária e realização ativa, que influenciam indiretamente o empoderamento psicológico dos liderados.

No contexto hospitalar, cabe aos líderes de enfermagem a responsabilidade de orientar as práticas assistenciais, garantir resultados positivos, promover um ambiente de trabalho eficiente e desenvolver estratégias para manter os profissionais de enfermagem na instituição (Bush; Michalek; Francis, 2020).

O ambiente de terapia intensiva demanda enfermeiros que demonstrem pensamento crítico, capacidade gerencial, habilidade técnica e independência decisória, possibilitando respostas rápidas e assertivas às demandas do setor (Iraizoz-Iraizoz *et al.*, 2023).

O desenvolvimento e fortalecimento da liderança dos enfermeiros no contexto da UTI contribui significativamente para o aprimoramento das práticas

assistenciais, otimização do ambiente de trabalho, incremento da segurança e qualidade do cuidado, além de favorecer a efetividade e continuidade dos processos assistenciais, resultando em benefícios tanto para a equipe multiprofissional quanto para os pacientes, além de contribuir para a satisfação e permanência dos profissionais de enfermagem (Iraizoz-Iraizoz *et al.*, 2023).

Um estudo de revisão destacou a importância do líder ao influenciar o engajamento da equipe de enfermagem para fornecer cuidados seguros e de qualidade em UTI, tonando-se corresponsável pelo fortalecimento de uma cultura de segurança e pelos resultados positivos para os pacientes e para a equipe (Morcelli; Dias; Gabriel; Bernardes, 2023).

Os resultados apontaram que a melhora no ambiente/clima de trabalho e dos resultados individuais, e a facilitação dos processos de trabalho possibilitados pelos líderes podem levar ao empoderamento psicológico ao influenciarem as cognições, pois melhor desempenho e clima organizacional positivo podem promover percepções de eficácia e a capacidade de lidar com dificuldades no trabalho (Orgambidez; Benítez; León-Pérez; Cantero-Sánchez, 2024). Isso favorece a autoconfiança, o desenvolvimento de um melhor cuidado e com isso elevar seu senso de competência e significado.

Isso foi corroborado em estudo que indica que o empoderamento dos funcionários promove seu melhor desempenho, a satisfação no trabalho, o comprometimento organizacional, bem como a satisfação do cliente e a produtividade e o crescimento dos negócios (Hieu, 2020).

Outra pesquisa também encontrou resultados semelhantes, concluindo que os líderes devem desenvolver estratégias que promovam o empoderamento em sua equipe, dando *feedbacks* apropriados, aconselhando sobre a resolução de problemas financeiros e ocupacionais, oferecendo recompensas apropriadas que impulsionem a motivação, abrindo canais de informação e comunicação, encorajando o trabalho em equipe, observando o respeito e a justiça e auxiliando o desenvolvimento educacional e ocupacional dos enfermeiros (Gholami; Saki; Pour, 2019).

As práticas de liderança que apoiam a autonomia, as competências e o relacionamento por meio de abordagens inclusivas refletem que as contribuições dos enfermeiros são valorizadas e esse processo resultou em maior motivação dos enfermeiros para um bom desempenho. Além disso, as práticas de liderança

que apoiam a inovação (empreendedora) e a cultura cooperativa (transformacional) foram identificadas como mais influentes na melhoria da motivação dos enfermeiros para um melhor desempenho (Alsadaan *et al.*, 2023)

Desta forma, compreende-se que o CEL pode atuar como antecedente ao comprometimento organizacional afetivo, pois contribui com um relacionamento positivo com o líder, reconhecendo nele uma fonte de suporte, assim como melhora as experiências no trabalho, sentindo-se apoiado e valorizado.

Os líderes desempenham importante papel na criação de ambientes de confiança, sendo um elo entre profissionais e organização, que podem levar a um aumento na identificação e comprometimento dos funcionários com as organizações para as quais trabalham (González-Cánovas; Trillo; Bretones; Fernández-Millán, 2024).

Maior comprometimento favorece a qualidade do cuidado, e o empoderamento pode contribuir para isso, como foi evidenciado por estudo que apontou relação positiva entre empoderamento psicológico relacionado ao trabalho e a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI (Malak; Safieh, 2022).

Assim, estratégias e intervenções devem ser implementadas para enfermeiros de cuidados intensivos, a fim de aumentar o empoderamento psicológico relacionado ao trabalho e melhorar os processos que levam a qualidade do cuidado de enfermagem e para fortalecer a cultura de segurança do paciente (Malak; Safieh, 2022).

A influência do ambiente organizacional que favorece o empoderamento manifesta-se nas instituições pesquisadas possibilitando o acesso às estruturas do empoderamento estrutural, por meio de práticas gerenciais de empoderamento, como processo decisório participativo, incentivo à autonomia, oportunizando espaços de fala e de crescimento profissional; e realização ativa, por meio de boas equipes de trabalho e recursos humanos e materiais adequados, favorecendo o empoderamento psicológico dos profissionais.

As condições de trabalho oferecidas, a inserção dos profissionais nos processos decisórios e os relacionamentos interpessoais e profissionais saudáveis, melhoram as relações com o trabalho e a instituição, contribuindo para um sentimento de realização profissional e maior satisfação, funcionando

como antecedentes ao comprometimento organizacional afetivo, e, portanto, favorecendo-o.

Uma vez que existem condições organizacionais e de liderança que propiciam o comprometimento organizacional afetivo dos profissionais de enfermagem, um dos resultados esperados é o cuidado de enfermagem de qualidade, pois o empoderamento “predispõe à satisfação do profissional e contribui para a melhoria do cuidado prestado aos pacientes” (Moura *et al.*, 2020).

Em contrapartida, alguns comportamentos e atitudes dos líderes que fragilizam o empoderamento foram identificados, sendo barreiras ao acesso às estruturas de apoio, informações e recursos, sendo que alguns deles puderam ser relacionados ao estilo de supervisão, podendo influenciar direta ou indiretamente as cognições do empoderamento psicológico, pois segundo os participantes, afetam negativamente o ambiente/clima de trabalho e resultados individuais e dificultam os processos de trabalho, levando a sentimento de impotência.

O ambiente organizacional também pode fragilizar o empoderamento, quando dificulta o acesso às estruturas do empoderamento estrutural, repercutindo direta ou indiretamente sobre a realização ativa dos profissionais, ou seja, afeta negativamente as experiências de trabalho, ao dificultar a realização do mesmo de forma adequada.

A gestão de pessoas inadequada, com dimensionamento e sistema de recompensa inadequados, condições de trabalho inadequadas, dinâmicas e processos organizacionais falhos, comprometem o empoderamento psicológico, pois levam a sobrecarga de trabalho, estresse, sentimentos de desvalorização e desrespeito, afetando o desempenho.

Pesquisa que investigou as características do ambiente de trabalho que favorecem a prática profissional do enfermeiro em instituições privadas e pública concluiu que uma das dificuldades apontadas pelos enfermeiros, estão em situações relacionadas ao empoderamento e à reestruturação dos processos de trabalho, sugerindo que as organizações devem buscar estratégias para melhorar essas situações, afim de contribuir para um melhor ambiente de trabalho e, conseqüentemente, melhores resultados, sem a necessidade de investimentos financeiros substanciais (Pires *et al.*, 2018).

O estudo conduzido por Jafarian-Amiri *et al.* (2023) corrobora ao concluir que a falta de reconhecimento e valorização por parte do hospital ou da equipe pode levar a sentimentos negativos sobre as tarefas e desmotivação para alcançar alto sucesso, resultando em sensação de fadiga e redução da qualidade do trabalho.

Além disso, condições organizacionais, como apoio insuficiente levando a sobrecarga dos profissionais com tarefas burocráticas, limitando o tempo dispensado para o planejamento e realização do cuidado; problemas relacionados ao dimensionamento e conflitos relacionados às competências de administração e liderança das chefias com impacto na tomada de decisão à beira leito, podem levar a uma percepção desfavorável do controle do ambiente, influenciam negativamente a percepção de autonomia (Möller *et al.*, 2021).

O empoderamento dos profissionais de enfermagem, por meio de acesso a oportunidades de desenvolvimento, inserção nos processos decisórios, melhoria das condições de trabalho; e o apoio da liderança, são estratégias que contribuem para a melhora do comprometimento no trabalho (Foodani *et al.*, 2024), pois favorecem a autonomia, as políticas de desenvolvimento profissional, e o compartilhamento de experiências com novos enfermeiros.

Os hospitais pesquisados possuem características próprias que influenciam diretamente suas dinâmicas organizacionais, no empoderamento dos profissionais de enfermagem, na qualidade do cuidado prestado e na capacidade das lideranças de enfermagem. Identificá-las ajuda a compreender como essas especificidades podem afetar as práticas assistenciais.

O H1, por ser um hospital-escola, possui uma cultura organizacional voltada ao aprendizado e ao desenvolvimento profissional, o que se reflete na oferta de oportunidades de capacitação e facilitação de acesso à educação continuada.

Os hospitais de ensino desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do SUS, atuando como referências assistenciais de alta densidade tecnológica, polos formadores de recursos humanos e centros de pesquisa e inovação tecnológica. Essa multifuncionalidade exige uma estrutura organizacional complexa, capaz de equilibrar as demandas assistenciais com as necessidades educacionais e de pesquisa (Araújo; Leta, 2014, Barata; Mendes; Bittar, 2010).

Documentos institucionais acessados, como registros de reuniões, cronogramas de treinamento e divulgação de cursos, demonstram algumas dessas oportunidades de desenvolvimento.

Contudo, essa mesma natureza do hospital-escola traz desafios organizacionais. A complexidade organizacional de um hospital de grande porte, somada à condição de ser um ambiente de formação, torna os processos internos mais truncados, devido processos organizacionais ou interações que não fluem de maneira eficiente ou clara, gerando obstáculos para o funcionamento adequado da instituição.

Os fatores organizacionais que fragilizam o empoderamento foram as principais críticas apontadas pelos participantes durante as entrevistas, indicando que os desafios relacionados ao empoderamento no H1 parecem ser mais significativos que nas demais instituições pesquisadas.

O dimensionamento inadequado das equipes, evidenciado pelas escalas de trabalho e práticas de remanejamento, reforça a percepção de dificuldades na organização. Dimensionamento inadequado em UTI também foi identificado em estudo realizado em Portugal, que ressaltou que essa condição sobrecarrega o quadro de enfermeiros com risco de comprometer a segurança do paciente (Sardo *et al.*, 2022).

Alguns desafios similares foram encontrados por meio da pesquisa conduzida por Carvalho *et al.* (2024, p. 1), que identificou “déficit de recursos humanos, escassez de recursos materiais, insumos, estrutura física precária, além de problemas de relacionamento interpessoal, como a desvalorização do profissional enfermeiro e da enfermagem”.

Carvalho *et al.* (2024, p. 8) destacaram ainda que, os gestores enfrentam desafios que vão além das questões técnicas e estruturais ou da complexidade tecnológica de equipamentos sem manutenção. Esses desafios se expandem para a dimensão humana, envolvendo sentimentos e necessidades não atendidas, como a valorização dos enfermeiros e da equipe de enfermagem, “que precisa ser cuidada, valorizada, ouvida e vista no seu processo de cuidar.

Além das peculiaridades próprias de um hospital de ensino, deve-se considerar aqui, que o H1 é gerido por uma empresa pública de direito privado desde 2015, o que trouxe mudanças organizacionais importantes, dentre elas, estão mudanças na gestão do trabalho, com a entrada de empregados públicos,

com vínculo de trabalho “celetista”, diferentemente do que acontecia até então, com servidores públicos estatutários sob o Regime Jurídico Único (RJU).

Segundo Medeiros (2023, p.143) a empresa gestora adotou um modelo gerencial “baseado no alcance da produtividade em metas, provocando transformações que impactaram a relação subjetivo-afetiva dos/as trabalhadores/as enquanto profissionais da saúde pertencentes a um hospital universitário”.

Ademais, a gestão dos hospitais universitários pela empresa tem sido alvo de questionamentos quanto ao seu modelo de gestão e impactos na autonomia universitária (Mesquita, 2024).

De acordo com Mesquita (2024), a empresa adotou uma estrutura administrativa que reduz significativamente os espaços de participação democrática e controle social, características fundamentais do SUS.

Diferentemente do modelo anterior, onde havia processos democráticos de escolha das diretorias nos hospitais universitários, o atual modelo privilegia indicações e cargos comissionados, o que pode resultar em uma administração com características patrimonialistas e clientelistas, afetando potencialmente a tomada de decisões sobre políticas e ações que impactam diretamente o funcionamento desses hospitais, tanto em sua missão assistencial quanto acadêmica (Mesquita, 2024).

Este modelo de gestão pode impactar significativamente o ambiente organizacional, pois a redução dos espaços democráticos de participação, aliada à coexistência de diferentes regimes de trabalho e à gestão focada em metas, pode gerar tensionamentos nas relações de trabalho e fragilização dos processos decisórios coletivos, afetando o sentimento de pertencimento institucional e as relações interprofissionais.

A análise do organograma institucional e dos documentos fornecidos pelas chefias das UTI indicam que a influência desses líderes (RT) nos resultados organizacionais é limitada, sendo mais voltado às questões operacionais do setor, pois o acesso a certas informações, como por exemplo, índice de absenteísmo, não é disponibilizado à essas chefias, o que prejudica o gerenciamento, uma vez que ações de melhorias necessitam de embasamento para seu planejamento.

A autonomia diminuída é um fator que dificulta a liderança na enfermagem; aspectos como a limitação da governabilidade e questões políticas influenciam negativamente a autonomia, impactando na construção de relações de confiança e comprometendo o trabalho em equipe, prejudicando a qualidade do atendimento (Lourenço; Silva; Assoni, 2021).

O H2 está investindo em mudança de cultura organizacional, para uma cultura que fortalece a segurança do paciente, por melhorias nos processos organizacionais e investimento no desenvolvimento de recursos humanos.

O investimento em sistemas informatizados, fortalecimento das ações voltadas para a SP e qualidade, a estruturação da educação permanente e o investimento no desenvolvimento na liderança dos enfermeiros mencionados nas entrevistas também foram evidenciados nos documentos organizacionais.

O H3 por ser uma instituição de menor porte, apresenta uma estrutura organizacional mais enxuta, com menos cargos e funcionários. Essa característica favorece a comunicação, permitindo maior proximidade entre os colaboradores e suas chefias.

As lideranças, nesse contexto, estão mais acessíveis às equipes, o que promove interação mais direta e dinâmica. Essa proximidade fortalece o vínculo entre líderes e liderados, criando um ambiente de maior confiança e colaboração. Consequentemente, os processos organizacionais tornam-se mais ágeis e eficientes, contribuindo para a consolidação de práticas alinhadas à qualidade e segurança do cuidado.

Além disso, o H3 possui certificação por acreditação internacional, reflexo de processos bem definidos e consistentes, evidenciando um compromisso institucional com a excelência assistencial, criando um ambiente onde a segurança do paciente está integrada à rotina de trabalho, promovendo resultados positivos no cuidado de enfermagem.

A certificação hospitalar incentiva mudanças estruturais e operacionais que promovem a eficiência e segurança nos hospitais, o que a torna uma importante ferramenta para melhorar a qualidade na assistência à saúde, por sua capacidade de gerar melhorias na gestão dos processos, satisfação dos clientes e desenvolvimento dos profissionais (Nascimento; Gavena; Machinski Jr., 2020).

A consolidação da qualidade na cultura organizacional pode ser identificada pelo próprio modelo de gestão adotado pela instituição. O modelo de cuidado centrado na pessoa é definido pela OMS como uma abordagem que reconhece os indivíduos, famílias e comunidades como participantes ativos do sistema de saúde, priorizando suas necessidades e experiências de forma holística. Este modelo transcende o foco exclusivamente biomédico ao integrar aspectos físicos, sociais, culturais e emocionais do cuidado, promovendo serviços acessíveis e seguros, baseados em princípios de dignidade, equidade e participação ativa nas decisões relacionadas à saúde (OMS, 2007).

Tanto no H2 como no H3, os coordenadores das UTI possuem maior poder de decisão devido às atribuições estratégicas e ao acesso direto às informações organizacionais e indicadores de desempenho. Essa autonomia permite que as lideranças locais realizem o planejamento e execução de ações, promovendo gestão mais próxima e integrada às demandas específicas da unidade.

Além de prestar atenção ao fortalecimento da autonomia profissional, é essencial garantir o empoderamento e o incentivo à gestão e à liderança, recursos adequados e altos padrões de qualidade da organização, pois todos estão relacionados à satisfação no trabalho dos enfermeiros. Essas questões não podem ser resolvidas apenas no nível da unidade; um investimento é necessário também nos níveis organizacional e político (Pursio; Kankkunen; Mikkonen; Kvist, 2024).

As principais diferenças entre como as organizações favorecem o empoderamento estão em mais oportunidades de desenvolvimento profissional no H1, pela sua característica de hospital escola, acaba aproximando mais os profissionais de enfermagem do meio acadêmico; já no H2 foi percebido que a implementação de ações de melhorias em várias frentes faz com que as equipes de enfermagem incorporem esse processo, incentivando-os a também buscar uma melhor atuação profissional; e no H3, por já possuir uma gestão organizacional mais consolidada em termos de qualidade, isso reflete nas percepções positivas dos profissionais de enfermagem a respeito das condições e ambiente de trabalho.

Já as diferenças nos aspectos organizacionais que fragilizam o empoderamento, no H1 foi evidenciado que os processos e dinâmicas

organizacionais necessitam ser revistos e aprimorados; no H2 é preciso ações de maior valorização da equipe de enfermagem, como dar maior autonomia, adequar salários e oferecer condições adequadas para repouso, assim como maior investimento em recursos tecnológicos voltados para o cuidado com feridas. No H3 os resultados apontaram principalmente que é preciso investir na melhoria de mobiliários e manutenção ou substituição de equipamentos.

Em relação as formas como os líderes influenciam no empoderamento, as principais diferenças foram que em cada hospital a liderança do enfermeiro é exercida com peculiaridades relacionadas ao perfil profissional de cada líder.

Em relação a Quanto à como o líder pode fragilizar o empoderamento as diferenças notadas entre os três hospitais foi que no H1 algumas lideranças possuem um estilo mais próximo ao *“laissez-faire”*, e no H2 e H3 houveram menos aspectos da liderança que fragilizam o empoderamento, sendo que no H2 é preciso melhorar a distinção das diferenças de desempenho dos profissionais.

No H3 o destaque foi para condutas no líder que precisam aperfeiçoamento, como melhor representatividade dos interesse da enfermagem, maior flexibilização de processos e adoção de postura mais rígida, além disso, cabe ressaltar que alguns participantes não reconheceram a influência do líder.

Uma das limitações deste estudo foi a exclusão da fase quantitativa inicialmente planejada, devido à dificuldade em obter participantes suficientes para compor uma amostra estatisticamente significativa. A ausência dessa etapa prejudica a possibilidade de realizar análises numéricas e inferenciais que poderiam complementar os dados qualitativos, fornecendo uma visão mais abrangente e representativa do fenômeno.

Porém, deve-se considerar que a abordagem qualitativa mostrou-se especialmente valiosa para este estudo, pois permitiu uma compreensão aprofundada e rica das relações entre liderança, empoderamento e comprometimento organizacional.

Segundo Mattos (2011) a pesquisa qualitativa não deve ser vista como uma abordagem "menor" ou que precise se desculpar por não seguir os métodos quantitativos. Ela possui valor próprio e oferece contribuições únicas e

fundamentais para o conhecimento científico, especialmente nas ciências sociais e humanas, pois tem sua própria legitimidade e valor epistemológico.

Por meio das entrevistas e da pesquisa documental, foi possível captar nuances e significados que dificilmente seriam apreendidos através de métodos quantitativos. A natureza exploratória da pesquisa qualitativa possibilitou a emergência de novos insights e perspectivas sobre o fenômeno estudado, revelando a complexidade das interações entre líderes e liderados no contexto hospitalar.

Esta abordagem metodológica proporcionou maior liberdade para investigar as experiências vividas pelos participantes, permitindo uma compreensão mais profunda de como o empoderamento se manifesta nas práticas cotidianas da enfermagem. A riqueza dos dados obtidos através dos relatos dos participantes e a análise documental permitiu construir um panorama detalhado e contextualizado das dinâmicas de liderança e empoderamento nas diferentes instituições estudadas.

Além disso, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil, foi assegurado aos participantes o direito de escolher em quais fases da pesquisa gostariam de contribuir. Assim, cada enfermeiro teve autonomia para decidir se participaria apenas da fase qualitativa, através das entrevistas, ou se também contribuiria com a fase quantitativa inicialmente planejada.

Portanto, o que inicialmente poderia ser visto como uma limitação, revelou-se como uma oportunidade de respeitar a autonomia dos participantes e fortalecer a dimensão qualitativa do estudo.

Apesar do número expressivo de entrevistas e documentos institucionais, ressalta-se que houve dias em que a pesquisadora foi até o local de pesquisa, permaneceu disponível para a realização das entrevistas, porém nenhum profissional foi entrevistado.

Diante disso, foi notada uma considerável dificuldade no recrutamento dos profissionais de enfermagem para a realização das entrevistas. Por questões éticas, não foi possível abordar diretamente esses profissionais. Além disso, considerando a dinâmica intensa e complexa das UTI's, os profissionais em alguns momentos não conseguiam participar das entrevistas, pois a

exigência de tempo necessária para as entrevistas interferiria nas suas atividades laborais, levando-os a priorizar suas funções clínicas essenciais e resultando em uma baixa adesão ao estudo em alguns dias.

O acesso a alguns documentos adicionais, que poderiam complementar ainda mais a análise, foi limitado devido à necessidade de aprovação e intermediação das chefias responsáveis pelos acervos institucionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo qualitativo buscou demonstrar que em instituições hospitalares de natureza jurídica diferentes, o enfermeiro líder contribui para o desenvolvimento do COA de seus liderados, ao favorecer o empoderamento destes, utilizando o empoderamento estrutural e psicológico, o que resultará no cuidado de enfermagem de qualidade.

O objetivo de pesquisa foi alcançado, pois foi possível compreender as relações do comportamento empoderador do líder no empoderamento estrutural e psicológico e no comprometimento organizacional afetivo de liderados com a qualidade do cuidado de enfermagem, evidenciando aspectos relevantes e contribuindo para o avanço do conhecimento para o desenvolvimento da liderança do Enfermeiro.

As teorias do empoderamento estrutural e psicológico embasou toda a análise dos dados obtidos, possibilitando compreender as relações existentes, e identificar quais são os elementos presentes e que são comuns entre os três hospitais.

Assim, os resultados destacam-se por sua contribuição ao evidenciar como o CEL pode influenciar o empoderamento dos seus liderados e como a organização também pode influenciar, favorecendo ou fragilizando-o, ao evidenciar que o CEL influencia o empoderamento dos liderados quando por meio de práticas gerenciais de empoderamento, experiência vicária e realização ativa, dão acesso às estruturas do empoderamento estrutural, o que irá favorecer o empoderamento psicológico dos liderados. Da mesma forma, as organizações também contribuem para o empoderamento tanto de forma direta, ao dar acesso às estruturas de apoio, recursos e oportunidades; como indireta, ao favorecer o empoderamento psicológico, por meio das práticas gerenciais e experiência vicária.

Essa dinâmica entre liderados, líder e a organização demonstra a importância de um ambiente que não apenas apoia, mas promove a autonomia, a confiança e a capacidade de decisão da equipe de enfermagem.

A criação de condições que possibilitem acesso a informações, recursos, apoio e oportunidades é fundamental para potencializar o empoderamento

estrutural e psicológico, refletindo no COA e gerando uma maior qualidade do cuidado de enfermagem.

A forma como foi conduzida a análise, utilizando-se um referencial metodológico, reflete o compromisso ético da pesquisadora, que revisitou suas interpretações anteriores com o objetivo de garantir coerência e rigor nas suas análises. Ao retomar as análises e aplicar o mesmo raciocínio interpretativo, a pesquisadora buscou assegurar que suas conclusões são consistentes e bem fundamentadas, respeitando a integridade do processo de pesquisa.

Esta pesquisa contribui para o avanço do conhecimento científico na área de liderança em enfermagem ao relacionar o comportamento empoderador do líder, o empoderamento estrutural e o empoderamento, e sua influência no comprometimento organizacional afetivo, estabelecendo assim uma base teórica para futuras investigações no campo da gestão em enfermagem.

Os achados desta investigação oferecem subsídios relevantes para o desenvolvimento de estratégias organizacionais e programas de capacitação em liderança, uma vez que evidenciam a importância do ambiente organizacional e das práticas gerenciais no processo de empoderamento da equipe de enfermagem, contribuindo para o aprimoramento da qualidade assistencial.

Para as instituições participantes, os resultados fornecem diretrizes práticas para o fortalecimento das estruturas de empoderamento e desenvolvimento de lideranças, possibilitando a implementação de mudanças organizacionais que favoreçam o comprometimento das equipes e a excelência do cuidado.

Os resultados obtidos e o embasamento teórico utilizado para análise dos mesmos permitiram o alcance de algumas das proposições teóricas: 1) O CEL Enfermeiro promove o empoderamento psicológico de seus liderados por meio do empoderamento estrutural; e 2) o empoderamento estrutural e psicológico ocorrem de formas distintas em organizações diferentes.

As demais proposições, 3) Indivíduos com maior empoderamento psicológico são comprometidos afetivamente com organização; e 4) indivíduos comprometidos afetivamente com a organização são mais comprometidos com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade, não foram alcançadas pois tal afirmações poderiam ser realizadas somente por meio de dados quantitativos, o que não foi possível.

Porém, foi possível estabelecer as relações do empoderamento estrutural e psicológico com o COA e a qualidade do cuidado de enfermagem, com base na literatura científica atual.

As descobertas apontam para a necessidade de as organizações hospitalares, independentemente de sua natureza jurídica, investirem no desenvolvimento de lideranças e na criação de ambientes que favoreçam o empoderamento, estabelecendo assim um ciclo virtuoso que beneficia líderes, liderados e, principalmente, os pacientes que recebem o cuidado de enfermagem.

No contexto do SUS, esta pesquisa traz contribuições significativas tanto para a assistência quanto para a gestão. Os achados evidenciam caminhos para o fortalecimento das equipes de enfermagem através do empoderamento, o que pode resultar em melhor qualidade da assistência aos usuários do sistema público de saúde.

Para a gestão do SUS, a pesquisa oferece diretrizes práticas que podem ser implementadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente no âmbito hospitalar, demonstrando como o desenvolvimento de lideranças empoderadoras pode otimizar recursos, melhorar processos de trabalho e aumentar o comprometimento das equipes. Além disso, os resultados podem subsidiar políticas de gestão de pessoas no SUS, especialmente no que tange à capacitação de gestores e ao desenvolvimento de ambientes de trabalho que favoreçam o empoderamento dos profissionais de enfermagem, contribuindo assim para a efetivação dos princípios de integralidade, universalidade e equidade do sistema.

Como proposições para pesquisas futuras, sugere-se: 1) A realização de estudos quantitativos que possam mensurar e validar estatisticamente as relações entre empoderamento psicológico, COA e qualidade do cuidado de enfermagem, complementando assim as proposições teóricas não alcançadas neste estudo; 2) O desenvolvimento de pesquisas longitudinais que avaliem o impacto das intervenções de liderança empoderadora ao longo do tempo; 3) A investigação comparativa entre diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) sobre como o CEL se manifesta nesses diferentes contextos; 4) Estudos que explorem a relação entre o empoderamento e indicadores específicos de qualidade assistencial; 5) Pesquisas que investiguem

como as diferentes culturas organizacionais influenciam no processo de empoderamento das equipes de enfermagem; e 6) Estudos que avaliem o impacto de programas de desenvolvimento de lideranças empoderadoras nos resultados assistenciais e organizacionais.

REFERÊNCIAS

- ABEL, S. E. *et al.* Empowerment of front-line leaders in an online learning, certificate programme. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 2, Dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12933>.
- ABELHA, D. M.; CARNEIRO, P. C. D. C.; CAVAZOTTE, F. Liderança transformacional e satisfação no trabalho: avaliando a influência de fatores do contexto organizacional e características individuais. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 20, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v0i0.3949>.
- ABI RACHED, C. D.; SANTOS, J. N.; FERREIRA, V. C. G. Theoretical Basis of Leadership Styles: A Brief Review. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 2, 2020. DOI: 10.37497/ijhmreview.v6i2.229.
- AFONSO, S. R. *et al.* Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.77, n.2, p. e20230231, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231pt>.
- AGGARWAL, A.; DHALIWAL, R. S.; NOBI K. Impact of Structural Empowerment on Organizational Commitment: The Mediating Role of Women's Psychological Empowerment. **Vision: The Journal of Business Perspective**, v. 22, n. 3, p. 284-94, Jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0972262918786049>.
- AHMAD, N.; ORANYE, O. Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 5, p. 582-591, Jul. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01093.x>.
- AIKEN, L. H. *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, v. 344, p. e1717, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.e1717>.
- AJANAKU, O. J. The Relationship Between Structural Empowerment And Organizational Commitment Among Nurses: A Structured Literature Review. **Gender and Behavior**, v. 20, n. 1, 2022. Disponível em: < https://hdl.handle.net/10520/ejc-genbeh_v20_n1_a36 >. Acesso em: 17 nov. 2022.
- ALLEN, N. J.; MEYER, J. P. A three-component conceptualization of organizational commitment. **Human Resource Management Review**, v. 1, n. 1, p. 61-89, 1991. DOI: 10.1016/1053-4822(91)90011-Z.
- _____. Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: An Examination of Construct Validity. **Journal of Vocational**

Behavior, v. 49, p. 252–276, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1006/jvbe.1996.0043>.

_____. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. **Journal of Occupational Psychology**, v. 63, p. 1-18, 1990. DOI: 10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x.

ALSADAAN, N. *et al.* Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature. **Inquiry**, v. 60 p. 469580231178528, 2023. DOI: 10.1177/00469580231178528.

ANDERS R.L. *et al.* Nursing Leadership for 21st Century. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 29, n. e3472. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3472>

ARAGE, S. M.; DABA, D. B.; DESSALEGN, A. Y. Organizational commitment of health professionals and associated factors in primary healthcare facilities of Addis Ababa, Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 981621, Out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.981621>.

ARAÚJO, C. A. F. *et al.* Avaliação do conhecimento dos profissionais de Enfermagem na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210200, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0200>

ARAUJO, K. M.; LETA, J. Federal university hospitals and their institutional missions in the past and presente. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 4, 2014. DOI: 10.1590/S0104-59702014005000022.

ASHRAFI, Z.; NOBAHAR, M. Factors inhibiting adaptation to nursing care, the neglected loop in the mental health of intensive care unit nurses: A qualitative study. **Journal of education and health Promotion**, v. 31, n. 12, p. 294-301. DOI: 10.4103/jehp.jehp_177_23.

ASSUNÇÃO, R. R. *et al.* Satisfaction and affective commitment organizational: a study with university teachers of the Accounting's course. **Revista de Administração da UFSM**, v. 7, n. 3, p. 453-68, Ju. 2014. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273439021007> >. Acesso em: 24 out. 2022.

ASIF, M. *et al.* Linking Leadership with Nurse-Assessed Adverse Patient Outcomes and the Quality of Care: Assessing the Role of Job Satisfaction and Structural Empowerment. **International Journal of Environmental Research of Public Health**, v. 16, n. 13, Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph16132381>.

BALA, D. S. *et al.* How Inadequacies in the Nursing Field Deteriorate the Quality of Health Care in a Developing Nation. **Annals of the Romanian Society for Cell Biology**, v. 25, n. 6, p. 3467–3475, 2021. Disponível em: <

<https://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/6106> >. Acesso em: 02 nov. 2022.

BALSAN, L. A.G. *et al.* Commitment and organizational entrenchment: exploring the relationships between constructs. **Revista de Administração da UFSM**, v. 8, n.2, p. 235-248, Abr. 2015. DOI: 10.5902/198346599942.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. Teaching hospitals and the Brazilian Public Health System. *Revista de Administração em Saúde*, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010. Disponível em: <https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2024.

BAŠKARADA, S.; WATSON, J.; CROMARTY, J. Balancing transactional and transformational leadership. **International Journal of Organizational Analysis**, v. 25, n. 3, p. 506- 515, Jul. 2017. DOI: 10.1108/ijoa-02-2016-0978

BASTOS, A. V. B. *et al.* Comprometimento Organizacional. In: SIQUEIRA, M. M. **Medidas de comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BATALDEN, P.; FOSTER, T. From assurance to coproduction: A century of improving the quality of health-care service. **International journal for quality in health care**, v.33, n. 2, p.ii10-ii14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab059>.

BENDASSOLI, P.F.; MAGALHÃES, M.O.; MALVEZZI, S. Liderança nas Organizações. In: ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J.E.; BASTOS, A.V.B. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERNARDINO, E. *et al.* Transcultural adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness - Questionnaire-II instrument. **Tevista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, Set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500014>.

BISH, M.; KENNY, A.; NAY, R. Perceptions of structural empowerment: nurse leaders in rural health services. **Journal of Nursing Management**, v.22, n. 1, p: 29-37. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12029>.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. Elementos de amostragem. [s.l.] USP, 1994.

BORGES, D. B.; HADDAD, A. N. Vista do Estudo da Teoria de Liderança Situacional em Empresa de Construção Civil Atuando em Angola. **Revista Boletim do Gerenciamento**, [S.l.], v. 30, n. 30, p.60-68, Jun. 2022. Disponível em: <https://nppg.org.br/revistas/boletimdogerenciamento/article/view/774>. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.550**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH e

dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2011. Disponível em: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 09 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em 21 jul. 2022.

_____. **Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade**. Brasília: ANVISA, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6383/1/Unidade%20%20Qualidade%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20em%20Sevi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20%281%29.pdf>>. Acesso em: 01 no. 2022.

_____. **Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998**. Expede diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 13 Mai. 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em 04 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BRUNO, A.; DELL'AVERSANA, G.; ZUNINO, A. Customer Orientation and Leadership in the Health Service Sector: The Role of Workplace Social Support. **Frontiers in Psychology**, v. 8, Nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01920>.

BUKHARI N. *et al.* The Role of Nursing Leader Empowering Behavior on Work Engagement and Intent to Stay in Hospital. **Journal of Health Medicine and Nursing**, v. 54, n. 4, 2018 Disponível em: <<https://iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/44311>> Acesso em 08 jul. 2022.

BUSH, S.; MICHALEK, D.; FRANCIS, L. Perceived Leadership Styles, Outcomes of Leadership, and Self-Efficacy Among Nurse Leaders: A Hospital-Based Survey to Inform Leadership Development at a US Regional Medical Center. **Nurse Leader**, v. 18, n. 5, p. 1-9, out. 2020. DOI: 10.1016/j.mnl.2020.07.010.

CAMPANHA, R.T. *et al.* Leadership in brazilian hospital nursing: contributions to the quality of patient care and safety. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e4591211301, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11301>.

CARVALHO, E. M. P. *et al.* Challenges related to the organizational climate of the nursing team in a public hospital - nurses' perception. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 29, n. 8, p. e05042024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024298.05042024.

CASSIANI, S.H.B. *et al.* Leadership in nursing: why should we discuss it? **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 43, p. e46, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.46>.

CASSIANI, S.H.B.; LIRA NETO, J. C. G. Nursing Perspectives and the "Nursing Now" Campaign. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, Set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>.

CHANDLER, Genevieve E. **The relationship of nursing work environment to empowerment and powerlessness**. 1986. Tese (Doutorado em Enfermagem) - College of Nursing, University of Utah, Salt Lake City, 1986.

CHEONG, M. A review of the effectiveness of empowering leadership. **The Leadership Quarterly**, v. 30, n. 1, p.34-58, Fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.08.005>.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2 ed. Barueri: Manole, 2005.

_____. **Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2021.

CONGER, J. A., KANUNGO, R. N. The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. **The Academy of Management Review**, v. 13, n. 3, p. 471-482, Jul., 1988. Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/258093> >. Acesso em: 17 ou. 2022.

CONNELL, L., FINN, Y., SIXSMITH, J. Health literacy education programmes developed for qualified health professionals. **Journal of Health Education**, v. 30, n.13, p. e070734, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070734>.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Segurança do paciente: guia para a prática**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Seguranca-do-Paciente-WEB.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

CUNHA, K. F.; RIBEIRO, C.; RIBEIRO, P. Comprometimento Organizacional: Perspectivas Atuais e Tendências Futuras. **Gestão e Desenvolvimento**, n. 29, p. 223-234, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10031>.

CUMMINGS, G.C. *et al.* Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. **International Journal of**

Nursing Studies, v. 85, p. 19-60, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. The movement for quality in healthcare and nursing services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.1, p. 84-8, Jan. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.

DAHINTEN, V. S.; LEE, S. E.; MACPHEE, M. Disentangling the relationships between staff nurses' workplace empowerment and job satisfaction. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12407>.

DARIEL, O.P. dit; CRISTOFALO, P. Improving patient safety in two French hospitals: why teamwork training is not enough. **Journal of Health Organization and Management**, v. 34, n. 6, p. 639-653, Ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2020-0045>.

DIAS, C. R. J. B.; MORAES FILHO, R. A. Liderança servidora na prática: um estudo brasileiro em uma “nova comunidade”. **Revista Administração em Diálogo - RAD**, v. 22, n. 1, p. 35–56, 2020. DOI: 10.23925/2178-0080.2020v22i1.40787.

DIAS, S. L.; ROCHA, C. M.; GRANJEIRO, R. R. Estilos de liderança transformacional e transacional: uma análise de gênero. **Revista de Carreiras e Pessoas**, v. 12, n. 3, Set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.23925/recape.v12i3.52944>.

DIRIK, H. F.; INTEPELER, S. S. The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 4, Mai. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12458>.

DIZ, A.B.M; LUCAS, P.R.M.B. Hospital patient safety at the emergency department – a systematic review. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n.5, Mai. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202275.22742021>.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2621255/mod_folder/content/0/DONABEDIAN_1990.pdf?forcedownload=1. Acesso em 20 jan. 2023.

DUTRA, E. B., GOMES, V. C. Health quality in brazil: an overview of its performance based on the systemic approach. **Revista de gestão de Sistema de Saúde**, v. 9, n. 3, p. 554-577, Set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17257>.

ESKANDARI, F. Investigation of the relationship between structural empowerment and organizational commitment of nurses in Zanzan hospitals. **African Health Sciences**. v. 1, p. 285-92, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i1.35>.

FERREIRA, V. B. *et al.* Transformational leadership in nursing practice: challenges and strategies. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190364, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0364>

FLOTT, K.; FONTANA, G.; DARZI, A. **The Global State of Patient Safety**. London: Imperial College, 2019. Disponível em: [https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19\[2\].pdf](https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19[2].pdf). Acesso em 10 jun. 2022.

FOODANI, M. N. *et al.* Factors Effective in Lowering Professional Commitment in Nursing and Strategies to Address Them: A Scoping Review. **SAGE Open Nursing**, v. 22, n. 10, p. 23779608241299291. DOI: 10.1177/23779608241299291.

FRADIQUE, M. J.; MENDES, L. Effects of leadership in improving the quality of nursing care. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 10, p. 45-53, Jul. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>.

FRAGKOS, K. C.; MACRYKOSTA, P.; FRANGOS C. C. Structural empowerment is a strong predictor of organizational commitment in nurses: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 4, p. 939-62, Dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14289>.

FREITAS, A. C.; LOURENÇO, J. S.; CARVALHO, L. R. B. A percepção do Enfermeiro quanto ao cuidado humanizado no ambiente de UTI. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.5, n.5, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1533-1549>.

FREIRE, G. V. *et al.* Nursing leadership in urgency and emergency services: integrative review. **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, n. 2, Mar. 2019. Disponível em: < <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1542/1423> >. Acesso em: 08 nov. 2022.

FUSARI, M.E.K. *et al.* Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>.

GARCÍA-GUIU, C. *et al.* Transformational leadership and group potency in small military units: The mediating role of group identification and cohesion. **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, v. 32, n. 3, p. 145-152, Dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2016.06.002>.

GASSAS, R.; SALEM, O. Nurses' professional values and organizational commitment. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 18, n. 1, p. 19-25, Ago 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2022.07.005>.

GERMANO, A. X. S.; MELLO, J. A. V. B.; MOTTA, W. H. Contribution of industry 4.0 technologies to sustainability: a systematic review. **Palavra chave**, v. 11, n. 1, p. 142, 2021. DOI: 10.24215/18539912e142.

GHOLAMI, M.; SAKI, M.; POUR, A. H. H. Nurses' perception of empowerment and its relationship with organizational commitment and trust in teaching hospitals in Iran. **Journal of Nursing Management**, v. 27, p. 1020-29, 2019. DOI: 10.1111/jonm.12766.

GOEDHART, N. S.; VAN OOSTVEEN, C. J.; VERMEULEN H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 3, p. 194-206, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12455>.

GONÇALVES, C. I. M. *et al.* Study of some variables that enhance organizational commitment of staff in healthcare organizations: an integrative review. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 29, p. 439-64, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10212>.

GONDIM, S. M. G.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. Desenvolvimento científico e desafios da Psicologia do Trabalho e das Organizações no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 18, n. 4, p. 1087-1105, 2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451859498004>. Acesso 27 jul. 2022.

GONZÁLEZ-CÁNOVAS, A; TRILLO, A.; BRETONES, F. D.; FERNÁNDEZ-MILLÁN, J. M. Trust in leadership and perceptions of justice in fostering employee commitment. **Frontiers in Psychology**, V. 15, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1359581.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Education Today**, v. 24, n. 3, p. 105–112, 2004. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

GRANEHEIM, U. H.; B. M. LINDGRENA; LUNDMAN, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. **Nurse Education Today**, v. 56, p. 29-34, 2017. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002.

GRIFFIN, R. W.; MOORHEAD, G. **Fundamentos do comportamento organizacional**. São Paulo: Ática, 2006.

GUPTA, V.; AGARWAL, U. A.; KHATRI, N. The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement, **Leading Global Nursing Research**, v. 77, n. 3, p. 2806-17, No. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13043>.

HANEFELD, J.; POWELL-JACKSON, T.; BALABANOVA, D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. **Bull World Health**

Organization, v. 95, p. 368–374, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>.

HARVARD BUSINESS SCHOOL. **Rosabeth M. Kanter**: Ernest L. Arbuckle Professor of Business Administration. Disponível em: <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/profile.aspx?facId=6486&view=research-summary>. Acesso em 13 set. 2024.

HEYLER, S. G.; MARTIN, J.A. Servant Leadership theory. Opportunities for additional theoretical integration. *Journal of Managerial Issues*. v. 30, n. 2, p. 230-243, 2018. Disponível em: < <https://www.jstor.org/stable/45176580> >. Acesso em 02 out. 2022.

HIEU, V. M. Employee Empowerment and Empowering Leadership: a literature review. **Technium**, v. 2, n. 7 p.20-28, 2020. DOI: 10.47577/technium.v2i7.1653.

HONAN, D.M.; LASIUK, G.; ROHATINSKY, N. A Scoping Review of Followership in Nursing. **Nursing Leadership**, v. 35, n. 1, p. 69-78, Mar. 2022. DOI: 10.12927/cjnl.2022.26749.

HUI, C. **Effects of leader empowerment behaviors and followers' personal control, voice, and self-efficacy on in-role and extra-role performance: An extension and empirical test of Conger and Kanungo's empowerment process model**. 1994. Tese (Doutorado em Negócios) - Indiana University, Indiana, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>. Acesso em 20 jan. 2023.

_____. **The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity**. Washington, DC: The National Academies Press, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17226/25982>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Comissão Nacional de Classificação. **Natureza jurídica**. [202?] Disponível em: < <https://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por-tema/organizacao-juridica> >. Acesso em: 15 jul 2022.

IRAIZOZ-IRAIZOZ et al. Nurses' clinical leadership in the intensive care unit: A scoping review. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 75, 2023. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103368.

ISRAEL, C.R.Q. Uma Análise sobre Liderança: da Teoria dos Traços à Liderança 4.0. **Boletim do Gerenciamento**, v. 24, n. 24, p. 21-30, jun. 2021. Disponível em: <https://nppg.org.br/revistas/boletimdogerenciamento/article/view/557>. Acesso em: 27 jul. 2022.

JAFARIAN-AMIRI, S. R. et al. The relationship between empowerment and compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in nurses during COVID-19 outbreak. **Journal of Education and Health Promotion**, v.12, n.1, p.:379, out. 2023. DOI: 10.4103/jehp.jehp_504_23.

JONES-SCHENK J.; BLEICH, M.R. Implementation Science as a Leadership and Doctor of Nursing Practice Competency. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. v. 50, n. 11, p. 491-492, Nov. 2019. DOI: 10.3928/00220124-20191015-03.

JING. J. *et al.* Effect of workplace fun on Chinese nurse innovative behaviour: The intermediary function of affective commitment. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n.7, p. 2250-59, Out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13387>.

KANTER, R. M. **Men and Women of the Corporation**. 1 Ed. Nova Iorque: Basic books. 1977.

KANTER, R. M. **Men and Women of the Corporation**. 2 Ed. Nova Iorque: Basic books. 1993.

KAREM, M. A. *et al.* The effect of job satisfaction and organizational commitment on nurses' performance. **Humanities & Social Sciences Reviews**, v. 7, n. 6, p. 332-39, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18510/hssr.2019.7658>.

KAZLAUSKAITE, R., BUCIUNIENE, I., TURAUSKAS, L. Organisational and psychological empowerment in the HRM-performance linkage. **Employee Relations**, v. 34, n. 2, p.138-158, Jan. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1108/01425451211191869>.

KIM, M. J.; HAN, J. Y. Effect of Head Nurses' Authentic Leadership on Nurses' Job Satisfaction and Nursing Performance: Focusing on the Mediating Effects of Empowerment. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration**, v. 25, n. 1, p. 25-34, Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jkana.2019.25.1.25>

KINICKI, A.; KREITNER, R. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

KIWANUKA, F. *et al.* Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n.2, p.133-142, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13151>.

KNOL, J.; VAN LINGE, R. Innovative behaviour: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n.2, p. 359–370, Mar. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04876.x>.

LACERDA, M. R; SILVA, R. S; GOMES, N. P.; SOUZA, S.R. R. K. Reflections on theoretical framework use in nursing research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 3, p. e20230486, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0486pt>

LASCHINGER, H. K. A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. **Nursing Administration Quarterly**, v. 20, n. 2, p. 25– 41, 1996. Disponível em: < https://journals.lww.com/naqjournal/abstract/1996/02020/a_theoretical_approach_to_studying_work.6.aspx >. Acesso em: 26 out. 2022.

_____. Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction, and Patient Care Quality Further Testing the Nursing.Worklife Model. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 23, n. 4, p. 22-34, Out. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ncq.0000318028.67910.6b>.

LASCHINGER, H. K. *et al.* A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. **Journal of Organizational Behavior**, v. 25, n.4, p. 527-45, Abr. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.256>.

_____. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. **The Journal of Nursing Administration**. v. 31, n. 5, p. 260-72, Mai., 2001b. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>.

LIN, M. *et al.* Why does empowering leadership occur and matter? A multilevel study of Chinese hotel. **Tourism Management Perspectives**, v. 32, Out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2019.100556>.

LIZOTE, S. A.; VERDINELLI, M. A.; NASCIMENTO, S. Relação do comprometimento organizacional e da satisfação no trabalho de funcionários públicos municipais. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 6, p. 947-67, No. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612156382>.

LO, D.; MCKIMM, J.; TILL, A. Transformational leadership: is this still relevant to clinical leaders? **British Journal of Hospital Medicine**, v. 79, n. 6, p. 344-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12968/hmed.2018.79.6.344>.

LOURENÇO, A.O.O.S.; SILVA, L.A. da; ASSONI, M.A.S.; The key challenges facing nurses in nursing leadership. **Saúde Coletiva**, v.11, n. 67, p. 6705-6718, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6705-6718>.

MACPHEE, M. *et al.* Testing the effects of an empowerment-based leadership development programme: part 1 – leader outcomes. **Journal of Nursing Management**, v. 22, p. 4–15, 2014. DOI: 10.1111/jonm.12053.

MALAK, Z. M.; SAFIEH, A. M. A. Association between work-related psychological empowerment and quality of nursing care among critical care nurses. **Journal**

of **Nursing Management**, v. 30, n. 6, p. 2015-22, Set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13641>.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado de saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. [org.]. **Segurança do paciente conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. [online]. 2 ed. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2019, 524 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416419>.

MATTOS, P. L. C. L. "The results of this (qualitative) research cannot be generalized": dotting the i's on this caveat. **Cadernos EMBRAPE.BR**, v. 9, ed. esp., p. 451-68, jul. 2011. DOI: 10.1590/S1679-39512011000600002.

MDLULI, S.; MAKHUPE, O. **Defining leadership competencies needed for the fourth industrial revolution: Leadership Competencies 4.0**. Disponível em: < https://bankseta.org.za/wp-content/uploads/2018/08/Bankseta_Defining-Leadership_Siboniso-Mdluli-Olebile-Makhupe.pdf >. Acesso em: 07 Out. 2022.

MEDEIROS, R. S. Sentido do trabalho e adoecimento em um hospital universitário. **Revista Direitos, trabalho e política social**, v. 9, n. 17, p. 130-146, 2023. DOI: 10.56267/rdtps.v9i17.16161.

MENEZES, I. G.; AGUIAR, C. V. N.; BASTOS, A. V. B. Organizational commitment: some issues surrounding its nature and conceptual bounds. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 3, p. 786-789, Dez. 2016. DOI: 10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P768.

MESQUITA, L. I. S. Popular participation in the university hospitals: an analysis of the constitutional principle in the national public health system (SUS) and its application in the Brazilian company of hospital services (EBSERH). **Revista da AGU**, v. 23, n.1, 2024. DOI: 10.25109/2525-328X.v.23.n.01.2024.2327.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. **Commitment in the workplace: Theory, research, and application**. London: Sage Publications, 1997.

MEYER, J. P.; HERSCOVITCH, L. Commitment in the workplace: Toward a general model. **Human Resource Management Review**, v. 11, n. 3, p. 299-326, 2001. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(00\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(00)00053-X).

MEYER, J. P.; PARFYONOVA, N. M. Normative commitment in the workplace: a theoretical analysis and reconceptualization. **Human Resource Management Review**, v. 20, n. 4, p. 283-294, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2009.09.001>.

MEYER, J. P.; STANLEY, D. J.; HERSCOVITCH, L.; TOPOLNYTSKY, L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. **Journal of Vocational Behavior**, v. 61, n. 1, p. 20-52, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1842>

MIR-TABAR *et al.* Patient satisfaction with nursing care in an Intensive Care Unit measured through the Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale (NICSS). **Enfermería Intensiva**, v. 35, n. 3, p. 201-12, 2024. DOI: 10.1016/j.enfie.2023.10.004

MÖLLER, G. *et al.* Nursing practice environment in intensive care unit and professional burnout. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20200409, 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-00409.

MORCELLI, L. M. B.; DIAS, B. M.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A. Influence of nurse leadership on patient safety: an integrative review. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, p. e54967, 2023. DOI: 10.18471/rbe.v37.54967.

MOURA, L. N. *et al.* Structural empowerment of nurses in the hospital setting. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3373, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3915.3373>.

MOWDAY, R. T.; STEERS, R. M.; PORTER, L. W. The Measurement of Organizational Commitment. **Journal of Vocational Behavior**, v. 14, p. 224-247 1979. DOI: [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(79\)90072-1](https://doi.org/10.1016/0001-8791(79)90072-1).

MUTRO, M. E. *et al.* Adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Leader Empowering Behavior scale. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73, n. 5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0157>.

NAMASIVAYAM, K.; GUCHAIT, P.; LEI, P. The influence of leader empowering behaviors and employee psychological empowerment on customer satisfaction. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, v. 26, n. 1, Fev. 2014. Disponível em: < <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJCHM-11-2012-0218/full/html> >. Acesso em: 20 out. 2022.

NASCIMENTO, J. C. M.; GAVENA, A. A. F.; MACHINSKI JR., M. Hospital Accreditation as a tool for quality management in Brazil: characteristics, advances and challenges. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 17, n. 4, 2020. DOI: 10.21450/rahis.v17i4.6404.

NGABONZIMA, A.; ASINGIZWE, D.; KOUVELIOTIS, K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. **BMC Nursing**, v. 19, n. 35, Mai. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00428-8>.

NOVATO, D.S; NUNES, E.C.D.A. Interpersonal relationships in nursing: the influence of leadership on motivation of the technical team. **Revista Saúde**, v. 13, n. ½, 2019. DOI: 10.33947/1982-3282-V13N1-2-3686.

NOVIANTI, K. R. DOES ORGANIZATIONAL COMMITMENT MATTER? LINKING TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP WITH ORGANIZATIONAL

CITIZENSHIP BEHAVIOR (OCB). **Jurnal Aplikasi Manajemen**, v. 19, n. 2, p. 335-45, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21776/ub.jam.2021.019.02.09>.

OLIVEIRA, A. A.; SANTOS, V. M. B. M.; BIAZIN, D. T. Liderança servidora: uma proposta inovadora na gestão empresarial. **Revista Terra e Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 32, n. 62, p. 99-110, abr. 2018. Disponível em: < <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/13> >. Acesso em: 02 out. 2022.

OLIVEIRA, A. P. C. D. *et al.* The State of Nursing in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, n. e3404, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.0000.3404.

OLIVEIRA, C. B. A. *et al.* Organizational commitment and satisfaction at work a study with CRAS employees from Borborema-PB. **Exacta**, v. 16, n. 4, p. 93-114, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5585/Exacta.v16n4.7821>.

OLIVEIRA, K.D.S; KUBO, E.K.M; OLIVA, E.C. Enfoque meta-analítico da liderança: uma revisão sistemática. In: XXI SEMEAD, 21, 2018, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2018, p.1-16. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329370904_ENFOQUE_META-ANALITICO_DA_LIDERANCA_UMA_REVISAO_SISTEMATICA. Acesso em 27 jul. 2022.

OLIVEIRA, L. B.; COSTA, E. M. T. C. M. Comparing attitudes of public servants and outsourced employees. **RAUSP Management Journal**, v. 54, n. 1, p. 38-53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1108/RAUSP-07-2018-0049>.

ORGANBÍDEZ, A.; ALMEIDA, H. Exploring the link between structural empowerment and job satisfaction through the mediating effect of role stress: A cross-sectional questionnaire study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 19, Set. 2020. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103672.

ORGAMBÍDEZ, A.; BENÍTEZ, M.; LEÓN-PÉREZ, J. M.; CANTERO-SÁNCHEZ, F. J. Structural empowerment, personal initiative, and job satisfaction in service employees: Exploring the mediating role of psychological empowerment. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 65, n. 5, p. 911-18, out. 2024. DOI: 10.1111/sjop.13040.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage**. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465> >. Acesso em: 02 nov. 2022.

_____. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_

por.pdf;jsessionid=ECF1B8C5A8FF4F00B8D67FF55B6EC275?sequence=4.
Acesso em 13 jul. 2022.

_____. **Global patient safety action plan 2021–2030: toward eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em 07 jul. 2022.

_____. **Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde**: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf> >. Acesso em: 01 nov. 2022.

_____. **The policy framework for people-centred health care**. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific, 2007. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5420>. Acesso em: 25 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Política da Força de Trabalho em Saúde 2030**: Fortalecimento dos recursos humanos em saúde para alcançar sistemas de saúde resilientes. Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acesso em: 17 out. 2024.

ORNELAS, L. F. F. *et al.* Estilos de liderança. **LIBERTAS: Revista de Ciências Sociais Aplicadas**, v. 8, n. 1, p. 203-213, 5 jul. 2018. Disponível em: < <https://famigvirtual.com.br/famig-libertas/index.php/libertas/article/view/208> >. Acesso em: 20 set. 2022.

ORTEGA, J. *et al.* Developing nurse leaders across the Americas: evaluation of an online nursing leadership course. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, n. e152. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.152>.

PEREIRA, J. J.; MARANHÃO, C. M. S. A.; REZENDE, A. F. Naturalization of the leadership process: the rescue of values. **Caderno de Administração**, v. 26, n. 1, p. 43-59, Out. 2018. Disponível em: < <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/39996> >. Acesso em 20 set. 2022.

PESSOA, G. R. *et al.* Patient Safety in pandemic times: A reflection based on the care quality attributes. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 26, n. spe., p. e20220109, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0109pt>.

PIERRO, A. *et al.* Bases of social power, leadership styles, and organizational commitment. **International Journal of Psychology**, v. 48, n. 6, p. 1122-34, Out. 2012. DOI: 10.1080/00207594.2012.733398.

PIRES, B. S. Ambiente de trabalho do enfermeiro: comparação entre hospitais privados e público. **Einstein**, v. 16, n. 4, p.eAO4322, 2018. DOI: 10.31744/einstein_journal/2018AO4322.

POLICARPO, R. V. S.; BORGES, R. S. G. E. Organizational change: the effects of leadership styles on the behavior of workers. **Revista Economia e Gestão**, v. 16, n. 45, p. 78, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1984-6606.2016v16n45p78>.

PURSIO, K.; KANKKUNEN, P.; MIKKONEN, S.; KVIST, T. Organizational characteristics of nursing practice environments related to registered nurses' professional autonomy and job satisfaction in two Finnish Magnet-aspiring hospitals: structural equation modeling study. **BMC Nursing**, v. 23, n. 100, fev. 2024. DOI: [10.1186/s12912-024-01772-9](https://doi.org/10.1186/s12912-024-01772-9).

REGAN, S.; LASCHINGER, H. K. S.; WONG, C. A. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12288>.

RESAR, R.; GRIFFIN, F. A; HARADEN, C.; NOLAN, T. W. **Using Care Bundles to Improve Health Care Quality**. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: <https://www.ihl.org/resources/white-papers/using-care-bundles-improve-health-care-quality#downloads>. Acesso em 10 abr 2024.

ROBERSON, D. W.; KIRSH, E. R. Systems Science: A Primer on High Reliability. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 52, n. 1, p. 1-9, Fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.08.001>.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 11 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

RODRIGUES, A. C. A.; BASTOS, A. V. B. Problemas conceituais e empíricos na pesquisa sobre comprometimento organizacional: Uma análise crítica do modelo tridimensional de J. Meyer e N. Allen. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 10, n. 2, p. 129-144, Jul. 2010. Disponível em: < artigo 3 seção 2 - Rodrigues e Bastos (bvsalud.org) >. Acesso em 12 out. 2022.

RODRIGUES, A. O.; FERREIRA, M.C; MOURÃO, L. O fenômeno da liderança: uma revisão das principais teorias. **Fragmentos de Cultura**, v. 23, n. 4, p. 587-601, Out-Dez 2013. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/3556/2061>. Acesso em: 29 jul. 2022.

RODRIGUÉZ-FERNÁNDEZ, M.; HERRERA, J.; HERAS-ROSAS, C. Model of Organizational Commitment Applied to Health Management Systems. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 58, n. 2, p. 255-62, Abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094496>.

ROTHMANN, I.; COOPER, C.L. **Fundamentos da Psicologia Organizacional e do Trabalho**. 2 ed. São Paulo: Gen Atlas, 2017.

RUGGIERO, A. M. **A jornada da acreditação: série 20 anos**. São Paulo: ONA, 2021. Disponível em: < <https://www.ona.org.br/biblioteca> >. Acesso em: 15 nov. 2021.

SAHER, N. *et al.* Does paternalistic leadership lead to commitment? Trust in leader as moderator in pakistani context. **Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research in Business**, v.5, n. 1, p. 443-455, 2013. Disponível em: < <https://journal-archievers32.webs.com/443-455.pdf> >. Acesso em: 07 out. 2022.

SANTANA-MARTINS; M; NASCIMENTO, J. L.; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ, M. I. Employees' emotional awareness as an antecedent of organizational commitment—The mediating role of affective commitment to the leader. **Frontiers in Psychology**, v. 13, n. 945304, Jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.945304>.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Nursing leadership and quality of care in a hospital setting: mixed methods Research. **Revista Rene**, v. 19, p. e3289, 2018. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193289.

SANTOS, M. M. D.; PORTO, J. B.; BORGES-ANDRADE, J. E. Leadership: literature review and comparison with foreign production. **Revista Psicologia, Organização e Trabalho**, vol.21 n.4,p. 1750-1757, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.2.22196>.

SANTOS, R.A.S. **Em busca de uma sobre Liderança e Gestão de Crises: Lições Aprendidas no Setor Elétrico Brasileiro**. São Paulo: Editora Dialética, 2022.

SARDO, P. M. G. *et al.* Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. **Nursing in Critical Care**, v. 28, n. 2, p. 288-97, 2022. DOI: 10.1111/nicc.12854.

SCHALK, R.; DIJK, W. Quality management and employee commitment: Illustrated with examples from Dutch health care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 18, n.1, p.32-40, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1108/09526860510576956>.

SCHNEIDER, M. R.; FLORE, J. Training and commitment in a German manufacturing company during the post-2008 crisis: a case of internal flexicurity. **The International Journal of Human Resource Management**, v. 30, n. 10, p.1666-1682, Abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1308413>.

SILVA, A.; HAVEROTH, J.; ROBERTO DA CUNHA, P. Influencia do estilo de liderança e da subordinação no julgamento e tomada de decisão do auditor interno. **Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade (REPeC)**, v. 16, n. 1, 2022. DOI: 10.17524/repec.v16i1.296.

SILVA, E. E.; BASTOS, A.V. A Escala de consentimento organizacional: Construção e evidências de sua validade. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 7-22, Jun. 2010. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572010000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 12 out. 2022.

SILVA, P. L.; NUNES, S. C.; ANDRADE, D. F. Estilo do líder e comprometimento dos liderados: associando construtos em busca de possíveis relações. **Revista Brasileira de Gestão e Negócios**, v. 21, n. 2, Abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.7819/rbgn.v21i2.3975>.

SILVA, V.L.S. *et al.* Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. e03206, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>.

SOARDO, E. S.; FANTON, J. P.; GOULART JR., E. Transformational e transacional leadership: a narrative bibliography review. **Revista Eletrônica Gestão e Serviços**, v. 11, n. 2, Jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15603/2177-7284/regs.v11n2p3098-3129>.

SCHUMAHER, M. L. N.; ALEXANDRE, N. M. C. Tradução e adaptação transcultural do Psychological Empowerment Instrument para o contexto brasileiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. e-1020. DOI: [10.5935/1415-2762.20170030](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170030)

SPECCHIA, M. L. *et al.* Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1552-66, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18041552>.

SPREITZER, G. M. Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation. **The Academy of Management Journal**, v. 38, n. 5, p. 1442-65, Out. 1995. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/256865?origin=JSTOR-pdf> >. Acesso em: 17 out. 2022.

STURM, R. E.; HERZ, H.; ANTONAKIS, J. The science of leader power. **The Leadership Quarterly**, v. 32, n. 4, Ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2021.101550>.

SYED, S. *et al.* Improving the quality of health care across the health system. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 12, p. 799, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.2471%2FBLT.18.226266>.

TANG, G. *et al.* Antecedents and consequences of empowering leadership: Leader power distance, leader perception of team capability, and team innovation. **Journal of Organizational Behavior**, v. 41, n. 6, p. 551-566, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.2449>.

THOMAS, K. W.; VELTHOUSE, B. A. Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation. **Academy of Management Review**, v. 15, n. 4., p. 666-681, 1990. DOI: 10.2307/258687.

TORQUETTI, A. B. *et al.* Structural empowerment of nurses working in an emergency room: a mixed methods study. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.62928>.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 4^a ed. Petrópolis: Vozes, 2018. 685p.

UNJAI, S.; FORSTER, E. M.; MITCHELL, A. E.; CREEDY, D. K. Compassion satisfaction, resilience and passion for work among nurses and physicians working in intensive care units: A mixed method systematic review, **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 71, 2022. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103248.

VALLE, R. B. L. R. D. *et al.* The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03667, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029003667>.

VARGAS, M. A. *et al.* Where (and how) do we find quality in the hospital nursing service? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 339-43, Jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300018>.

VILLAR, V. C. F. P.; RABELLO, E. T.; MARTINS, M. Safety and quality of healthcare from the user perspective: exploratory study of Facebook groups. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 16, n.1, p. 159-174, Jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i1.2417>.

WANG, M.; DEWING, J. Exploring mediating effects between nursing leadership and patient safety from a person-centred perspective: A literature review. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 5, p. 878-889, Jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13226>.

WANG, L. *et al.* Effects of Ambidextrous Leadership on Employees' Work Behavior: The Mediating Role of Psychological Empowerment. **Frontiers in Psychology**, v. 13, n. 862799, Mai. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.862799>.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa** do início ao fim. Tradução: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016. Qualitative research from start to finish.

ZHANG, X.; YE, H.; LI, Y. Correlates of structural empowerment, Psychological empowerment and emotional exhaustion among registered nurses: a meta-analysis. **Applied Nursing Research**, v. 42, p. 9-16, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.006>.

ZWINGMANN, I.; WOLF, S.; RICHTER, P. Every light has its shadow: a longitudinal study of transformational leaders-hip and leaders' emotional exhaustion. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 46, n. 1, p.19-33, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jasp.12352>.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT [recurso eletrônico]/ Vilma Machado [et al] –2. ed. - Curitiba: UFPR:SiBi, 2024. 414 p. : il.

APÊNDICE B - PRIMEIRA PARTE DO QUESTIONÁRIO – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome do hospital (local onde está respondendo a pesquisa): H1() H2()
H3()

Unidade que trabalha atualmente (local onde está respondendo a pesquisa):

() UTI geral adulto

() UTI cirúrgica adulto

() UTI cardíaca/coronariana

() UTI pediátrica

() UTI neonatal

() Unidade semi-intensiva/semi-crítica

() Outro (especifique): _____

Turno de trabalho: manhã () tarde () noite () Manhã e tarde
(horário administrativo) () diurno 12h () Outro (especifique): _____

Cargo: assistencial () chefia ()

Categoria profissional: Enfermeiro () Técnico de Enfermagem ()

Vínculo empregatício: CLT- empregado público () CLT () estatutário
() outro(especifique) (): _____

Escolaridade: graduação () especialização () mestrado ()
doutorado pós doutorado ()

Caso você esteja atuando como Técnico de Enfermagem e possua graduação,
por favor, indique qual o curso: _____

Idade: () 18 à 29 () 30 à 39 () 40 à 49 () 50 à 59 () >60 anos

Sexo: F () M ()

Tempo de atuação na profissão: () <1 ano () 1 à 5 anos () 5 à 10 anos ()
10 à 15 anos () 15 à 20 anos () > 20 anos

Tempo de atuação no hospital que trabalha atualmente (local onde está
respondendo a pesquisa): () <1 ano () 1 à 5 anos () 5 à 10 anos () 10 à
15 anos () 15 à 20 anos () > 20 anos

APÊNDICE C - CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Olá! Somos pesquisadoras do projeto de pesquisa intitulado “Empoderamento e a liderança do enfermeiro: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado”.

O objetivo principal deste projeto é compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade.

Serão convidados todos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, lotados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, e que desenvolvam atividades de assistência direta à população em geral; e Enfermeiros em cargos de chefia (supervisores, coordenadores, gerentes) das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa.

O protocolo de coleta de dados seguirá a aplicação de questionários exclusivamente de forma virtual, uma única vez, através da Plataforma Survey Monkey®, cujo formulário online único será composto por três partes:

Parte 1 - Apresentação da pesquisa e TCLE: Para sua participação, primeiramente é necessário seu aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o TCLE assinado.

Parte 2 - Caracterização dos participantes: nome do hospital e unidade que trabalha atualmente (local onde está respondendo a pesquisa), turno de trabalho, cargo (assistencial, chefia), categoria profissional (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem), vínculo empregatício (CLT-empregado público, CLT, estatutário), escolaridade (para técnicos de enfermagem, quando informarem que possuem graduação, deverão indicar qual o curso), idade, sexo, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação no hospital que trabalha atualmente.

Parte 3 - Questionários:

1. Comportamento Empoderador do Líder: avalia o comportamento do líder em empoderar sua equipe.
2. Comprometimento Organizacional Afetivo: avalia a intensidade com que um empregado nutre sentimentos positivos e negativos frente à organização que o emprega.
3. Questionário Condições de Eficácia no Trabalho II: possibilita analisar o trabalho do profissional com relação às condições de empoderamento estruturais, globais e psicológicas.
4. Escala de empoderamento psicológico: mede a experiência psicológica do empoderamento.

O tempo total estimado de preenchimento do formulário online é de 75 minutos e você poderá escolher o meio, local e momento mais adequado para preenchê-lo. O formulário estará disponível até o dia 07/05/2024.

Os benefícios indiretos desse estudo aos profissionais participantes incluem obter subsídios que favorecerão o desenvolvimento da liderança do enfermeiro considerando as particularidades de cada organização hospitalar pesquisada, e em relação aos demais profissionais da equipe de enfermagem, também se beneficiarão, uma vez que serão fruto de suas opiniões e percepções de sua prática assistencial e ambiente de trabalho, o que poderá levar a proposição de ações voltadas às suas reais necessidades, melhorando o ambiente de trabalho e gerando uma maior satisfação.

Para as organizações, pretende-se compreender o comportamento organizacional em diferentes instituições hospitalares e de que forma impacta no empoderamento estrutural e psicológico. A identificação do efeito organizacional sobre o empoderamento, proporcionará dados às organizações que poderão embasar o planejamento de melhorias.

Quaisquer dúvidas relacionadas ao TCLE, ou ao questionário poderão ser encaminhadas às pesquisadoras.

Se tiver interesse em participar da pesquisa, você deverá acessar este link: <https://pt.surveymonkey.com/r/7G3LVF8>. Após acessá-lo, você terá acesso ao TCLE que poderá ser aceito dando ciência conforme aparecerá na plataforma online. Somente após seu aceite e registro da ciência no TCLE, será possível a continuidade no preenchimento do formulário de pesquisa.

Desde já obrigada,
Equipe de pesquisa.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-FORMULÁRIO ON-LINE

Nós, Karla Crozeta Figueiredo e Carolina Poite de Siqueira, professora e aluna do Doutora em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, trabalhador de enfermagem do Hospital _____ a participar de um estudo intitulado “Empoderamento e a liderança do enfermeiro: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado” com intuito de conhecer o processo de liderança empoderadora e como ela pode contribuir para a qualidade do cuidado.

- a) O objetivo desta pesquisa é compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um formulário online único, com dados de perfil do participante e os questionários: 1)comportamento empoderador do líder, 2)comprometimento organizacional afetivo, 3)empoderamento psicológico e 4)condições de eficácia no trabalho.
- c) Para tanto você deverá possuir um endereço eletrônico pessoal (e-mail) e acesso à internet para acesso à plataforma de coleta de dados (Survey Monkey®), que será fornecida pelas pesquisadoras. O preenchimento do formulário levará aproximadamente 75 minutos, e você terá a opção de fazer o preenchimento completo em um único acesso, ou salvar e retomá-lo mais tarde.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo de preenchimento do questionário, sentindo-se cansado, assim como constrangido em responder alguma questão. Além disso, a autorreflexão pode trazer algum desconforto ao recordar de experiências profissionais. Para reduzir o desconforto gerado pelo preenchimento do formulário, a plataforma online utilizada para coleta de dados é capaz de salvar o formulário para retomada posterior do preenchimento dos dados. Para o desconforto decorrente da autorreflexão, você terá canal aberto de diálogo com a equipe de pesquisa, que poderá acolher suas dificuldades. Você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, ou realizar pausas no preenchimento ou recusar-se a continuar preenchendo o formulário.
- e) Além do constrangimento ou desconforto no preenchimento do formulário, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____	[rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____	[rubrica]
Orientador _____	[rubrica]

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são identificar as relações entre o comportamento empoderador do líder e o comprometimento organizacional afetivo, e como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade, bem como avaliar as estruturas do empoderamento estrutural e as cognições do empoderamento psicológico presentes nas organizações, identificando a diferença entre elas.

e) A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser localizada no seguinte endereço: Karla Crozeta Figueiredo, Departamento de Enfermagem, Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, e-mail: karlacrozeta@ufpr.br, telefone: 3361-3771, no horário das 08h às 17h, para esclarecer dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois do encerrado o estudo. Os demais pesquisadores poderão ser contatados nos seguintes endereços eletrônicos e telefones:

Pesquisador	E-mail	Telefone

f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar por e-mail ([Carolina - carolinasiqueira@ufpr.br](mailto:Carolinasiqueira@ufpr.br)) que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. São eles: direção do hospital, gerentes, coordenadores do hospital. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

h) O material obtido – formulário e registros de entrevistas – será utilizado unicamente para essa pesquisa e serão armazenados pelo pesquisador principal em dispositivo eletrônico (Disco rígido externo) por 5 anos, e serão apagados da plataforma virtual de coleta de dados logo após a finalização da composição dos bancos de dados em planilhas.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, (impressão de questionários, uso de canetas, lápis, papel, pranchetas e tc) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____ [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____ [rubrica]
Orientador _____ [rubrica]

- 1) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. Caso você seja profissional do [REDACTED] você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, por meio do telefone: [REDACTED]), de segunda e sexta-feira das 13:30h às 17h30 ou pelo e-mail: [REDACTED]. Se você for profissional do [REDACTED] poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – [REDACTED] pelo Telefone [REDACTED] das 08:00 horas às 16:30 horas de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

j) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minhas respostas preenchidas no questionário utilizado como instrumento na coleta de dados desta pesquisa, para fins da pesquisa

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de ____

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

(Nome e assinatura do pesquisador que aplicou TCLE)

APÊNDICE E - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS DAS ENTREVISTAS

- 1) Como você se sente em relação à esta organização? 1.1) tem algum comportamento do seu líder que afeta esse sentimento?
- 2) Você considera que seu trabalho neste hospital é significativo, que tem valor? O que faz você se sentir assim?
- 3) Você considera que desenvolve seu trabalho neste hospital com competência? O que faz você se sentir assim?
- 4) Você considera que possui autonomia na realização do seu trabalho neste hospital? O que faz você se sentir assim?
- 5) Você considera que seu trabalho impacta nos resultados do seu setor e do hospital? O que faz você se sentir assim?
- 6) Você considera que seu líder influencia (direta ou indiretamente) na percepção do valor que você dá ao seu trabalho, competência, autonomia, resultados?
- 7) Como é sua relação com seu atual líder? 7.1) O que poderia melhorar nessa relação? 7.2 O que você considera bom/no que ele acerta, e o que considera ruim/no que ele erra?
- 8) Sobre o comportamento do seu líder: o que faz que você se sinta bem? 8.1) o que faz com que você se sinta mal?
- 9) Em relação às perguntas 7 e 8: foi sempre assim? Se houve mudança, o que mudou?
- 10) O que você considera cuidado de enfermagem de qualidade? 10.1 Você considera que sua organização te proporciona condições para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem de qualidade? Como?
- 11) Você se considera comprometido com o cuidado de enfermagem de qualidade?
- 12) Você considera que sua atual equipe é comprometida com o cuidado de enfermagem de qualidade?

APÊNDICE F - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE USO SOM DE VOZ PARA PESQUISA

Título do Projeto: Empoderamento e a liderança do enfermeiro: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado

A pesquisadora Karla Crozeta Figueiredo pesquisador principal, do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná responsável pelo projeto “Empoderamento e a liderança do enfermeiro: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado” e as alunas colaboradoras Msc. Carolina Poite de Siqueira, Msc. Ana Paula de Moraes Maia Barros, Letícia dos Santos Gonçalves, Cristiane de Lima Pacenko, Msc. Thaiane Almeida Silva Pol, e Mariana Tavares de Oliveira Castellani do programa de pós-graduação Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e enfermeira Ângela André Borges do Hospital do Trabalhador, solicitam a utilização de som de voz dos participantes pertencentes ao Grupo 1: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, lotados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa, e que desenvolvam atividades de assistência direta à população em geral; e Grupo 2: Enfermeiros em cargos de chefia (supervisores, coordenadores, gerentes) das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa; para este estudo, com garantia de proteção de identidade.

Tenho ciência que a guarda e demais procedimentos de segurança são de inteira responsabilidade dos pesquisadores. Os pesquisadores comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima com proteção de imagem do participante.

Este documento foi elaborado em duas (2) vias, uma ficará com o(s) pesquisador(a/es) e outra com o(a) participante da pesquisa.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo
Pesquisador Responsável

Autorizo o uso do som da minha voz exclusivamente para esta pesquisa.

APÊNDICE G - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO UTILIZADO PARA O TESTE PILOTO

- 1) Você considera que seu trabalho neste hospital é significativo, que tem valor? O que faz você se sentir assim?
- 2) Você considera que desenvolve seu trabalho neste hospital com competência? O que faz você se sentir assim?
- 3) Você considera que possui autonomia na realização do seu trabalho neste hospital? O que faz você se sentir assim?
- 4) Você considera que seu trabalho impacta nos resultados do seu setor e do hospital? O que faz você se sentir assim?
- 5) Como é sua relação com seu atual líder? 5.1) o que você considera bom e o que poderia melhorar nessa relação?
- 6) Sobre o comportamento do seu líder: 6.1) no que ele acerta? 6.2) No que ele erra? 6.3) o que faz que você se sinta bem? 6.4) o que faz com que você se sinta mal?
- 7) Em relação às perguntas 5 à 6.4: 7.1) foi sempre assim? Se houve mudança, o que mudou? 7.2) O que poderia melhorar?
- 8) O seu atual líder influencia (direta ou indiretamente) na sua percepção de valor do seu trabalho? O que faz você ter essa opinião?
- 9) O seu atual líder influencia (direta ou indiretamente) no desenvolvimento do seu trabalho com competência? O que faz você ter essa opinião?
- 10) O seu atual líder influencia (direta ou indiretamente) na sua autonomia? O que faz você ter essa opinião?
- 11) O seu atual líder influencia (direta ou indiretamente) nos seus resultados? O que faz você ter essa opinião?
- 12) Como você se sente em relação à esta organização? 12.1) tem algum comportamento do seu líder que afeta esse sentimento?
- 13) Quais ações do hospital você percebe facilitando ou dificultando o desenvolvimento do vínculo servidor-instituição?
- 14) O que você considera cuidado de enfermagem de qualidade?
- 15) Você se considera comprometido com o cuidado de enfermagem de qualidade?
- 16) Você considera que sua atual equipe é comprometida com o cuidado de enfermagem de qualidade?

APÊNDICE H - PLANILHA PARA PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Hospital	Setor	Responsável	Dia/mês			Dia/mês			Dia/mês			Dia/mês			Dia/mês		
			SEG			TER			QUA			QUI			SEX		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
H1	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
H2	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
	Nome da UTI																
H3	Nome da UTI																
	Nome da UTI																

Legenda: M- manhã; T- tarde; N-Noite

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTAS

Nós, Karla Crozeta Figueiredo, Carolina Poite de Siqueira, Ana Paula de Moraes Maia Barros, Letícia dos Santos Gonçalves, Cristiane de Lima Pacenko, Msc. Thaiane Almeida Silva Pol e Mariana Tavares de Oliveira Castellani professora e alunas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e Ângela André Borges enfermeira do Hospital do Trabalhador, estamos convidando você, **profissional de enfermagem** de uma das seguintes instituições de saúde coparticipantes do estudo () para participar do estudo intitulado “Empoderamento e a liderança do enfermeiro: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado” com intuito de conhecer o processo de liderança empoderadora e como ela pode contribuir para a qualidade do cuidado.

- a) O objetivo desta pesquisa é compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade.
- b) Caso você participe da pesquisa, você participará de uma entrevista presencial, com uma das pesquisadoras, em local reservado localizado no seu ambiente de trabalho, em data e horário de sua preferência, com duração máxima prevista de 60 minutos.
- c) A pesquisadora que realizará as entrevistas utilizará um roteiro semiestruturado, o qual guiará a pesquisadora em relação às perguntas durante a entrevista. As perguntas são relacionadas ao empoderamento estrutural e psicológico.
- d) A entrevista será audiogravada, em um gravador eletrônico próprio e exclusivo para este fim, e após sua fala será transcrita pelas pesquisadoras em um software de análise de dados qualitativos. Sua identificação será preservada, não aparecerá seu nome, e sim um código composto por uma letra e um número.
- e) É possível que você experimente algum desconforto leve causado durante a entrevista ao responder às questões formuladas, além do risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário ao recordar de experiências profissionais. Você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, sem que haja qualquer prejuízo por sua decisão.
- f) Além do constrangimento ou desconforto mencionados, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____	[rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____	[rubrica]
Orientador _____	[rubrica]

g) Os benefícios esperados com essa pesquisa são identificar as relações entre o comportamento empoderador do líder e o comprometimento organizacional afetivo, e como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade, bem como avaliar as estruturas do empoderamento estrutural e as cognições do empoderamento psicológico presentes nas organizações, identificando a diferença entre elas.

h) A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser localizada no seguinte endereço: Karla Crozeta Figueiredo, Departamento de Enfermagem, Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, telefone: 3361-3771, no horário das 08h às 17h, para esclarecer dúvidas karlacrozeta@ufpr.br que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois do encerrado o estudo. Os demais pesquisadores poderão ser contatados nos seguintes endereços eletrônicos e telefones:

Pesquisador	E-mail	Telefone

i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar por e-mail ([Carolina - carolinasiqueira@ufpr.br](mailto:Carolina-carolinasiqueira@ufpr.br)) que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

j) O material obtido – fala gravada– será utilizado unicamente para essa pesquisa e serão armazenados pelo pesquisador principal em dispositivo eletrônico (Disco rígido externo) por 5 anos, e as transcrições serão apagados do software análise de dados logo após a finalização da pesquisa.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, (impressão de questionários, uso de canetas, lápis, papel, pranchetas e etc) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. Caso você seja profissional do [REDACTED] você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, por meio do telefone: [REDACTED] [REDACTED]), de segunda e sexta-feira das 13:30h às 17h30 ou pelo e-mail: [REDACTED]. Se você for profissional do [REDACTED] poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – [REDACTED] pelo Telefone [REDACTED] das 08:00 horas às 16:30 horas de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi

criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de ____

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

(Nome e assinatura do pesquisador que aplicou TCLE)

APÊNDICE J - INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS PARA COMPREENSÃO DO EMPODERAMENTO ESTRUTURAL E PSICOLÓGICO DAS ORGANIZAÇÕES

AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DE EMPODERAMENTO ESTRUTURAL
Oportunidade: de crescimento e movimentação dentro de sua organização Possíveis fontes de dados e o que procurar: plano de cargos e carreiras: existe? Há seu descritivo? Como funciona? Como os funcionários têm acesso à essa informação? documentos que contenham a descrição dos processos de seleção interna de ocupação de cargos gerenciais, de progressão salarial e de carreira, de mudança de setor dentro do hospital: existe? Há seu descritivo? Como funciona? Como os funcionários têm acesso à essa informação? programas de desenvolvimento de pessoas: existe? Há seu descritivo? Como funciona? Como os funcionários têm acesso à essa informação? estimula os protagonismos da enfermagem? registros de capacitações: quais são os temas trabalhados, há sobre liderança? Há capacitações sobre uso de ferramentas tecnológicas para a enfermagem? Quem deu as capacitações? entender como é feito, quantas vezes foi feito, quando foi o último, qual o conteúdo, há práticas? Acompanhamento pós capacitação? estimula o protagonismo da enfermagem? registros de estratégias voltadas p/ desenvolvimento da liderança do Enfermeiro: entender como é feito, quantas vezes foi feito, quando foi o último, qual o conteúdo, há práticas? Acompanhamento pós capacitação? estimula os protagonismos do enfermeiro? descrição do perfil profissional que se busca: há d escrito? se houver, verificar se é condizente com uma prática de enfermagem autônoma, poder decisório do enfermeiro, estimula o protagonismo da enfermagem?
Informação: para adquirir o conhecimento para realizar seu trabalho com eficácia Possíveis fontes de dados e o que procurar: Procedimento Operacional Padrão (POP): verificar se nos POPs o enfermeiro possui participação importante sem estar abaixo de outro profissional, quais informações tem, quem elaborou? Descrição/manual de rotinas: quais informações tem, quem elaborou? Como é acessado informativos, cartazes: quais são os conteúdos, são relevantes? são para enfermagem? protocolos assistenciais: quais informações tem, quem elaborou? Como é acessado, nos protocolos multi, os enf participaram? descrição de fluxos: quais informações tem, quem elaborou? Como é acessado, nos fluxos multi, os enf participaram? sistemas informatizado e-mails: a enfermagem tem acesso a tudo? É fácil de usar? Quais informações são repassadas nos e-mails? setores voltados a qualidade como setor de gestão da qualidade, núcleo de segurança do paciente, serviço de controle de infecção hospitalar: atas de reuniões comas UTI's, conteúdo das reuniões, quem participou, há indicadores? quais? Quem alimenta os dados? utilização de indicadores: há indicadores internos do setor? Quais? Há reuniões para discussão desses indicadores? dinâmica da comunicação interna: onde são divulgados o que acontece de mudança no hospital? Quem repassa? Há registros desses repasses de informações descrição de cargo, descrição de atribuições: como o profissional acessa isso? registros de treinamentos: quais são os temas trabalhados, Quem deu as capacitações? entender como é feito, quantas vezes foi feito, quando foi o último, qual o conteúdo, há práticas? Acompanhamento pós capacitação? descrição de programas dentro da instituição sobre qualidade, segurança do paciente: compreender onde a enfermagem entra nisso, é ativa? Ou somente cumpre o que foi determinado? Quais são as ações desenvolvidas? Por quem é desenvolvida? atas de reuniões dos enfermeiros com sua equipe: conteúdos, frequência, são fixas, ou ocorrem quando algo acontece? Quem realiza?

registro/programa de integração quando inicia seu trabalho na instituição: como funciona? quem conduz, qual conteúdo, dura quantos dias? grau de participação da enfermagem nisso Apoio: como suporte na forma de feedback de colegas e supervisores Possíveis fontes de dados e o que procurar: instrumentos utilizados para avaliação de desempenho: conteúdo, há autoavaliação? Quem faz? descrição do processo de avaliação de desempenho: frequência, como ocorre? Há feito orientações sobre como melhorar? estimula os protagonismos da enfermagem? atas de reunião (especificamente alguma que objetivou resolução de conflitos): conteúdo, qual foi a participação da enfermagem/enfermeiro? Quem conduziu? Quem estava presente? Quem conduziu deu apoio para as pessoas? Há situações com outros da equipe multi? Como foi tratado? registros de orientação em serviço: conteúdo, como é feito, quem faz? A condução Visa punição? Visa melhoria? ouvidorias de pacientes e/ou familiares: é repassado a equipe de enfermagem? Conteúdo das ouvidorias, quando é uma ouvidoria negativa, como é repassada? Como é tratada? programas voltados ao funcionário (p.ex. psicólogo, ginástica laboral etc): quais são? Há algum descritivo? Como o profissional tem acesso? registros de outras formas de feedback de desempenho: estimula o protagonismo da enfermagem? Qual é essa forma? conteúdo, há autoavaliação? Quem faz?
Recursos: como tempo e suprimentos para realizar seu trabalho Possíveis fontes de dados e o que procurar: dimensionamento da equipe de enfermagem: ver escalas-folgas, férias, quantitativo total, os intervalos das folgas permitem descanso? Como escolhem folgas e férias? formulários para troca de plantões/folgas: como é? Onde fica? Quem preenche? processo de trabalho: há descrito? Há atribuições que não são da enfermagem? registro do PE: onde é feito? Como é feito, possui todas as etapas? Há acompanhamento da sua realização e qualidade? Já houve treinamento sobre PE? registros de como é a estruturação da SAE na instituição: há descrito? Possui uma teoria por trás? Quem implementou? Já houve treinamento sobre SAE? índice de absenteísmo: é registrado? A acompanhamento deste indicador? Quem alimenta os dados? planos de ação para melhorias: conteúdos, quem faz, há participação da enfermagem?
Fontes de poder: situações que ajudem a compreender como o poder é distribuído e retido, grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, descrição de cargo: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem? descrição de atribuições: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem? São compatíveis com o que é atribuído à profissão? Há subordinação implícita? registros de advertências: quais os conteúdos? Quem aplica? Há alguma situação que o profissional foi chamado atenção e não era de sua competência aquela situação? descrição de rotinas: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem? árvore hierárquica da instituição: verificar se proporciona a autonomia, nível do processo decisório do enfermeiro, há muitos níveis? Muito verticalizado? notificações de eventos adversos: como registra? Quais informações possui? Quem pode fazer? Como é feito o feedback dos EA para o setor e profissionais? Como é tratado? descrição da missão e valores da enfermagem na instituição e/ou no setor: existe? Copiar o descritivo, estimula o protagonismo da enfermagem?
AVALIAÇÃO DAS COGNIÇÕES DE EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO
Significado: valor atribuído pelo indivíduo ao seu trabalho; confiança de que pode fazer seu trabalho com habilidade. Possíveis fontes de dados: avaliações de desempenho: autoavaliação Atas de reuniões: buscar registros de falas de profissionais sobre si, p.ex. dizendo como se sente no setor, algo que o atrapalha, dificulta o desempenho
Competência: crenças de autoeficácia relacionadas ao trabalho Possíveis fontes de dados: avaliações de desempenho: autoavaliação

Atas de reuniões: buscar registros de falas de profissionais sobre si, p.ex. dizendo como se sente no setor, algo que o atrapalha, dificulta o desempenho

Autodeterminação: a autonomia em iniciar e continuar comportamentos e processos de trabalho

Possíveis fontes de dados:

atas de reuniões:

descrição de cargo: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem?

descrição de atribuições: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem? São compatíveis com o que é atribuído à profissão? Há subordinação implícita?

instrumentos/ferramentas que os Enfermeiros usam para o cuidado: quais são? Quem elaborou? Qual conteúdo? estimula o protagonismo da enfermagem? Agiliza e facilita o trabalho? Possui informações importantes ao enfermeiro para planejar o cuidado? Embasa sua prática?

advertências:

descrição de rotinas: pesquisar aquilo que apoia o profissional de enfermagem

registro do PE: onde é feito? Como é feito, possui todas as etapas? Há acompanhamento da sua realização e qualidade? São completos? Auxiliam na evolução do paciente? Colaboram com a comunicação multiprofissional? Já houve treinamento sobre PE?

registros de como é a estruturação da SAE na instituição: há descrito? Possui uma teoria por trás? Quem implementou? estimula o protagonismo da enfermagem? Já houve treinamento sobre SAE?

atas de reuniões multiprofissionais: incluem a equipe técnica?

atas de reuniões dos enfermeiros com sua equipe: conteúdos, frequência, são fixas, ou ocorrem quando algo acontece? Quem realiza?

registros dos *bundles*⁷: estão registrados em algum lugar? Estão instituídos? Quem implementou?

*compreender o grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, como expressar suas opiniões e compartilhar as decisões relacionadas ao seu trabalho

Impacto: grau de influência sobre os resultados estratégicos, administrativos ou operacionais no trabalho

Possíveis fontes de dados:

atas de reuniões:

descrição de cargo: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem?

descrição de atribuições: grau de autonomia dos profissionais de enfermagem, estimula o protagonismo da enfermagem? São compatíveis com o que é atribuído à profissão? Há subordinação implícita? Abrangência da atuação da enfermagem, é procedimental?

instrumentos/ferramentas que os Enfermeiros usam para o cuidado: quais são? Quem elaborou? Qual conteúdo? estimula o protagonismo da enfermagem? Traz informações importante que impactarão na vida do paciente? Auxilia toda equipe a obter mais informações?

registros de advertências:

descrição de rotinas: presença da enfermagem nas rotinas, suas atribuições estão adequadas dentro das rotinas?

sua realização e qualidade? São completos? Auxiliam na evolução do paciente? Colaboram com a comunicação multiprofissional? Já houve treinamento sobre PE?

registros de como é a estruturação da SAE na instituição: há descrito? Possui uma teoria por trás? Quem implementou? estimula o protagonismo da enfermagem? Já houve treinamento sobre SAE?

atas de reuniões dos enfermeiros com sua equipe: conteúdos, frequência, são fixas, ou ocorrem quando algo acontece? Quem realiza? É falado sobre o desempenho? É realizado algum planejamento de melhorias? É desenvolvido algumas ações? Há participação de todos, técnicos e enfs?

⁷ Um pequeno conjunto de intervenções baseadas em evidências para um segmento/população de pacientes e ambiente de cuidados definidos que, quando implementadas em conjunto, resultarão em resultados significativamente melhores do que quando implementadas individualmente (Resar; Griffin; Haraden; Nolan, 2012, tradução nossa).

indicadores assistenciais de cada unidade: quais são? possibilitam uma análise do desempenho da enfermagem?

indicadores de monitoramento da qualidade: quais são? possibilitam uma análise do desempenho da enfermagem?

*compreender como a socialização entre os profissionais dentro das equipes favorecem a cooperação, quais habilidades impactam no desempenho individual e em equipe

APÊNDICE K - NOTAS TEÓRICAS

Tipos de poder:

Coercitivo: baseado no temor e coerção. Há medo de punições e penalidades.

Recompensa: o liderado espera obter algum tipo de recompensa, como incentivo, elogios, reconhecimento do líder.

Legitimado: decorre do cargo ocupado dentro da estrutura hierárquica organizacional.

Competência: advém da especialidade, conhecimento, experiência ou talento do líder.

Referência: também chamado de carisma, o liderado reconhece no líder traços de personalidade desejáveis, levando-o a admirá-lo.

Informacional: cria mudanças ao fornecer razões persuasivas, que continuam sem exigir que a pessoa influenciada se refira ao influenciador.

Política: colocação do poder em ação → influencia decisões e comportamentos.

Resultados possíveis da influência do líder:

- **compromisso:** gera iniciativa e persistência, há comprometimento das pessoas pela aceitação e identificação com o líder → MELHOR RESULTADO → melhor desempenho → usar táticas motivacionais, como gerar entusiasmo apelando para emoções, ideais e valores.
- **concordância:** as pessoas acatam às solicitações desde que não necessite esforço extra.
- **resistência:** há rejeição às solicitações do líder → interrupção do trabalho, discussão improdutiva e rejeição.

Alguns resultados da liderança	Como a liderança pode influenciar
Satisfação	facilitação da comunicação contínua e eficaz
Comprometimento	fortalecimento das relações intra e interprofissionais
Melhor desempenho	construção e manutenção de equipes
Engajamento	envolvimento dos pares
Sentimento de pertencimento, amor e reconhecimento	transformação do ambiente de prática
colaboração de seus liderados	

Promove motivação favorece as competências desenvolve as fragilidades	inserir liderados no processo decisório, de forma crítica e reflexiva Criação de laços de confiança facilitação das relações ao estimular a participação no planejamento e a prestação e avaliação da assistência Partilhar conhecimentos estímulo à prática segura orientação <i>in loco</i> postura profissional facilitar e aperfeiçoar as relações interpessoais envolvimento no cotidiano da equipe Avaliação de perfil e habilidades profissional
--	--

Empoderamento estrutural: condições estruturais do local de trabalho: oportunidade, informação, apoio e recursos.

oportunidades de crescimento e movimentação dentro de sua organização,

informações para adquirir o conhecimento para realizar seu trabalho com eficácia, **apoio** como suporte na forma de feedback de colegas e supervisores e **recursos** como tempo e suprimentos para realizar seu trabalho.

Empoderamento psicológico: conjunto de quatro cognições: significado, competência (autoeficácia), autodeterminação, e impacto.

Significado: é o valor atribuído pelo indivíduo ao seu trabalho; confiança de que pode fazer seu trabalho com habilidade;

Competência: crenças de autoeficácia relacionadas ao trabalho;

Autodeterminação: a autonomia em iniciar e continuar comportamentos e processos de trabalho;

Impacto: grau de influência sobre os resultados estratégicos, administrativos ou operacionais no trabalho.

Comprometimento: estado psicológico que caracteriza a relação do colaborador com a organização e tem implicações para a decisão de continuar ou sair da mesma. Força estabilizadora ou obrigatória, que direciona o comportamento.

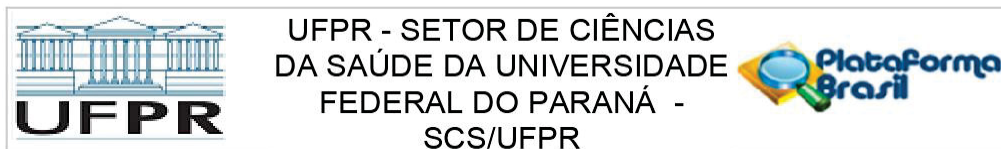
Comprometimento Afetivo: apego afetivo ou emocional à organização, o indivíduo fortemente comprometido se identifica, está envolvido e gosta de ser membro da organização, desenvolvido quando as experiências de trabalho atendem às necessidades psicológicas dos funcionários para se sentirem confortáveis na organização e competentes.

Comprometimento de Continuidade: o trabalhador desenvolve suas atividades considerando as vantagens e desvantagens em continuar e/ou sair da organização.

Comprometimento Normativo: quando os indivíduos exibem comportamentos apenas porque acreditam que é a coisa certa e moral a fazer, internalizando as regras organizacionais

Comportamento Organizacional: foco em compreender como a organização funciona e se comporta. Estuda as bases e as características principais de seu funcionamento.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69322323.2.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.106.195

Apresentação do Projeto:

Trata-se da submissão para análise ética do projeto de pesquisa intitulado "Empoderamento e a liderança do enfermeiro: um estudo de casos múltiplos sobre a qualidade do cuidado", sob a responsabilidade da Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo. Integram a equipe de pesquisadoras as alunas da Pós-graduação em Enfermagem da UFPR - Msc. Carolina Poite de Siqueira, Msc. Ana Paula de Moraes Maia Barros, Letícia dos Santos Gonçalves, Cristiane de Lima Pacenko, Msc. Thaiane Almeida Silva Pol, Mariana Tavares de Oliveira Castellani - e a enfermeira Ângela André Borges, vinculada ao Hospital do Trabalhador.

A pesquisa será realizada no [REDACTED] transcorrendo a partir da data de aprovação do protocolo no CEP-Saúde/UFPR a 1º de março de 2025. O projeto foi aprovado pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 24 de novembro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Explorar como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade em unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

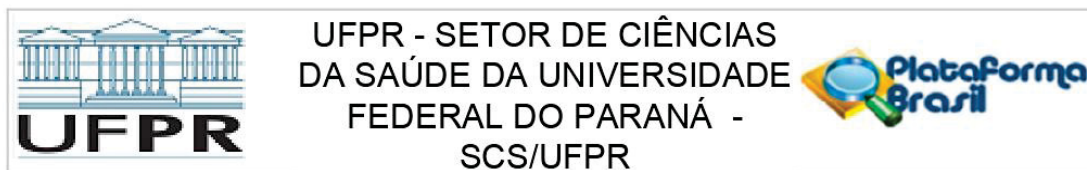
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

Específicos

1. Conhecer o comportamento do enfermeiro líder ao empoderar sua equipe.
2. Avaliar a intensidade com que um profissional de enfermagem nutre sentimentos positivos e negativos sobre seu local de trabalho.
3. Analisar o trabalho do profissional de enfermagem com relação às condições de empoderamento estruturais, globais e psicológicas.
4. Avaliar o nível de empoderamento psicológico no ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme consta no projeto detalhado, iniciando pelos benefícios, aos enfermeiros, as pesquisadoras esperam "obter subsídios que favorecerão o desenvolvimento da liderança, considerando as particularidades de cada organização hospitalar pesquisada. Assim, os benefícios diretos deste projeto a este grupo contribuirão com o desenvolvimento do Enfermeiro como líder com foco na qualidade do cuidado de enfermagem por meio do empoderamento de sua equipe."

Na visão das pesquisadoras "os demais profissionais da equipe de enfermagem também se beneficiarão com os resultados obtidos neste projeto, uma vez que serão fruto de suas opiniões e percepções de sua prática assistencial e ambiente de trabalho, o que poderá levar a proposição de ações voltadas às suas reais necessidades, melhorando o ambiente de trabalho e gerando uma maior satisfação."

É previsto que "aos pacientes e comunidade, os benefícios são indiretos", sendo que as pesquisadoras esperam a "melhoria da qualidade assistencial, devido a compreensão de como o Enfermeiro líder poderá agir em prol do comprometimento dos profissionais com a qualidade; os processos de trabalho nos hospitais poderão ser aperfeiçoados, com o desenvolvimento de ações de aprimoramento da gestão voltada ao cuidado de enfermagem de qualidade, o que promoverá a entrega de serviços de maior qualidade à população."

"Para as organizações," as pesquisadoras esperam "compreender o comportamento organizacional em diferentes instituições hospitalares e de que forma impacta no empoderamento estrutural e psicológico. Dessa forma, como benefícios indiretos, a identificação do efeito organizacional sobre o empoderamento, proporcionará dados às organizações que poderão embasar o planejamento de melhorias."

Quanto aos riscos, consta detalhadamente no projeto que a pesquisa "não trará riscos diretos aos participantes, visto que os dados coletados serão de natureza quanti-qualitativa e obtidos mediante um processo de amplo esclarecimento dos objetivos da pesquisa e voluntária

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

8.4 Quais as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa?

Para o desconforto gerado pelo preenchimento do formulário online, o participante poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto.

Caso algum participante demonstre algum dos riscos mencionados, preserva-se o direito deste de se recusar a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, ou ainda recusar-se a continuar preenchendo o formulário. Para minimizar os riscos decorrentes do uso de tecnologias virtuais, os pesquisadores estarão disponíveis nos contatos divulgados para acolher e auxiliar os participantes no caso de dificuldades com o uso da plataforma de coleta de dados.

Não haverá acesso direto aos dados pessoais de identificação, como nome, e-mail, telefone e/ou números de documento do participante, por parte dos pesquisadores, na etapa de coleta de dados virtual, uma vez que, será a instituição coparticipante quem irá enviar o formulário de coleta de dados, não havendo dessa maneira, risco de quebra de confidencialidade dos dados.

Respeitando a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, após o término da coleta de dados virtual, será realizado o download destes dados para um dispositivo eletrônico local apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Em relação à pesquisa documental, há o risco de quebra da confidencialidade de dados, devido ao acesso a documentos institucionais com dados pessoais ou sensíveis, como dados pessoais de funcionários, indicadores de qualidade. Para minimizar tal risco as pesquisadoras acessarão estes documentos somente com prévia autorização e liberação de cada documento pelo responsável da instituição coparticipante, que avaliará cada caso de forma individual.

Será explicado pelas pesquisadoras, previamente ao início da pesquisa documental, que é direito do participante a decisão por não autorizar e liberar acesso a qualquer documento, e também é seu direito retirar seu consentimento de participação da pesquisa, sem que ele tenha qualquer tipo de prejuízo por tal decisão.

As pesquisadoras consultarão esses documentos somente nas dependências internas das instituições, em local reservado, os devolvendo imediatamente à sua origem após findada a coleta dos dados necessários. Não serão realizadas fotos e ou cópias de quaisquer documentos ou parte deles por parte das pesquisadoras.

Caso algum documento com dados pessoais ou sensíveis sejam consultados pelas pesquisadoras,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

estes dados não serão utilizados, e, portanto, não farão parte desta pesquisa.

É possível que o participante experimente algum desconforto durante a pesquisa documental, principalmente relacionado à necessidade de acompanhar o pesquisador, assim como constrangido em responder alguma questão.

Para minimização deste risco durante a pesquisa documental será esclarecido ao participante, antes do início da coleta de dados, que ele poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, sem que tenha qualquer prejuízo devido a tal decisão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa em análise apresenta esmero na sua elaboração e redação, destacando-se a relevância social, o rigor metodológico e o zelo ético, mediante o detalhamento da estrutura das instituições coparticipantes, da caracterização e do plano de recrutamento dos participantes da pesquisa, das fontes de material da pesquisa e dos cuidados éticos inerentes a pesquisas que envolvem seres humanos.

A pesquisa contará com a colaboração de quatro grupos de participantes da pesquisa, sendo critérios de inclusão:

- "1) Grupo 1: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, lotados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa, e que desenvolvam atividades de assistência direta à população em geral;
- 2) Grupo 2: Enfermeiros em cargos de chefia (supervisores, coordenadores, gerentes) das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa;
- 3) Grupo 3: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que realizem atividades de gestão de riscos;
- 4) Grupo 4: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que atuam no setor de qualidade.

Os critérios de exclusão serão: indisponibilidade do profissional por motivos de férias ou afastamento por outros motivos."

O projeto prevê a realização "trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem quanti-qualitativa", desenvolvido nos três hospitais supracitados, "em duas fases de coleta de dados, que ocorrerão de forma concomitante; uma quantitativa, com a aplicação de um formulário único, de forma online, contendo questões de caracterização do participante e os questionários de Comportamento Empoderador do Líder, Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

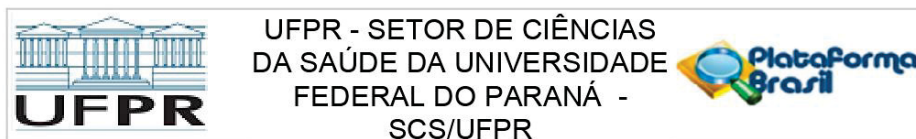
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

8.4 Quais as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa?

Para o desconforto gerado pelo preenchimento do formulário online, o participante poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto.

Caso algum participante demonstre algum dos riscos mencionados, preserva-se o direito deste de se recusar a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, ou ainda recusar-se a continuar preenchendo o formulário. Para minimizar os riscos decorrentes do uso de tecnologias virtuais, os pesquisadores estarão disponíveis nos contatos divulgados para acolher e auxiliar os participantes no caso de dificuldades com o uso da plataforma de coleta de dados.

Não haverá acesso direto aos dados pessoais de identificação, como nome, e-mail, telefone e/ou números de documento do participante, por parte dos pesquisadores, na etapa de coleta de dados virtual, uma vez que, será a instituição coparticipante quem irá enviar o formulário de coleta de dados, não havendo dessa maneira, risco de quebra de confidencialidade dos dados.

Respeitando a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, após o término da coleta de dados virtual, será realizado o download destes dados para um dispositivo eletrônico local apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

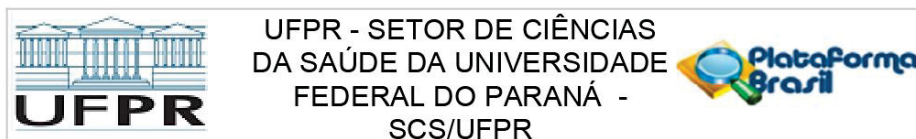
Em relação à pesquisa documental, há o risco de quebra da confidencialidade de dados, devido ao acesso a documentos institucionais com dados pessoais ou sensíveis, como dados pessoais de funcionários, indicadores de qualidade. Para minimizar tal risco as pesquisadoras acessarão estes documentos somente com prévia autorização e liberação de cada documento pelo responsável da instituição coparticipante, que avaliará cada caso de forma individual.

Será explicado pelas pesquisadoras, previamente ao início da pesquisa documental, que é direito do participante a decisão por não autorizar e liberar acesso a qualquer documento, e também é seu direito retirar seu consentimento de participação da pesquisa, sem que ele tenha qualquer tipo de prejuízo por tal decisão.

As pesquisadoras consultarão esses documentos somente nas dependências internas das instituições, em local reservado, os devolvendo imediatamente à sua origem após findada a coleta dos dados necessários. Não serão realizadas fotos e ou cópias de quaisquer documentos ou parte deles por parte das pesquisadoras.

Caso algum documento com dados pessoais ou sensíveis sejam consultados pelas pesquisadoras,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

estes dados não serão utilizados, e, portanto, não farão parte desta pesquisa.

É possível que o participante experimente algum desconforto durante a pesquisa documental, principalmente relacionado à necessidade de acompanhar o pesquisador, assim como constrangido em responder alguma questão.

Para minimização deste risco durante a pesquisa documental será esclarecido ao participante, antes do início da coleta de dados, que ele poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, sem que tenha qualquer prejuízo devido a tal decisão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa em análise apresenta esmero na sua elaboração e redação, destacando-se a relevância social, o rigor metodológico e o zelo ético, mediante o detalhamento da estrutura das instituições coparticipantes, da caracterização e do plano de recrutamento dos participantes da pesquisa, das fontes de material da pesquisa e dos cuidados éticos inerentes a pesquisas que envolvem seres humanos.

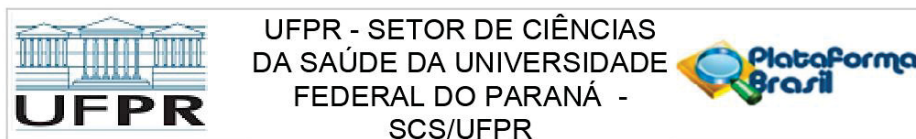
A pesquisa contará com a colaboração de quatro grupos de participantes da pesquisa, sendo critérios de inclusão:

- "1) Grupo 1: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, lotados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa, e que desenvolvem atividades de assistência direta à população em geral;
- 2) Grupo 2: Enfermeiros em cargos de chefia (supervisores, coordenadores, gerentes) das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa;
- 3) Grupo 3: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que realizem atividades de gestão de riscos;
- 4) Grupo 4: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que atuam no setor de qualidade.

Os critérios de exclusão serão: indisponibilidade do profissional por motivos de férias ou afastamento por outros motivos."

O projeto prevê a realização "trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem quanti-qualitativa", desenvolvido nos três hospitais supracitados, "em duas fases de coleta de dados, que ocorrerão de forma concomitante; uma quantitativa, com a aplicação de um formulário único, de forma online, contendo questões de caracterização do participante e os questionários de Comportamento Empoderador do Líder, Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **CEP:** 80.060-240
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

Condições de Eficácia no Trabalho II e Escala de Empoderamento Psicológico aos profissionais de enfermagem; e uma fase qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com os profissionais de enfermagem, e pesquisa documental. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas com o auxílio de um roteiro previamente elaborado, que permitirá melhor exploração das variáveis do estudo. Para a extração dos dados sobre as organizações será utilizado um instrumento previamente elaborado para extração de informações, para avaliar como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas, baseado no referencial teórico da pesquisa, o qual norteará a coleta de dados. As entrevistas serão audiogravadas e transcritas. Os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva, com distribuição da frequência relativa e absoluta de cada resposta em cada questão, e serão representados por meio de gráficos e tabelas; e inferencial para avaliar a relação entre as variáveis por meio da aplicação de testes em pacotes estatísticos. Os dados qualitativos serão analisados com o auxílio da ferramenta MAXQDA."

Mediante a realização do estudo, as pesquisadoras esperam "obter subsídios para compreensão de como o líder pode utilizar o empoderamento estrutural e psicológico para promover o comprometimento organizacional afetivo para a realização do cuidado de qualidade, e como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas, identificando a diferença entre elas, desta forma, obter elementos para o desenvolvimento da liderança empoderadora para fomentar a qualidade em diferentes instituições hospitalares."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Destaca-se que para cada instituição envolvida, além das declarações de anuência à realização da pesquisa e de concordância da coparticipação, foram emitidas declarações de concordância dos serviços envolvidos, solicitação de acesso aos dados de arquivo de documentos institucionais e termo de concordância para manipulação de dados.

Recomendações:

Não há.

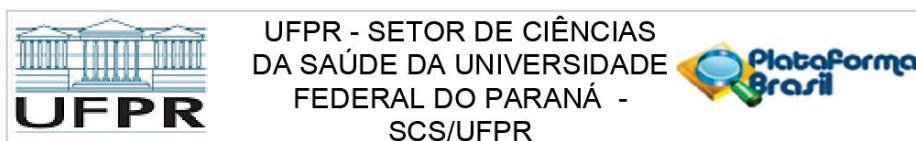
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende os princípios éticos da realização de pesquisas que envolvem seres humanos e, consequentemente, os indicativos de aprovação ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

01 - Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Para o próximo relatório, favor utilizar o modelo atualizado, (abril/22), de relatório parcial.

02 - Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo. Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

03 - Importante:(Caso se aplique): Pendências de Coparticipante devem ser respondidas pelo acesso do Pesquisador principal. Para projetos com coparticipante que também solicitam relatórios semestrais, estes relatórios devem ser enviados por Notificação, pelo login e senha do pesquisador principal no CAAE correspondente a este coparticipante, após o envio do relatório à instituição proponente.

04 – Inserir nos TCLE e TALE o número do CAAE e o número do parecer consubstanciado aprovado, para aplicação dos termos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2092793.pdf	03/05/2023 18:32:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	03/05/2023 18:31:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Termo_de_uso_de_voz.docx	03/05/2023 18:31:01	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante.pdf	02/05/2023 16:28:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	02/05/2023 10:55:09	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_acesso_de_dados.pdf	01/05/2023 17:40:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	01/05/2023 17:39:24	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

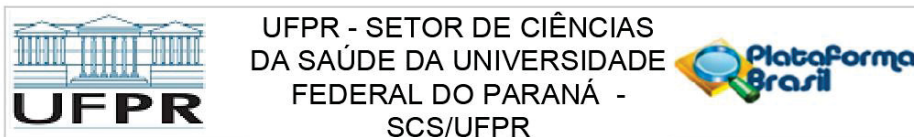
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

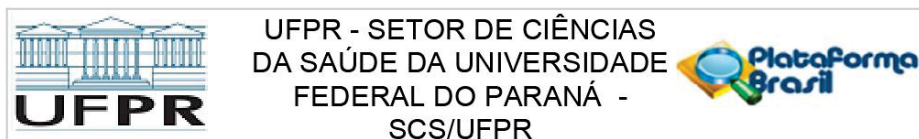
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

Outros	Declaracao_compromisso.pdf	28/04/2023 17:07:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	28/04/2023 16:57:04	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Solicitacao_acesso_dados_██████████	28/04/2023 16:33:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/04/2023 16:26:18	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_manipulacao_dados_██████████.pdf	28/04/2023 16:26:05	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quali_grupos_2_3_e_4.docx	27/04/2023 12:34:06	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quant_grupo_1_e_2.docx	27/04/2023 12:33:56	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Cheklis.pdf	26/04/2023 12:23:42	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos_██████████.pdf	26/04/2023 11:30:17	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_de_coparticipante_██████████.pdf	26/04/2023 11:28:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_acesso_aos_dados_██████████	26/04/2023 11:25:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante_██████████	26/04/2023 11:24:03	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_servicos_envolvidos_██████████elina_caron.pdf	26/04/2023 11:23:35	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_de_cus_██████████	26/04/2023 11:22:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_acesso_aos_dados_gas_██████████	26/04/2023 11:22:26	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_manipulacao_de_dados_██████████	26/04/2023 11:21:52	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_██████████	26/04/2023 11:20:55	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_qua_██████████	26/04/2023 11:20:21	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	26/04/2023 11:16:22	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	26/04/2023 10:49:48	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_██████████.pdf	26/04/2023 10:45:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar**Bairro:** Alto da Glória**CEP:** 80.060-240**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-7259**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.106.195

Outros	Concordancia_ut[REDACTED]	26/04/2023 10:44:45	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_ut[REDACTED]	26/04/2023 10:43:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 07 de Junho de 2023

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL COPORTACIPANTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69322323.2.3001.0096

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.467.793

Apresentação do Projeto:

O Projeto em tela está vinculado a projetos de mestrado e doutorado sob orientação da pesquisadora principal Profa. Dra. Karla Crozeta.

As informações contidas nos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas dos arquivos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2157904.pdf, Extrato_de_ata.pdf, Projeto_detalhado.docx e outros documentos adicionais anexados à PB.

Conforme o documento CARTA_DE_JUSTIFICATIVA.pdf, a Instituição Proponente deste estudo é o Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR, sendo o H [REDACTED] Coparticipante. O Estudo será realizado [REDACTED]

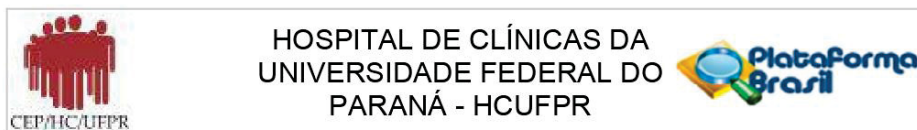
Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem quanti-qualitativa. As proposições do estudo são: 1) o CEL Enfermeiro promove o empoderamento psicológico de seus liderados por meio do empoderamento estrutural; 2) indivíduos com maior empoderamento psicológico são comprometidos afetivamente com organização; 3) indivíduos comprometidos afetivamente com a organização são mais comprometidos com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade; 4) o empoderamento estrutural e psicológico ocorrem de formas distintas em organizações diferentes. Será desenvolvido em três hospitais coparticipantes, em duas fases de coleta de dados;

Endereço:

Bairro:

UF: PR

Telefone:



Continuação do Parecer: 6.467.793

uma quantitativa, com a aplicação de um formulário único, de forma online, composto de questões de caracterização do participante e os questionários de Comportamento Empoderador do Líder, Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo, Condições de Eficácia no Trabalho II e Escala de Empoderamento psicológico aos profissionais de enfermagem, com tempo de preenchimento previsto de 75 minutos, e uma qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com os profissionais de enfermagem, com duração prevista de 60 minutos, e pesquisa documental para extração de informações de documentos institucionais impressos, manuscritos, virtuais, registros audiovisuais e sonoros, imagens, como atas de reunião, protocolos institucionais, manuais, fluxogramas, organograma, mapeamento de processos, relatórios institucionais diversos, planilhas com indicadores, material educativo institucional, para avaliar como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas com o auxílio de um roteiro previamente elaborado, que permitirá melhor exploração das variáveis do estudo. Para a extração dos dados sobre as organizações será utilizado um instrumento previamente elaborado, baseado no referencial teórico da pesquisa, o qual norteará a coleta de dados. As entrevistas serão audiogravadas e transcritas.

Critério de Inclusão:

As unidades de análise serão três instituições hospitalares, uma com atendimento 100% privado (convênios e particular), uma 100% com atendimento SUS, e uma com atendimento misto (convênios, particulares e SUS), que atendessem os seguintes critérios de inclusão: 1) situado em Curitiba/PR e/ou região metropolitana; 2) nível de atendimento hospitalar de alta complexidade; 3) hospital de atendimento geral; 4) possua UTI tipo II e/ou III; 5) possua gestão de riscos; e 6) possuir direção ou coordenação geral de enfermagem. Haverá quatro grupos de população da pesquisa: 1) Grupo 1: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, lotados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa, e que desenvolvam atividades de assistência direta à população em geral; 2) Grupo 2: Enfermeiros em cargos de chefia (supervisores, coordenadores, gerentes) das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa; 3) Grupo 3: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que realizem atividades de gestão de riscos; 4) Grupo 4: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que atuam no setor de qualidade.

Critério de Exclusão:

Como critério de exclusão das unidades de análise, definiu-se: restringir o atendimento a

Endereço:	
Bairro:	
UF: PR	
Telefone:	



Continuação do Parecer: 6.467.793

segmentos específicos da população (como um hospital militar, por exemplo). Os critérios de exclusão de escolha de participantes serão: indisponibilidade do profissional por motivos de férias ou afastamento por outros motivos.

Antes de iniciar a coleta de dados será realizada uma reunião com a gerência de enfermagem de cada local de pesquisa, a fim de determinar quais dias e horários a pesquisadora poderá acessar as dependências de cada instituição, bem como será explicado como a pesquisadora realizará o recrutamento e abordagem dos participantes, assim como realizará a pesquisa documental e se a gerência está de acordo com tal. Neste momento será solicitado à gerência de enfermagem de cada local de pesquisa, que indiquem os profissionais, potenciais informantes, que auxiliarão na pesquisa documental indicando e facilitando o acesso aos documentos institucionais. Esses profissionais farão parte dos grupos 2, 3 e 4 da população de pesquisa. O acesso aos documentos institucionais será possibilitado pelo profissional indicado pela gerência de enfermagem de cada hospital. As pesquisadoras consultarão esses documentos somente nas dependências internas das instituições, os devolvendo imediatamente à sua origem após findada a coleta dos dados necessários. A extração desses dados para avaliação do empoderamento estrutural e psicológico dentro das instituições será realizada utilizando-se um instrumento previamente elaborado, baseado nos referenciais teóricos e no método da pesquisa, que norteará a coleta de dados. Nesse instrumento serão indicadas possíveis fontes de dados que poderão conter os dados a serem coletados conforme sugere Yin (2015). As pesquisadoras realizarão anotações nesse instrumento acerca dos documentos consultados. Os seguintes documentos institucionais poderão ser consultados: impressos, manuscritos, virtuais, registros audiovisuais e sonoros, imagens, como atas de reunião, protocolos institucionais, manuais, fluxogramas, organograma, mapeamento de processos, relatórios institucionais diversos, planilhas com indicadores, material educativo institucional, de qualquer período.

Amostra pretendida: n=749

Grupo 1: n=697 Autoaplicação de formulário online e entrevista individual

Grupo 2: n=21 Autoaplicação de formulário online e entrevista individual, Solicitação de esclarecimentos a respeito de documentos institucionais

Grupo 3 e 4: n=31 Solicitação de esclarecimentos a respeito de documentos institucionais

Centros coparticipantes:



Endereço:	
Bairro:	
UF: PR	
Telefone:	



Continuação do Parecer: 6.467.793

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade em unidade de tratamento intensivo e semi-intensivo.

Objetivo Secundário:

1. Conhecer o comportamento do enfermeiro líder ao empoderar sua equipe.
2. Avaliar a intensidade com que um profissional de enfermagem nutre sentimentos positivos e negativos sobre seu local de trabalho.
3. Analisar o trabalho do profissional de enfermagem com relação às condições de empoderamento estruturais, globais e psicológicas.
4. Avaliar o nível de empoderamento psicológico no ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco decorrente da pesquisa pode ser considerado como o desconforto leve causado pelo preenchimento do formulário online, bem como durante a entrevista ao responder às questões formuladas, além do risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário na autorreflexão ao preencher o formulário de pesquisa, ou então em responder à alguma pergunta durante a entrevista ao recordar de experiências profissionais.

Para o desconforto gerado pelo preenchimento do formulário online, o participante poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto.

Para o desconforto decorrente da autorreflexão, o participante terá canal aberto de diálogo com a equipe de pesquisa, que poderá acolher suas dificuldades. Além disso, para reduzir o desconforto gerado durante as entrevistas será informado de que o respondente pode não se pronunciar sobre o que for perguntado, assim como, a participação dos profissionais será flexível e compatível com o seu horário disponível durante o seu horário de trabalho, em local privativo.

Em função das limitações trazidas pelas tecnologias utilizadas (e-mail, formulários eletrônicos, plataformas virtuais etc.) para o desenvolvimento da pesquisa, poderá ocorrer constrangimento, mediante a dificuldade de uso desses recursos tecnológicos. Para minimizar os riscos decorrentes do uso de tecnologias virtuais, os pesquisadores estarão disponíveis nos contatos divulgados para acolher e auxiliar os participantes no caso de dificuldades com o uso da plataforma de coleta de dados.

Endereço:	
Bairro:	
UF: PR	
Telefone:	



Continuação do Parecer: 6.467.793

Não haverá acesso direto aos dados pessoais de identificação, como nome, e-mail, telefone e/ou números de documento do participante, por parte dos pesquisadores, na etapa de coleta de dados virtual, uma vez que, será a instituição coparticipante quem irá enviar o formulário de coleta de dados, não havendo dessa maneira, risco de quebra de confidencialidade dos dados.

Respeitando a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, após o término da coleta de dados virtual, será realizado o download destes dados para um dispositivo eletrônico local apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Em relação à pesquisa documental, há o risco de quebra da confidencialidade de dados, devido ao acesso a documentos institucionais com dados pessoais ou sensíveis, como dados pessoais de funcionários, indicadores de qualidade. Para minimizar tal risco as pesquisadoras acessarão estes documentos somente com prévia autorização e liberação de cada documento pelo responsável da instituição coparticipante, que avaliará cada caso de forma individual. As pesquisadoras consultarão esses documentos somente nas dependências internas das instituições, em local reservado, os devolvendo imediatamente à sua origem após findada a coleta dos dados necessários. Não serão realizadas fotos e ou cópias de quaisquer documentos ou parte deles por parte das pesquisadoras.

Caso algum documento com dados pessoais ou sensíveis sejam consultados pelas pesquisadoras, estes dados não serão utilizados, e, portanto, não farão parte desta pesquisa.

É possível haver experimente algum desconforto durante a pesquisa documental, referente à necessidade de acompanhar o pesquisador, e constrangimento em responder alguma questão. Será esclarecido ao participante, antes do início da coleta de dados, que ele poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, sem que tenha qualquer prejuízo devido a tal decisão.

Benefícios:

Aos enfermeiros, espera-se obter subsídios que favorecerão o desenvolvimento da liderança, considerando as particularidades de cada organização hospitalar pesquisada. Assim, os benefícios diretos deste projeto a este grupo contribuirá com o desenvolvimento do Enfermeiro como líder com foco na qualidade do cuidado de enfermagem por meio do empoderamento de sua equipe.

Os demais profissionais da equipe de enfermagem também se beneficiarão com os resultados obtidos neste projeto, uma vez que serão fruto de suas opiniões e percepções de sua prática assistencial e ambiente de trabalho, o que poderá levar a proposição de ações voltadas às suas reais necessidades, melhorando o ambiente de trabalho e gerando uma maior satisfação.

Endereço: [REDACTED]
 Bairro: [REDACTED]
 UF: PR [REDACTED]
 Telefone: [REDACTED] pr



Continuação do Parecer: 6.467.793

Aos pacientes e comunidade, os benefícios são indiretos; devido a compreensão de como o Enfermeiro líder poderá agir em prol do comprometimento dos profissionais com a melhoria da qualidade assistencial, os processos de trabalho nos hospitais poderão ser aperfeiçoados, com o desenvolvimento de ações de aprimoramento da gestão voltada ao cuidado de enfermagem de qualidade, o que promoverá a entrega de serviços de maior qualidade à população.

Para as organizações, pretende-se compreender o comportamento organizacional em diferentes instituições hospitalares e de que forma impacta no empoderamento estrutural e psicológico. Dessa forma, como benefícios indiretos, a identificação do efeito organizacional sobre o empoderamento, proporcionará dados às organizações que poderão embasar o planejamento de melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto está bem detalhado e fundamentado. Tem relevância científica e metodologia adequada. As pendências elencadas no parecer anterior foram devidamente atendidas ou justificadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Concordancia_uti_geral_hc_2.pdf e Concordancia_uti_ped_hc_2.pdf com direção invertida

Considerando a possibilidade de erro no sistema, os documentos foram considerados aprovados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do [REDACTED] e acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço:	[REDACTED]
Bairro:	[REDACTED]
UF: PR	[REDACTED]
Telefone:	[REDACTED]

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2157904.pdf	16/10/2023 16:15:10		Aceito
Outros	Resposta_pendencia2.pdf	16/10/2023 16:13:43	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Resposta_pendencia2.docx	16/10/2023 16:13:21	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia[REDACTED].pdf	10/10/2023 15:31:40	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia[REDACTED].pdf	10/10/2023 15:30:47	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_responsavel_institucional[REDACTED].pdf	10/10/2023 15:19:53	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_responsavel_institucional[REDACTED].pdf	10/10/2023 15:18:43	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quantit_grupo_1_e_2.pdf	04/09/2023 13:02:21	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quali_grupos_2_3_e_4.pdf	04/09/2023 13:02:12	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_responsavel_institucional[REDACTED].pdf	04/09/2023 13:02:02	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_responsavel_institucional[REDACTED].docx	04/09/2023 13:01:37	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_instituicao_coparticipante[REDACTED].docx	04/09/2023 13:01:13	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.docx	04/09/2023 13:00:43	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_de_custos[REDACTED].docx	04/09/2023 13:00:19	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_utilizacao[REDACTED].docx	04/09/2023 12:59:51	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia[REDACTED].docx	04/09/2023 12:59:35	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_utilizacao[REDACTED].docx	04/09/2023 12:59:08	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia[REDACTED].docx	04/09/2023 12:58:50	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_qualidade[REDACTED].docx	04/09/2023 12:58:34	Karla Crozeta	Aceito
Outros	CARTA_DE_JUSTIFICATIVA.pdf	04/09/2023 12:58:07	Karla Crozeta	Aceito

Endereço: [REDACTED]
Bairro: [REDACTED]
UF: PR [REDACTED]
Telefone: (41) 3336-1841 Fax: (41) 3336-1841 E-mail: cep@enc.unp.br



Continuação do Parecer: 6.467.793

Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.docx	04/09/2023 12:57:45	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Carta_concordancia_cep.pdf	04/09/2023 12:57:05	Karla Crozeta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	03/05/2023 18:31:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Termo_de_uso_de_voz.docx	03/05/2023 18:31:01	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante.pdf	02/05/2023 16:28:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	02/05/2023 10:55:09	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_acesso_de_dados.pdf	01/05/2023 17:40:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	01/05/2023 17:39:24	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.pdf	28/04/2023 17:07:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	28/04/2023 16:57:04	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Solicitacao_acesso_dados.pdf	28/04/2023 16:33:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_manipulacao_dados.pdf	28/04/2023 16:26:05	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quali_grupos_2_3_e_4.docx	27/04/2023 12:34:06	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quantidade_grupo_1_e_2.docx	27/04/2023 12:33:56	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Cheklis.pdf	26/04/2023 12:23:42	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	26/04/2023 11:30:17	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_de_coparticipante.pdf	26/04/2023 11:28:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_acesso_aos_dados.pdf	26/04/2023 11:25:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante.pdf	26/04/2023 11:24:03	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_servicos_envolvidos.pdf	26/04/2023 11:23:35	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_de_cus.pdf	26/04/2023 11:22:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 6.467.793

Outros	Concordancia_acesso_aos_dados_gas_	26/04/2023 11:22:26	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_manipulacao_de_dados_	26/04/2023 11:21:52	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_	26/04/2023 11:20:55	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_qual	26/04/2023 11:20:21	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	26/04/2023 11:16:22	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	26/04/2023 10:49:48	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_	26/04/2023 10:45:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_ut	26/04/2023 10:44:45	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_	26/04/2023 10:43:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome da Instituição
75.095.679/0002-20	
00.694.303/0001-51	

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Outubro de 2023

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endere	
Bairro:	
UF: PR	
Telefon	

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO HOSPITAL COPORTACIPANTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69322323.2.3003.0096

Instituição Proponente: [REDACTED]

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.224.292

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, que será desenvolvido em duas fases que ocorrerão simultaneamente, uma com abordagem quantitativa e a outra qualitativa, utilizando diferentes fontes de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade em unidade de tratamento intensivo e semi-intensivo. **Objetivos Secundários:** Conhecer o comportamento do enfermeiro líder ao empoderar sua equipe. Avaliar a intensidade com que um profissional de enfermagem nutre sentimentos positivos e negativos sobre seu local de trabalho. Analisar o trabalho do profissional de enfermagem com relação às condições de empoderamento estruturais, globais e psicológicas. Avaliar o nível de empoderamento psicológico no ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco decorrente da pesquisa pode ser considerado como o desconforto leve causado pelo preenchimento do formulário online, bem como durante a entrevista ao responder às questões formuladas, além do risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário na autorreflexão ao preencher o formulário de pesquisa, ou então em responder à alguma pergunta durante a entrevista ao recordar de experiências profissionais. Aos enfermeiros,

Endereço:	[REDACTED]
Bairro:	[REDACTED]
UF: PR	[REDACTED]
Telefone:	[REDACTED]



Continuação do Parecer: 6.224.292

espera-se obter subsídios que favorecerão o desenvolvimento da liderança, considerando as particularidades de cada organização hospitalar pesquisada. Assim, os benefícios diretos deste projeto a este grupo contribuirá com o desenvolvimento do Enfermeiro como líder com foco na qualidade do cuidado de enfermagem por meio do empoderamento de sua equipe. Os demais profissionais da equipe de enfermagem também se beneficiarão com os resultados obtidos neste projeto, uma vez que serão fruto de suas opiniões e percepções de sua prática assistencial e ambiente de trabalho, o que poderá levar a proposição de ações voltadas às suas reais necessidades, melhorando o ambiente de trabalho e gerando uma maior satisfação. Aos pacientes e comunidade, os benefícios são indiretos; devido a compreensão de como o Enfermeiro líder poderá agir em prol do comprometimento dos profissionais com a melhoria da qualidade assistencial, os processos de trabalho nos hospitais poderão ser aperfeiçoados, com o desenvolvimento de ações de aprimoramento da gestão voltada ao cuidado de enfermagem de qualidade, o que promoverá a entrega de serviços de maior qualidade à população. Para as organizações, pretende-se compreender o comportamento organizacional em diferentes instituições hospitalares e de que forma impacta no empoderamento estrutural e psicológico. Dessa forma, como benefícios indiretos, a identificação do efeito organizacional sobre o empoderamento, proporcionará dados às organizações que poderão embasar o planejamento de melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevada importância na área de conhecimento da Enfermagem para que se possa entender o papel do profissional na liderança da equipe e os impactos que poderão trazer para o processo de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do [REDACTED] de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

Endereço:	[REDACTED]
Bairro:	[REDACTED]
UF: PR	[REDACTED]
Telefone:	[REDACTED]



Continuação do Parecer: 6.224.292

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

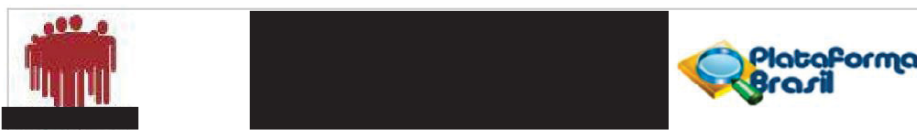
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2157906.pdf	06/07/2023 08:05:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quantit_grupo_1_e_2.pdf	06/07/2023 08:05:40	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quali_grupos_2_3_e_4.pdf	06/07/2023 08:05:32	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_responsavel_institucional_████.pdf	06/07/2023 08:05:20	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_responsavel_institucional_████.docx	06/07/2023 08:05:00	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_instituicao_coparticipante_████.docx	06/07/2023 08:04:34	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.docx	06/07/2023 08:04:04	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_de_custos_████.cx	06/07/2023 08:03:44	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_utilizacao_████.cx	06/07/2023 08:03:20	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_utilizacao_████.cx	06/07/2023 08:02:58	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_utilizacao_████.cx	06/07/2023 08:02:40	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_utilizacao_████.cx	06/07/2023 08:02:11	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Concordancia_qualidade_████.cx	06/07/2023 08:01:48	Karla Crozeta	Aceito
Outros	CARTA_DE_JUSTIFICATIVA.pdf	06/07/2023 08:01:22	Karla Crozeta	Aceito

Endereço:

Bairro:

UF: PR

Telefone:



Continuação do Parecer: 6.224.292

Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.docx	06/07/2023 08:01:02	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Carta_concordancia_de_participante.pdf	06/07/2023 07:59:52	Karla Crozeta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	03/05/2023 18:31:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Termo_de_uso_de_voz.docx	03/05/2023 18:31:01	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante.pdf	02/05/2023 16:28:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	02/05/2023 10:55:09	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_acesso_de_dados.pdf	01/05/2023 17:40:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	01/05/2023 17:39:24	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.pdf	28/04/2023 17:07:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	28/04/2023 16:57:04	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Solicitacao_acesso_dados.pdf	28/04/2023 16:33:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_manipulacao_dados.pdf	28/04/2023 16:26:05	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quali_grupos_2_3_e_4.docx	27/04/2023 12:34:06	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quantitativo_grupo_1_e_2.docx	27/04/2023 12:33:56	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Checlist.pdf	26/04/2023 12:23:42	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	26/04/2023 11:30:17	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_de_coparticipante.pdf	26/04/2023 11:28:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_acesso_aos_dados.pdf	26/04/2023 11:25:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante.pdf	26/04/2023 11:24:03	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_servicos_envolvidos.pdf	26/04/2023 11:23:35	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_de_custos_hc.pdf	26/04/2023 11:22:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Endereço:

Bairro:

UF: PR

Telefone:



Continuação do Parecer: 6.224.292

Outros	Concordancia_acesso_aos_dados_gas_	26/04/2023 11:22:26	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_manipulacao_de_dados_	26/04/2023 11:21:52	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_u	26/04/2023 11:20:55	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_qualidad	26/04/2023 11:20:21	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	26/04/2023 11:16:22	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	26/04/2023 10:49:48	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia	26/04/2023 10:45:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia	26/04/2023 10:44:45	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_u	26/04/2023 10:43:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome da Instituição
75.095.679/0002-20	
00.694.303/0001-51	

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 07 de Agosto de 2023

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço	
Bairro:	
UF: PR	
Telefone	

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO HOSPITAL COPORTACIPANTE

	
--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO E A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO: UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69322323.2.3002.5226

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.163.221

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Introdução: a qualidade do cuidado é uma das metas a serem alcançadas pelas organizações de saúde e requer o engajamento dos profissionais, o que gera a necessidade de mudança de comportamento para o alcançá-la. Nesse contexto, o líder se destaca como elo entre profissionais e a gestão, e, por meio do seu comportamento empoderador, tem potencial de influenciar pessoas e estimular o engajamento e o comprometimento para uma assistência à saúde de qualidade. Nesta direção, esta pesquisa utilizará como referencial teórico o empoderamento estrutural e psicológico. **Objetivo:** compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade em unidade de tratamento intensivo e semi-intensivo. **Metodologia:** trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem quanti-qualitativa. Será desenvolvido em três hospitais, em duas fases de coleta de dados, que ocorrerão de forma concomitante; uma quantitativa, com a aplicação de um formulário único, de forma online, contendo questões de caracterização do participante e os questionários de Comportamento Empoderador do Líder, Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo, Condições de Eficácia no Trabalho II e Escala de Empoderamento Psicológico aos profissionais de enfermagem; e uma fase qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com os profissionais de enfermagem, e pesquisa documental. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas com o auxílio de um roteiro previamente elaborado, que

Endereço:			
Bairro:		CEP:	
UF: PR	Município:		
Telefone:		Fax:	E-mail:



Continuação do Parecer: 6.163.221

permitirá melhor exploração das variáveis do estudo. Para a extração dos dados sobre as organizações será utilizado um instrumento previamente elaborado para extração de informações, para avaliar como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas, baseado no referencial teórico da pesquisa, o qual norteará a coleta de dados. As entrevistas serão audiogravadas e transcritas. Os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva, com distribuição da frequência relativa e absoluta de cada resposta em cada questão, e serão representados por meio de gráficos e tabelas; e inferencial para avaliar a relação entre as variáveis por meio da aplicação de testes em pacotes estatísticos. Os dados qualitativos serão analisados com o auxílio da ferramenta MAXQDA. Resultados esperados: obter subsídios para compreensão de como o líder pode utilizar o empoderamento estrutural e psicológico para promover o comprometimento organizacional afetivo para a realização do cuidado de qualidade, e como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas, identificando a diferença entre elas, desta forma, obter elementos para o desenvolvimento da liderança empoderadora para fomentar a qualidade em diferentes instituições hospitalares

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, que será desenvolvido em duas fases que ocorrerão simultaneamente, uma com abordagem quantitativa e a outra qualitativa, utilizando diferentes fontes de dados. A primeira fase terá por finalidade aplicar os questionários Comportamento Empoderador do Líder (CEL) versão adaptada, Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECOAF), Condições de Eficácia no Trabalho II (CET II) e Escala de Empoderamento Psicológico (EEP); e a segunda compreender como o enfermeiro líder pode usar o empoderamento estrutural e psicológico para desenvolver o COA dos profissionais de enfermagem para a realização do cuidado de qualidade e avaliar como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas. Segundo Yin (2015) o estudo de caso busca compreender profundamente um fenômeno contemporâneo em profundidade, de forma empírica, em seu contexto real, sendo um método que abrange desde o planejamento de projeto de pesquisa, com a definição de seus componentes, até as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para análise de dados.

O estudo de casos múltiplos envolve mais do que um caso a ser pesquisado, proporcionando, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto. (YIN, 2015). Sua estrutura inicia com o desenvolvimento da teoria acerca do que está sendo estudado (YIN, 2015), portanto refere-se à

Endereço:	
Bairro:	
UF:	PR
Telefone:	



Continuação do Parecer: 6.163.221

elaboração da revisão de literatura e referencial metodológico. A seguir, desenvolve-se um projeto de pesquisa que “vincula os dados a serem coletados às questões iniciais do estudo”. (YIN, 2015, p. 28). Esta pesquisa tem como questão norteadora “como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva? As proposições do estudo são quatro: 1) o CEL Enfermeiro promove o empoderamento psicológico de seus liderados por meio do empoderamento estrutural; 2) indivíduos com maior empoderamento psicológico são comprometidos afetivamente com organização; 3) indivíduos comprometidos afetivamente com a organização são mais comprometidos com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade; 4) o empoderamento estrutural e psicológico ocorrem de formas distintas em organizações diferentes. As unidades de análise serão as organizações, pois a liderança, COA, e empoderamento estão vinculados ao comportamento organizacional, sendo que cada contexto possui suas particularidades, comporta-se de forma diferente, e influenciarão, portanto, nos resultados que serão obtidos nessa pesquisa. Buscou-se incluir como unidades de análise três instituições hospitalares, uma com atendimento 100% privado (convênios e particular), uma 100% com atendimento SUS, e uma com atendimento misto (convênios, particulares e SUS), que atendessem os seguintes critérios de inclusão: 1) situado em Curitiba/PR e/ou região metropolitana; 2) nível de atendimento hospitalar de alta complexidade; 3) hospital de atendimento geral; 4) possua UTI tipo II e/ou III; 5) possua gestão de riscos; e 6) possuir direção ou coordenação geral de enfermagem. Como critério de exclusão definiu-se: restringir o atendimento a segmentos específicos da população (como um hospital militar, por exemplo).

Critério de Inclusão:

As unidades de análise serão três instituições hospitalares, uma com atendimento 100% privado (convênios e particular), uma 100% com atendimento SUS, e uma com atendimento misto (convênios, particulares e SUS), que atendessem os seguintes critérios de inclusão: 1) situado em Curitiba/PR e/ou região metropolitana;

2) nível de atendimento hospitalar de alta complexidade;

3) hospital de atendimento geral;

4) possua UTI tipo II e/ou III;

5) possua gestão de riscos;

6) possuir direção ou coordenação geral de enfermagem. Haverá quatro grupos de população da pesquisa: 1) Grupo 1: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais

Endereço:

Bairro:

UF: PR

Telefone:

(41) 3093-0100

Fax: (41) 3093-0100

E-mail: cepnac@hospitalcaron.org.br



Continuação do Parecer: 6.163.221

coparticipantes da pesquisa, lotados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa, e que desenvolvam atividades de assistência direta à população em geral;

2) Grupo 2: Enfermeiros em cargos de chefia (supervisores, coordenadores, gerentes) das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva dos hospitais coparticipantes da pesquisa;

3) Grupo 3: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que realizem atividades de gestão de riscos;

4) Grupo 4: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos hospitais coparticipantes da pesquisa, que atuam no setor de qualidade.

Critério de Exclusão:

Como critério de exclusão das unidades de análise, definiu-se: restringir o atendimento a segmentos específicos da população (como um hospital militar, por exemplo).

Os critérios de exclusão de escolha de participantes serão: indisponibilidade do profissional por motivos de férias ou afastamento por outros motivos.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados quantitativos serão organizados em planilhas no software Microsoft Excel por dupla digitação, realizada por dois pesquisadores, de forma independente, para minimização de erros. A identidade dos participantes será respeitada, em todas as fases da pesquisa, de forma que cada um receberá um código composto por uma letra seguida de um número, para a fase quantitativa serão identificados da seguinte forma: e=enfermeiro;

t=técnico de enfermagem; e na fase qualitativa: E=enfermeiro; T=técnico de enfermagem. As instituições também terão a identidade preservada, recebendo cada uma o código "H" seguido de um número (H1, H2 e H3).

Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva, com distribuição da frequência relativa e absoluta de cada resposta em cada questão para verificar tendências e distribuições, e inferencial para avaliar a relação entre as variáveis por meio da aplicação de testes em pacotes estatísticos. Para esta etapa, a pesquisadora contará com auxílio de um profissional de estatística.

Os dados qualitativos serão analisados com o auxílio do software MAXQDA, no qual serão as falas dos participantes durante as entrevistas serão transcritas pela pesquisadora.

Para análise dos dados qualitativos será utilizado o referencial de análise de conteúdo proposto por Graneheim e Lundman (2004).

Endereço:			
Bairro:			
UF: PR			
Telefone:	(41) 3093-0100	Fax: (41) 3093-0100	E-mail: cepnac@hospitalcaron.org.br



Continuação do Parecer: 6.163.221

A análise qualitativa segundo Graneheim e Lundman (2004) abrange vários procedimentos, que permitem a organização dos dados qualitativos gerando os resultados da pesquisa. Os procedimentos são: unidade de análise, unidade de significado, condensação, abstração, código, categoria e tema.

O conteúdo manifesto descreve os componentes visíveis, óbvios que aparecem nos textos, ou seja, uma análise mais próxima do texto, gerando descrições e interpretações mais concretas. Já o conteúdo latente envolve uma interpretação do significado subjacente ao texto, gerando distância do texto levando à descrições e interpretações mais abstratas. (GRANEHEIM; LINDGRENA; LUNDMAN, 2017). (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

Esses procedimentos serão detalhados com a descrição de como serão utilizados nesta pesquisa.

As unidades de análise são entrevistas inteiras, ou protocolos observacionais que sejam grandes o suficiente para serem considerados um todo. (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004). Nesta pesquisa as unidades de análise serão todos os textos transcritos das entrevistas e das anotações realizadas durante a pesquisa documental e observação não participante.

As unidades de análise serão lidas várias vezes para obter-se o sentido do todo. Após a leitura e releituras das unidades de análise, a pesquisadora dividirá os textos em unidades de significado, que são palavras, frases ou parágrafos que possuem relação por meio de seu conteúdo e contexto. (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

As unidades de significado passaram pelo processo de condensação, sofrendo um encurtamento, porém preservando seu núcleo. O texto condensado sofrerá abstração, por meio da interpretação do conteúdo latente (GRANEHEIM; LINDGRENA; LUNDMAN, 2017), buscando relações com o referencial teórico utilizado nesta pesquisa.

A abstração possibilitará determinar códigos, definidos como rótulos de uma unidade. Os códigos serão comparados com base em diferença e semelhanças e classificados em subcategorias e categorias, que são grupos de conteúdo que compartilham algo em comum, sendo exaustivas e mutuamente exclusivas, de forma que um código não poderá pertencer à mais de uma subcategoria ou categoria. As subcategorias e categorias descrevem o conteúdo manifesto. (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

As categorias serão revisadas e discutidas por pesquisadores diferentes, e então, sofrerão um processo/+ de reflexão e discussão, levando a um acordo para reordenar os códigos. Após isso os pesquisadores organizarão as categorias em temas, em um nível interpretativo, expressando o conteúdo latente. Uma categoria poderá caber em mais de um tema. (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

Endereço:
Bairro: J
UF: PR
Telefone:



Continuação do Parecer: 6.163.221

Desfecho Primário:

Espera-se identificar as relações entre CEL, COA, e como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de qualidade, bem como ocorrem o empoderamento estrutural e psicológico nas organizações hospitalares pesquisadas, identificando a diferença entre elas. A compreensão de como o comportamento do líder afeta o comportamento de seus liderados poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento da liderança eficaz para o cuidado de enfermagem de qualidade em instituições hospitalares diferentes.

Além disso, identificar a diferença de como se dão as estruturas do empoderamento estrutural e as cognições do empoderamento psicológico auxiliará na proposição de ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem, uma vez que considerará a particularidade organizacional da instituição, e ainda ajudará a gerar o comprometimento dos funcionários com o comportamento desejável para a qualidade de cuidado.

Tamanho da Amostra no Brasil: 749

Data do Primeiro Recrutamento: 07/08/2023

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como o enfermeiro líder empodera seus liderados para comprometerem-se com a realização do cuidado de enfermagem de qualidade em unidade de tratamento intensivo e semi-intensivo.

Objetivo Secundário:

1. Conhecer o comportamento do enfermeiro líder ao empoderar sua equipe.
2. Avaliar a intensidade com que um profissional de enfermagem nutre sentimentos positivos e negativos sobre seu local de trabalho.
3. Analisar o trabalho do profissional de enfermagem com relação às condições de empoderamento estruturais, globais e psicológicas.
4. Avaliar o nível de empoderamento psicológico no ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço:	
Bairro:	
UF: PR	
Telefone:	



Continuação do Parecer: 6.163.221

O risco decorrente da pesquisa pode ser considerado como o desconforto leve causado pelo preenchimento do formulário online, bem como durante a entrevista ao responder às questões formuladas, além do risco remoto de que alguma questão cause constrangimento ao participante voluntário na autorreflexão ao preencher o formulário de pesquisa, ou então em responder à alguma pergunta durante a entrevista ao recordar de experiências profissionais.

Para o desconforto gerado pelo preenchimento do formulário online, o participante poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto.

Para o desconforto decorrente da autorreflexão, o participante terá canal aberto de diálogo com a equipe de pesquisa, que poderá acolher suas dificuldades. Além disso, para reduzir o desconforto gerado durante as entrevistas será informado de que o respondente pode não se pronunciar sobre o que for perguntado, assim como, a participação dos profissionais será flexível e compatível com o seu horário disponível durante o seu horário de trabalho, em local privativo.

Em função das limitações trazidas pelas tecnologias utilizadas (e-mail, formulários eletrônicos, plataformas virtuais etc.) para o desenvolvimento da pesquisa, poderá ocorrer constrangimento, mediante a dificuldade de uso desses recursos tecnológicos. Para minimizar os riscos decorrentes do uso de tecnologias virtuais, os pesquisadores estarão disponíveis nos contatos divulgados para acolher e auxiliar os participantes no caso de dificuldades com o uso da plataforma de coleta de dados.

Não haverá acesso direto aos dados pessoais de identificação, como nome, e-mail, telefone e/ou números de documento do participante, por parte dos pesquisadores, na etapa de coleta de dados virtual, uma vez que, será a instituição coparticipante quem irá enviar o formulário de coleta de dados, não havendo dessa maneira, risco de quebra de confidencialidade dos dados.

Respeitando a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, após o término da coleta de dados virtual, será realizado o download destes dados para um dispositivo eletrônico local apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Em relação à pesquisa documental, há o risco de quebra da confidencialidade de dados, devido ao acesso a documentos institucionais com dados pessoais ou sensíveis, como dados pessoais de funcionários, indicadores de qualidade. Para minimizar tal risco as pesquisadoras acessarão estes documentos somente com prévia autorização e liberação de cada documento pelo responsável da instituição coparticipante, que avaliará cada caso de forma individual. As pesquisadoras consultarão esses documentos somente nas dependências internas das instituições, em local reservado, os devolvendo imediatamente à sua origem após findada a coleta dos dados

Endere
Bairro:
UF: PR
Telefon



Continuação do Parecer: 6.163.221

necessários. Não serão realizadas fotos e ou cópias de quaisquer documentos ou parte deles por parte das pesquisadoras.

Caso algum documento com dados pessoais ou sensíveis sejam consultados pelas pesquisadoras, estes dados não serão utilizados, e, portanto, não farão parte desta pesquisa.

É possível haver experimente algum desconforto durante a pesquisa documental, referente à necessidade de acompanhar o pesquisador, e constrangimento em responder alguma questão. Será esclarecido ao participante, antes do início da coleta de dados, que ele poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder à questão que lhe causar desconforto, sem que tenha qualquer prejuízo devido a tal decisão.

Benefícios:

Aos enfermeiros, espera-se obter subsídios que favorecerão o desenvolvimento da liderança, considerando as particularidades de cada organização hospitalar pesquisada. Assim, os benefícios diretos deste projeto a este grupo contribuirá com o desenvolvimento do Enfermeiro como líder com foco na qualidade do cuidado de enfermagem por meio do empoderamento de sua equipe.

Os demais profissionais da equipe de enfermagem também se beneficiarão com os resultados obtidos neste projeto, uma vez que serão fruto de suas opiniões e percepções de sua prática assistencial e ambiente de trabalho, o que poderá levar a proposição de ações voltadas às suas reais necessidades, melhorando o ambiente de trabalho e gerando uma maior satisfação.

Aos pacientes e comunidade, os benefícios são indiretos; devido a compreensão de como o Enfermeiro líder poderá agir em prol do comprometimento dos profissionais com a melhoria da qualidade assistencial, os processos de trabalho nos hospitais poderão ser aperfeiçoados, com o desenvolvimento de ações de aprimoramento da gestão voltada ao cuidado de enfermagem de qualidade, o que promoverá a entrega de serviços de maior qualidade à população.

Para as organizações, pretende-se compreender o comportamento organizacional em diferentes instituições hospitalares e de que forma impacta no empoderamento estrutural e psicológico. Dessa forma, como benefícios indiretos, a identificação do efeito organizacional sobre o empoderamento, proporcionará dados às organizações que poderão embasar o planejamento de melhorias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto de Pesquisa sendo apresentado ao C [REDACTED] na data de 27/04/2023;

O Projeto é bem elaborado possui estrutura coerente, tem embasamento teórico, é relevante para

Endereço:	[REDACTED]
Bairro:	Ja [REDACTED]
UF:	PR
Telefone:	[REDACTED]



Continuação do Parecer: 6.163.221

ambos, tanto para os profissionais envolvidos, quanto para os pacientes que receberão os cuidados dos profissionais e também para um planejamento de melhorias dos setores onde este profissional atua. O TCLE foi apresentado de forma clara e esclarecedora para o participante pesquisado e se encontra de acordo com as orientações da resolução do CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A estrutura do Projeto é adequada a Resolução CNS 466/12, contém todos os documentos exigidos, a organização dos documentos é adequada em sua sequência e apresentação ao que se propõe.

Recomendações:

Não há impedimentos éticos no presente estudo.

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatório sobre a pesquisa desenvolvida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Angelina Caron – CEP [REDACTED] de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa, nos termos em que está proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	03/05/2023 18:31:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Termo_de_uso_de_voz.docx	03/05/2023 18:31:01	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_cop [REDACTED]	02/05/2023 16:28:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_d [REDACTED]	02/05/2023 10:55:09	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_acesso_de_dados [REDACTED]	01/05/2023 17:40:28	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Endere: [REDACTED]
 Bairro: [REDACTED]
 UF: PR [REDACTED]
 Telefon: [REDACTED]



Continuação do Parecer: 6.163.221

Outros	Termo_de_concordancia_de_manipulacao_de_dados.pdf	01/05/2023 17:39:24	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_compromisso.pdf	28/04/2023 17:07:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	28/04/2023 16:57:04	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Solicitacao_acesso_dados.pdf	28/04/2023 16:33:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Termo_concordancia_manipulacao_dados.pdf	28/04/2023 16:26:05	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quali_grupos_2_3_e_4.docx	27/04/2023 12:34:06	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_adulto_etapa_quant_grupo_1_e_2.docx	27/04/2023 12:33:56	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Cheklis.pdf	26/04/2023 12:23:42	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	26/04/2023 11:30:17	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_de_coparticipante.pdf	26/04/2023 11:28:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_acesso_aos_dados.pdf	26/04/2023 11:25:10	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_coparticipante_engenharia.pdf	26/04/2023 11:24:03	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_servicos_envolvidos.pdf	26/04/2023 11:23:35	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_ausencia_de_custo.pdf	26/04/2023 11:22:59	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_acesso_aos_dados_gas.pdf	26/04/2023 11:22:26	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_manipulacao_de_dados.pdf	26/04/2023 11:21:52	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia.pdf	26/04/2023 11:20:55	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia_qualificacao.pdf	26/04/2023 11:20:21	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	26/04/2023 11:16:22	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Extrato_de_ata.pdf	26/04/2023 10:49:48	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia.pdf	26/04/2023 10:45:29	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordancia.pdf	26/04/2023	CAROLINA POITE	Aceito

Endereço: [REDACTED]
 Bairro: [REDACTED]
 UF: PR
 Telefone: [REDACTED]



Continuação do Parecer: 6.163.221

Outros	Concordância		10:44:45	DE SIQUEIRA	Aceito
Outros	Concordância		26/04/2023 10:43:33	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

, 05 de Julho de 2023

Assinado por:
Fátima dos Santos de Bittencourt
(Coordenador(a))

Endereço:	
Bairro:	
UF: PR	
Telefone:	

ANEXO E - ESCALA CEL

Por favor, leia as seguintes informações e circule sua resposta utilizando uma escala de 1 a 7 pontos.

1. Eu ajudo minha equipe a compreender como o seu trabalho se encaixa no todo.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

2. Eu ajudo minha equipe a compreender como as metas e os objetivos do departamento se associam com os de toda a instituição.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

3. Eu ajudo os membros da minha equipe a perceber que eles são parte de um grande time.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

4. Eu ajudo minha equipe a compreender o propósito do que eles fazem no trabalho.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

5. Eu ajudo minha equipe a acreditar que seu trabalho pode fazer diferença nesta instituição.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

6. Eu ofereço muitas oportunidades para que minha equipe expresse suas opiniões.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

7. Eu frequentemente consulto minha equipe sobre questões pertinentes ao trabalho.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

8. Eu encorajo minha equipe a tomar a iniciativa de expressar opiniões relacionadas ao trabalho.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo
6. concordo parcialmente
7. concordo fortemente

9. Eu tomo decisões conjuntamente com minha equipe.

1. discordo fortemente
2. discordo parcialmente
3. discordo
4. não concordo, nem discordo
5. concordo

- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

10. Eu sempre demonstro confiança na habilidade da minha equipe de realizar um bom trabalho.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

11. Eu acredito que minha equipe é capaz de lidar com tarefas desafiante.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

12. Eu me concentro no sucesso da minha equipe em vez de me concentrar em suas falhas.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

13. Eu acredito na habilidade da minha equipe para aprender mesmo quando cometem erros.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

14. Eu ofereço oportunidades de treinamento à minha equipe para que eles possam executar seu trabalho eficientemente.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo

- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

15. Eu sempre me certifico de que a minha equipe disponha dos recursos necessários para um desempenho eficiente.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

16. Eu ajudo minha equipe a acreditar que seu trabalho pode fazer diferença nesta instituição.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

17. Eu reconheço o bom trabalho da minha equipe usando-o como exemplo para os outros.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

18. Eu ajudo minha equipe a superar os obstáculos na realização de seu trabalho.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

19. Eu ajudo minha equipe a identificar o que eles precisam para atingir suas metas de trabalho.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo

- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

20. Eu ajudo minha equipe a desenvolver boas relações de trabalho com as pessoas que podem afetar o seu desempenho.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo

- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

21. Para tornar minha equipe mais eficiente em seu trabalho, eu mantenho regras e regulamentos simples.

- 1. discordo fortemente
- 2. discordo parcialmente
- 3. discordo
- 4. não concordo, nem discordo
- 5. concordo
- 6. concordo parcialmente
- 7. concordo fortemente

ANEXO F - ESCALA DE COA

Abaixo estão listados vários sentimentos que alguém poderia ter em relação à empresa onde trabalha. **Gostaríamos de saber o quanto você sente estes sentimentos.** Dê suas respostas anotando, nos parênteses que antecedem cada frase, aquele número (de 1 a 5) que melhor representa sua resposta.

1= Nada

2= Pouco

3= Mais ou menos

4= Muito

5= Extremamente

A empresa onde trabalho faz-me sentir...

() Confiante nela.

() Desgostoso com ela.

() Empolgado com ela.

() Fiel a ela.

() Apegado a ela.

() Orgulhoso dela.

() Contente com ela.

() Responsável por ela.

() Distante dela.

() Dedicado a ela.

() Entusiasmado com ela.

() Preocupado com ela.

() Encantado com ela.

() Desiludido com ela.

() Envolvido com ela.

() Fascinado por ela.

() Interessado por ela.

() Animado com ela

ANEXO G - QUESTIONÁRIO CONDIÇÕES DE EFICÁCIA NO TRABALHO II – CET II

AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES REFEREM-SE À PERCEÇÃO DOS INDIVÍDUOS RELATIVAMENTE AO EMPODERAMENTO. POR FAVOR COLOQUE UM CÍRCULO EM VOLTA DO NÚMERO QUE, NA SUA OPINIÃO, MELHOR TRADUZ O SEU SENTIMENTO EM RELAÇÃO A CADA UMA DAS QUESTÕES.						
1. QUANTO DE OPORTUNIDADE VOCÊ TEM EM SEU TRABALHO?		Nenhuma	Alguma		Muita	
1.1	O trabalho desafiador	1	2	3	4	5
1.2	Oportunidade de obter novas habilidades e conhecimentos	1	2	3	4	5
1.3	Tarefas que requerem todas as minhas habilidades e conhecimentos	1	2	3	4	5
2. QUANTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO VOCÊ TEM EM SEU TRABALHO?		Nenhuma	Alguma		Muita	
2.1	Sobre a condição atual do hospital	1	2	3	4	5
2.2	Sobre os valores da administração do hospital	1	2	3	4	5
2.3	Os objetivos da administração do hospital	1	2	3	4	5
3. QUANTO DE SUPORTE VOCÊ TEM EM SEU TRABALHO?		Nenhuma	Alguma		Muita	
3.1	Comentários específicos sobre o que você faz bem	1	2	3	4	5
3.2	Comentários específicos sobre o que você poderia melhorar	1	2	3	4	5
3.3	Dicas uteis ou conselhos para resolução de problemas	1	2	3	4	5
4. QUANTO DE ACESSO A RECURSOS VOCÊ TEM EM SEU TRABALHO?		Nenhuma	Alguma		Muita	
4.1	Tempo disponível para realizar o trabalho burocrático	1	2	3	4	5
4.2	Tempo disponível para cumprir as exigências do trabalho	1	2	3	4	5
4.3	Obtenção de ajuda temporária quando necessário	1	2	3	4	5
5. EM MEU TRABALHO:		Nenhuma	Alguma		Muita	
5.1	As recompensas por inovação no trabalho são:	1	2	3	4	5
5.2	A flexibilidade em meu trabalho é:	1	2	3	4	5
5.3	A visibilidade das minhas atividades no trabalho dentro da instituição é:	1	2	3	4	5
6. HÁ OPORTUNIDADES PARA VOCÊ REALIZAR ESTAS ATIVIDADES EM SEU TRABALHO?		Nenhuma	Alguma		Muita	
6.1	Participar com médicos no cuidado ao paciente	1	2	3	4	5
6.2	Ser procurado por seus pares para auxiliar a resolver problemas	1	2	3	4	5
6.3	Ser procurado por administradores para auxiliar nos problemas	1	2	3	4	5
7. EMPODERAMENTO GLOBAL:		Nenhuma	Alguma		Muita	
7.1	Em geral, o ambiente de trabalho me empodera para realizar meu trabalho de forma eficaz	1	2	3	4	5
7.2	Em geral, considero meu local de trabalho um ambiente de empoderamento	1	2	3	4	5

ANEXO H - ESCALA DE EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO

Segue abaixo, algumas afirmações que podem estar relacionadas ao seu papel no trabalho. Utilizando a escala a seguir e de acordo com a sua autopercepção, por favor, indique, circulando a letra da alternativa, sobre o quanto você concorda ou discorda com cada uma dessas afirmações.

1. Eu estou confiante quanto à minha capacidade de fazer meu trabalho.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

2. O trabalho que eu faço é importante para mim.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

3. Eu tenho significativa autonomia em decidir como faço o meu trabalho.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

4. O impacto que eu exerço sobre o que acontece no meu setor é relevante.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

5. Minhas atividades de trabalho são particularmente gratificantes para mim.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

6. Eu tenho grande controle sobre o que acontece no meu setor.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

7. Eu posso tomar as minhas próprias decisões de como fazer o meu trabalho.

a. Discordo Totalmente	e. Concordo
b. Discordo Parcialmente	f. Concordo Parcialmente
c. Discordo	g. Concordo Totalmente
d. Nem concordo, nem discordo	

8. Eu tenho considerável oportunidade para fazer meu trabalho com independência e liberdade.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| a. Discordo Totalmente | e. Concordo |
| b. Discordo Parcialmente | f. Concordo Parcialmente |
| c. Discordo | g. Concordo Totalmente |
| d. Nem concordo, nem discordo | |

9. Eu tenho domínio das habilidades necessárias para o meu trabalho.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| a. Discordo Totalmente | e. Concordo |
| b. Discordo Parcialmente | f. Concordo Parcialmente |
| c. Discordo | g. Concordo Totalmente |
| d. Nem concordo, nem discordo | |

10. O trabalho que faço é significativo para mim.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| a. Discordo Totalmente | e. Concordo |
| b. Discordo Parcialmente | f. Concordo Parcialmente |
| c. Discordo | g. Concordo Totalmente |
| d. Nem concordo, nem discordo | |

11. Eu exerço significativa influência sobre o que acontece em meu setor.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| a. Discordo Totalmente | e. Concordo |
| b. Discordo Parcialmente | f. Concordo Parcialmente |
| c. Discordo | g. Concordo Totalmente |
| d. Nem concordo, nem discordo | |

12. Eu estou seguro quanto à minha capacidade para realizar minhas atividades de trabalho.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| a. Discordo Totalmente | e. Concordo |
| b. Discordo Parcialmente | f. Concordo Parcialmente |
| c. Discordo | g. Concordo Totalmente |
| d. Nem concordo, nem discordo | |