



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos  
comportamentos de Mobilização de profissionais de  
saúde e na percepção dos Eventos Adversos  
Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão  
sistemática da literatura**

Ana Lau Gouveia (e-mail: [ana.lau.gouveia@gmail.com](mailto:ana.lau.gouveia@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações e do  
Trabalho sob a orientação da Professora Doutora Carla Maria Santos  
de Carvalho

**Efeitos do *Empowerment Estrutural* nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura** <sup>1</sup>

Resumo

A presente revisão sistemática de literatura (RSL) tem por objectivo analisar, relacionar, resumir e interpretar, de forma sistemática e criteriosa, os resultados de um conjunto vasto de investigações e publicações, que no caso da presente investigação, se centram nas temáticas do *empowerment* estrutural, dos *eventos adversos* e dos *comportamentos de mobilização* de profissionais de saúde. Dito de outra forma, recorrendo à RSL, pretendemos elencar uma série de conclusões e considerações relevantes e pertinentes para uma melhor gestão, planeamento e intervenção no ambiente de trabalho dos referidos profissionais, bem como contribuir para o campo de conhecimento científico neste domínio da investigação.

Para seleccionar os artigos considerados neste estudo, foram definidas etapas e considerados uma série de critérios de inclusão e exclusão de publicações, bem como palavras-chave, os quais nos guiaram na realização das pesquisas efectuadas em diversas bases de dados (como a Scirus, a B-on, a Pub-med e a ProQuest, tendo incluindo artigos desde 1996 até 2012 e não se limitando ao idioma português) e na selecção e análise dos estudos.

Os resultados encontrados revelaram que existe um elevado número de publicações sobre os temas em questão, sendo na sua maioria estudos empíricos. Estes proporcionaram-nos reflexões interessantes e revelaram conclusões e pistas para investigações futuras muito pertinentes e fulcrais para a intervenção neste domínio. Contudo, não foi encontrado nenhum artigo que relacionasse concretamente as variáveis consideradas em simultâneo no nosso estudo: *empowerment* estrutural, *comportamentos de mobilização* e *eventos adversos*.

Alguns artigos sugerem que o *empowerment* tem um impacto positivo na segurança dos pacientes, o que se traduz na diminuição da ocorrência de eventos adversos. Outros artigos defendem que o *empowerment* influencia de forma positiva a adopção de comportamentos de mobilização dos profissionais de saúde na organização.

Palavras-chave: Revisão Sistemática de Literatura, *Empowerment*<sup>2</sup>, *Empowerment* Estrutural, Eventos Adversos, Comportamentos de Mobilização, Profissionais de Saúde

---

<sup>1</sup> A presente Dissertação de Mestrado segue o Antigo Acordo Ortográfico

<sup>2</sup> Como não existe um consenso sobre a tradução para português da palavra “empowerment” e para não suscitar nenhum tipo de interpretação dual, será sempre utilizado o termo (e palavras relacionadas) em inglês.

**Effects of Structural Empowerment on Mobilization Behaviors of healthcare professionals and on the perception of Adverse Events Related with Patients Care of healthcare professionals: a systematic review**

**Abstract**

This systematic review (SR) aims to to analyze, relate, summarize and interpret, in a systematic and rigorous way, the results of a wide range of research and publications, which in the case of this research focus on structural empowerment, adverse events and mobilization behaviors of healthcare professionals. In other words, with the SR, we intend to list a number of relevant and pertinent conclusions and considerations for better management, planning and intervention in the workplace of such professionals as well as contribute to the field of scientific knowledge in this area of research.

To select the papers for this study, were defined steps and we considered a number of inclusion and exclusion criteria, as well as keywords, which guided us in the research conducted in several databases (such as Scirus, B-on, Pub-med and ProQuest, which included papers from 1996 to 2012 and the search was not limited to the Portuguese language) and in the selection and analysis of the studies.

The results showed that there is a large number of publications on the topics in question, being mostly empirical studies. These results provided us with interesting insights and showed us relevant conclusions and suggestions for future reserach. However, there were no articles that specifically relate simultaneously the considered variables: structural empowerment, mobilization behaviors and adverse events.

Some articles suggest that empowerment has a positive impact on patient safety, which results in decreasing the occurrence of adverse events. Other articles argue that empowerment influences positively the adoption of behaviors mobilization of healthcare professionals in the organization.

Key Words: Systematic Review, Empowerment, Structural Empowerment, Adverse Events, Mobilization Behaviors, Healthcare Professionals.

## **Agradecimentos**

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e a todos os Professores pelos conhecimentos que me transmitiram e pelos momentos de partilha ao longo dos últimos cinco anos.

À Professora Doutora Carla Carvalho, pela orientação, disponibilidade e pelos momentos de partilha de conhecimento que me ajudaram a enriquecer esta Dissertação de Mestrado.

Ao Dr. Carlos Américo Barreira Pinto, pela disponibilidade, apoio e incentivo que sempre demonstrou no acompanhamento da realização deste trabalho.

À minha Mãe, por estar sempre presente em todos os momentos importantes da minha vida e por acreditar sempre em mim.

Ao meu Pai, pela confiança, apoio e motivação demonstrada ao longo da minha vida e principalmente durante o meu caminho académico.

À minha irmã Eva e ao Manel, pelo apoio e incentivo que sempre me deram ao longo desta etapa.

A todos os meus amigos, pela amizade demonstrada, pelos momentos de partilha durante o meu percurso académico. Foi convosco que Vivi Coimbra!

“Capa Negra de Saudade  
No momento da partida  
Segredos desta Cidade  
Levo comigo p’ra vida”

## Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento conceptual (revisão de literatura).....	5
1. <i>Eventos Adversos</i> .....	5
2. O poder e o <i>empowerment</i> no contexto contemporâneo.....	10
3. O <i>empowerment</i> .....	13
3.1. Conceito de <i>empowerment</i> e a sua relação com os contextos de saúde.....	13
3.2. Tipos de <i>empowerment</i> .....	16
3.2.1. O <i>empowerment</i> psicológico.....	16
3.2.2. O <i>empowerment</i> estrutural.....	21
4. <i>A mobilização</i> .....	26
II. Objectivos.....	35
III. Metodologia.....	36
1. Estratégia de Pesquisa.....	36
2. Critérios de Inclusão.....	36
3. Pesquisa e Selecção de Dados.....	37
IV. Resultados.....	37
1. Resultados da Pesquisa.....	37
2. Características dos Artigos Seleccionados.....	38
V. Discussão.....	39
VI. Conclusões.....	43
Referências Bibliográficas.....	45
Anexos.....	50
Anexo 1. Características dos Artigos Empíricos Seleccionados.....	51

## Índice de Tabelas e Figuras

<b>Tabela 1.</b> Componentes do <i>empowerment</i> psicológico.....	19
<b>Tabela 2.</b> Estruturas do <i>empowerment</i> estrutural.....	22
<b>Tabela 3.</b> Práticas que permitem um alto envolvimento dos colaboradores ou um sistema de auto-gestão.....	24
<b>Tabela 4.</b> Comportamentos de mobilização.....	28
<b>Figura 1.</b> Modelo Estrutural da Revisão de Literatura.....	2
<b>Figura 2.</b> Processo do <i>empowerment</i> psicológico.....	17
<b>Figura 3.</b> Concepção da dinâmica das fases de mobilização.....	32
<b>Figura 4.</b> Distribuição do Tipo de Artigos seleccionados por Ano de Publicação.....	38

## Introdução

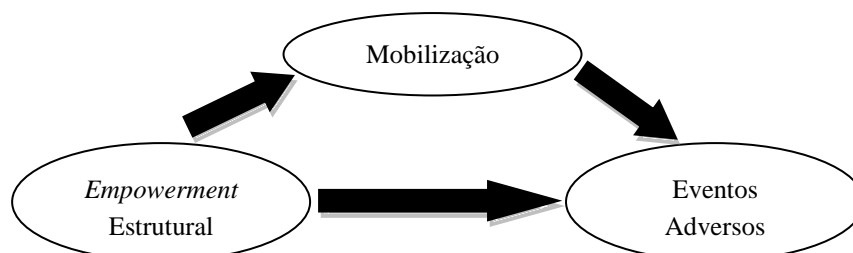
A presente Tese de Mestrado foi realizada no âmbito da área de especialização de Psicologia das Organizações e do Trabalho do Mestrado Integrado em Psicologia na Universidade de Coimbra e tinha como objectivo central perceber a relação entre o *empowerment* estrutural, a ocorrência de *eventos adversos* em contextos hospitalares e a adopção de *comportamentos de mobilização* dos profissionais de saúde, cujo modelo se pode ver na Figura 1

Pese embora o projecto inicial previsse a realização de um estudo empírico para comprovar a nossa hipótese geral, devido a constrangimentos ligados à aprovação, em tempo útil, da recolha de dados nos hospitais portugueses, tivemos que introduzir mudanças no projecto e assim adaptar a metodologia de recolha e análise de dados – uma revisão sistemática da literatura (RSL). Acresce referir que esta investigação se enquadra num projecto de maior dimensão levado a cabo pela equipa de investigação da qual fazemos parte e corresponde, por conseguinte, a uma etapa da investigação em curso para a Dissertação de Doutoramento do Mestre Carlos Américo Barreira Pinto, sob orientação dos Professores Doutores Carla Carvalho (FPCE-UC) e Pedro Parreira (EsenfC).

Esse projecto de Doutoramento tem como tema “Os Efeitos do *Empowerment* nos Comportamentos de Mobilização dos Recursos Humanos e no Desempenho Individual e Organizacional: Um Estudo com Profissionais de Saúde em Hospitais Portugueses” e procura compreender a relação entre as práticas da organização do trabalho em vigor nos hospitais portugueses e a performance, quer dos profissionais de saúde, quer da organização. Por outras palavras, esse estudo pretende analisar de que forma as percepções dos profissionais de saúde sobre o *empowerment* estrutural e sobre os seus próprios comportamentos de mobilização influenciam os resultados individuais e organizacionais.

A Promoção da Saúde surge como uma resposta às mudanças

sociais, políticas e culturais do mundo contemporâneo, influenciando as políticas de saúde de diversos países. Para se explicar o fenómeno da saúde/doença, é essencial ter em conta o ambiente natural e social dos indivíduos, o estilo de vida pessoal, a genética e a organização dos serviços de saúde (Carvalho, 2004).



**Figura 1: Modelo Estrutural da Revisão de Literatura**

O *empowerment* constitui-se como um eixo central da Promoção da Saúde e corresponde a um processo que permite aos indivíduos aumentarem o controlo sobre a sua própria saúde (WHO, 1998 in Carvalho, 2004).

A segurança dos pacientes é, nos dias de hoje, uma das maiores preocupações dos contextos de saúde e o *empowerment* possibilita que os profissionais de saúde desempenhem o seu trabalho com mais qualidade.

O *empowerment* pode ser caracterizado como um processo através do qual indivíduos, grupos e/ou sociedades assumem o controlo sobre determinadas situações, exercendo poder para alcançar os seus objectivos (Adams, 2008). Segundo Hornstein (2004), a característica fundamental do *empowerment* foi e continua a ser o poder, devendo existir uma redistribuição de autoridade e controlo e tanto os colaboradores como os gestores devem partilhar responsabilidades semelhantes na organização (Frey, 1993 in Hornstein, 2004).

Para uma melhor compreensão do conceito de *empowerment*, é essencial destacar a complexidade do poder, devendo este ser visto como um recurso que se encontra presente em qualquer sociedade e que tem como objectivo desenvolver as interacções entre os elementos de um



grupo.

De acordo com Spreitzer (2008), actualmente, mais de setenta por cento das organizações adoptaram algum tipo de iniciativa de *empowerment* em, pelo menos, uma parte da sua força de trabalho. Para terem sucesso no contexto global actual, as organizações precisam do conhecimento, das ideias, da energia e da criatividade de cada colaborador.

Segundo o referido autor, ao longo das últimas duas décadas, surgiram na literatura duas perspectivas complementares sobre o *empowerment* no local de trabalho.

A primeira perspectiva diz respeito ao *empowerment* psicológico que pode ser definido como o conjunto de estados psicológicos que são necessários para que os indivíduos sintam que têm controlo do seu trabalho, ou seja, esta perspectiva centra-se na forma como os colaboradores experienciam o seu trabalho.

A segunda abordagem refere-se ao *empowerment* estrutural que se centra nas condições sociais e estruturais que permitem o *empowerment* no local de trabalho e que só existe se os colaboradores tiverem acesso a oportunidades, informação, apoio e recursos.

Para Hornstein (2004), estes dois tipos de *empowerment* permitem maximizar a contribuição dos colaboradores e dos líderes na tomada de decisões, o que, por sua vez, irá contribuir para o sucesso da organização. E para Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick (2010), o *empowerment* influencia ainda a prestação dos cuidados de saúde, a exigência do trabalho, a satisfação no trabalho e a permanência dos profissionais no seu contexto de trabalho.

Contudo, apesar de diversos autores defenderem a ideia de que o *empowerment* tem um efeito positivo na prestação dos cuidados de saúde e na evolução dos sistemas de saúde, não se pode negligenciar o facto de que as pessoas estão ainda expostas a diversos riscos quando submetidas a algum tipo de cuidado, principalmente em ambientes hospitalares. Com efeito, a ocorrência de *eventos adversos* representam um erro comum

nestes ambientes, apontando as estatísticas para um em cada dez pacientes a sofrer esse tipo de dano, como consequência da qualidade de um determinado serviço de saúde (Chaboyer, Johnson, Hardy, Gerke, & Panuwatwanich, 2010).

Os *eventos adversos* podem comprometer o tratamento dos pacientes e, como tal, os profissionais de saúde devem ter como principal objectivo prevenir qualquer tipo de erro e garantir a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e a segurança dos pacientes.

Segundo a perspectiva de diversos autores (e.g., Eby, Freeman, Rush, & Lance, 1999; Lawler, 1986; in Paré & Tremblay, 2007), através do *empowerment*, as organizações permitem que os colaboradores assumam diversos papéis e responsabilidades, exercendo uma maior influência no trabalho, enquanto desfrutam de uma maior autonomia. A influência do colaborador, através do envolvimento na tarefa, promove um maior sentido de apoio, confiança e motivação intrínseca, o que permite ter atitudes de trabalho positivas. Este aumento da sensação de responsabilidade também estimula a iniciativa e o esforço por parte de todos os colaboradores (Appelbaum et al., 2000; Pfeffer & Veiga, 1999; in Paré & Tremblay, 2007).

O *empowerment* permite, também, aumentar o envolvimento e a *mobilização* dos colaboradores no local de trabalho. Segundo Tremblay, Chênevert, Simard, Lapalme e Doucet (2005), os indivíduos mobilizam-se quando acreditam em alguma coisa. Neste sentido, a *mobilização* pode ser definida como “uma massa crítica de colaboradores que executam acções (que fazem parte ou não do seu contrato de trabalho, remuneradas ou não) benéficas ao bem-estar dos outros, à organização e à realização de um trabalho colectivo” (Tremblay & Wills, 2005)

Em suma, o *empowerment* e a *mobilização* podem ter um efeito positivo na diminuição da ocorrência de *eventos adversos* em contextos hospitalares uma vez que permitem que os colaboradores tenham um maior envolvimento no trabalho, um maior comprometimento para com a organização e uma maior satisfação com o trabalho realizado, o que

influencia de forma positiva a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, bem como a segurança dos pacientes.

A presente Tese de Mestrado encontra-se estruturada em seis partes, sendo que a primeira diz respeito ao enquadramento conceptual e pretende dar a conhecer as três variáveis consideradas neste estudo nomeadamente os *eventos adversos*, o *empowerment* e a *mobilização*. Em segundo lugar, são apresentados os objectivos da investigação efectuada bem como as questões que guiaram esta revisão de literatura. Numa terceira etapa, é incluída a metodologia utilizada que pretende demonstrar a estratégia de pesquisa adoptada, os critérios de inclusão utilizados e a forma como os dados foram seleccionados. Na quarta parte, são apresentados os resultados da pesquisa e as características dos artigos seleccionados. Em quinto lugar, é realizada a discussão dos resultados dos artigos seleccionados, sendo também apontadas as limitações desta revisão de literatura, bem como algumas recomendações para futuras investigações. E, finalmente, a sexta parte remete para as conclusões que se podem retirar da realização desta Tese de Mestrado.

A temática desta revisão sistemática de literatura tem uma importância extrema nos dias de hoje devido à evolução dos sistemas de saúde, sendo pioneira na comunidade científica na medida em que ainda não existe nenhuma investigação que relacione, em simultâneo, *eventos adversos*, *empowerment* estrutural e *comportamentos de mobilização*.

## **I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)**

### *1. Eventos Adversos*

Os profissionais de saúde e, mais especificamente, os enfermeiros têm um objectivo comum, independentemente do País, contexto ou cultura em que exerçam a sua profissão - todos eles têm a responsabilidade de cuidar dos pacientes da melhor forma (Dempsey, 2009), prestando cuidados de saúde de qualidade e garantindo um serviço que zele pela segurança dos pacientes.

Com efeito, a segurança durante a prestação de um cuidado de saúde define-se como a execução de uma prática livre de danos, realizada por profissionais que procuram a qualidade e a excelência e que têm como principal objectivo prevenir qualquer tipo de erros (Bezerra, Queiroz, Weber & Paranaguá. 2012).

No entanto, em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, os pacientes podem sofrer *eventos adversos* que podem comprometer seriamente o próprio tratamento, destacando-se os erros de medicação, as reacções alérgicas, as quedas, as infecções, as úlceras de pressão e as queimaduras (Braga, Bezerra, Paranaguá, & Silva, 2011; Bezerra, Queiroz, Weber, & Paranaguá, 2012; Cho, Ketefian, Barkauskas & Smith, 2003; Needleman & Buerhaus, 2003).

Os *eventos adversos* referem-se a ocorrências indesejáveis, não intencionais e de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob cuidados de profissionais de saúde (Braga, Bezerra, Paranaguá & Silva, 2011). Essas situações são causadas por factores não relacionados com a doença de base e podem originar variadas lesões, prolongar a hospitalização, modificar o tratamento inicialmente proposto (WHO, 2009; Schatkoski, Wegner, Algeri & Pedro, 2009; in Wegner & Pedro, 2012) e, muitas vezes, podem levar inclusivamente à morte do paciente.

Alguns autores diferenciam *eventos adversos* de *incidentes*, na medida em que estes últimos correspondem a ocorrências não intencionais decorrentes da prestação dos cuidados de saúde e que não originam lesões mensuráveis, prolongamento do tempo de internamento ou óbito do paciente (Braga, Bezerra, Paranaguá, & Silva, 2011). Estes dois tipos de acontecimentos ou riscos contrariam os princípios da qualidade dos serviços nas organizações de saúde e comprometem a própria segurança dos pacientes, devendo, por isso mesmo, serem reduzidos ao mínimo aceitável durante a prestação de um cuidado de saúde. Assim, segundo vários autores (e.g., WHO, 2009; Runciman, Hibbert, Thomson, Schaaf, Sherman & Lewalle, 2009; cit in Wegner &

Pedro, 2012), devem ser adoptadas pelos profissionais de saúde e gestores/administradores hospitalares estratégias que permitam evitar, prevenir e minimizar os resultados provenientes de *eventos adversos*.

Devido à complexidade actual da estrutura, política e funcionamento dos hospitais em geral, a ocorrência de eventos adversos representam um erro comum, com um em cada dez pacientes a sofrer esse tipo de danos como consequência de um serviço de saúde (Chaboyer, Johnson, Hardy, Gerke, & Panuwatwanich, 2010). Por exemplo, nos Estados Unidos da América, a última década tem sido extremamente turbulenta para os hospitais e, mais concretamente, para as práticas da enfermagem, sendo a escassez de profissionais de saúde uma preocupação urgente (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Os enfermeiros reportam constantemente que o número de colaboradores é insuficiente para a prestação segura e eficaz dos cuidados de saúde (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002).

A escassez de enfermeiros pode originar uma carga de trabalho excessiva, o que pode gerar níveis elevados de insatisfação e de *burnout*, entre outros efeitos negativos (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002) e comprometer, assim, a qualidade do tratamento prestado aos pacientes.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o intuito de mobilizar esforços para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado de saúde para todos os pacientes (WHO, 2008 in Wegner & Pedro, 2012) e, principalmente, prevenir eventos adversos. A OMS estima que tais erros ocorrem em dezenas de milhares de pessoas, todos os anos, em diversos países, constatando-se que um em cada dez pacientes na Europa sofre danos evitáveis e eventos adversos durante a assistência recebida (ANVISA, 2011).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pretende facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas relativas à segurança do paciente nos Estados Membros da OMS, fornecendo-lhes conselhos e

informações que todos devem seguir de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (WHO, 2012a) e procurando, assim, melhorar a eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde, aquando da prestação de uma determinada assistência.

A Organização Mundial de Saúde tem como principal meta melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, sendo a segurança dos pacientes uma componente crucial dessa qualidade. Assim, é necessário desenvolver redes activas de comunicação entre os pacientes e os prestadores de serviços, a fim de se partilharem experiências, aprender com os erros e avaliar de forma pró-activa os riscos, contribuindo para melhorar a monitorização destes acontecimentos indesejáveis e para capacitar e educar os pacientes, e o público em geral, de forma a que percebam que são elementos fundamentais para a eficácia de um cuidado de saúde (WHO, 2012b).

Apesar de ser muito difícil para uma instituição eliminar completamente os eventos adversos, os contextos de saúde devem contratar colaboradores competentes e bem treinados (Morton, Cook, Mengersen & Waterhouse, 2010) e devem estabelecer um número máximo de pacientes por enfermeiro como forma de assegurar a segurança do paciente. Alguns estudos demonstraram que melhorar as condições de trabalho também pode ter um efeito positivo na prevenção dos eventos adversos e, como tal, na segurança do paciente (Stone, et al., 2007).

No entanto, ainda existe um elevado número de pacientes que são alvo de eventos adversos, causados pelas próprias circunstâncias do serviço do cuidado de saúde, o que compromete a segurança e a protecção dos pacientes e, em última instância a qualidade da assistência.

As circunstâncias do cuidado de saúde dizem respeito a acções realizadas por e para alguém no contexto de um serviço de saúde e que caracterizam o atendimento e as intervenções efectuadas pelos profissionais de saúde no tratamento de determinado indivíduo. Essas circunstâncias envolvem a acção propriamente dita (intervenção,

procedimento e conduta), a equipa de profissionais, o paciente e o acompanhante/família, o contexto (incluindo os processos de trabalho, as regras ou a cultura organizacional) e o cenário, isto é, o hospital e a unidade de internamento (Wegner & Pedro, 2012).

Os profissionais de saúde tendem, em muitas situações, a ocultar os próprios erros, o que pode ter inúmeras consequências tanto ao nível mediato como imediate na medida em que a ocorrência de eventos adversos causam um elevado prejuízo, não só para o paciente, mas também para as organizações hospitalares. Tais eventos resultarão, por um lado, num aumento do tempo de internamento, da desconfiança relativamente aos profissionais de saúde e dos próprios custos hospitalares e, por outro, numa diminuição da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde. Assim, é fundamental adoptar estratégias de educação continuada, visando a mudança de atitudes e de comportamentos, a gestão de riscos e o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Com o intuito de melhorar os resultados dos pacientes, é necessária uma transformação nos sistemas de saúde, constituindo nesse novo cenário de mudança, a segurança do paciente uma prioridade para todos os profissionais de saúde, incluindo para os enfermeiros.

Alguns estudos demonstraram que o envolvimento em processos de tomada de decisões é um factor que influencia o comportamento no trabalho (Dempsey, 2009). Assim, os gestores e os líderes devem proporcionar condições que permitam dar mais autonomia aos enfermeiros na realização do seu trabalho, permitindo a sua participação nas tomadas de decisão. Os líderes devem, igualmente, prestar atenção à carga de trabalho dos enfermeiros de forma a melhorar a satisfação no trabalho, o que resulta na melhoria da prestação dos cuidados de saúde. Por outras palavras, os líderes devem permitir o *empowerment* entre os seus colaboradores para fomentar o comprometimento e a satisfação no trabalho e para reduzir o *stress* e o *burnout*, uma vez que o *empowerment* é uma ferramenta crucial entre os profissionais de saúde e a sua

participação e o seu envolvimento no trabalho (Knol & van Linge, 2009).

## 2. *O poder e o empowerment no contexto contemporâneo*

Nos dias de hoje, todos os indivíduos possuem algum nível de poder, sendo tal facto principalmente visível nas organizações. Contudo, o poder também existe no próprio contexto em que as pessoas se inserem e constata-se que algumas se encontram em posições superiores quando comparadas com outras devido às próprias condições de dinamismo, instabilidade, desigualdade e competitividade da sociedade contemporânea que se encontra em constante evolução e mudança.

O poder diz respeito à capacidade e autoridade para influenciar o pensamento dos outros, ter acesso a recursos e bens, tomar decisões e fazer escolhas, bem como resistir ao poder dos outros, se necessário (Fazenda, 2005).

Kanter (1997 citado por Armstrong & Laschinger, 2006) define o poder como uma capacidade para mobilizar recursos e alcançar determinados objectivos, estando associando à autonomia e à mestria e não tanto ao controlo.

De acordo com Thompson (2007), o poder é um conceito muito utilizado e que pode ter várias interpretações consoante a área de estudo que se pretende analisar. No campo da gestão dos recursos humanos, é essencial perceber o poder enquanto uma componente social e que pode ser associado a três tipos de modelos nomeadamente o psicológico, o cultural e o estrutural.

O modelo psicológico ou pessoal remete para as capacidades individuais necessárias para atingir um determinado fim e envolve as competências, as características (como o estatuto e o carisma), o papel e as atitudes (tais como a confiança nos outros e em si próprio e a disposição para assumir riscos) de cada ser humano. Enquanto as competências podem ser aprendidas, as características são inatas, evoluindo ao longo do tempo. Por sua vez, as atitudes correspondem a



uma combinação entre o que é aprendido e a nossas formas de resposta.

O segundo modelo, discursivo ou cultural, destaca a importância da linguagem, sendo através desta que o poder é transmitido. Uma vez que o discurso faz parte de uma cultura que molda as regras da sociedade, o poder pode derivar de um nível cultural, estando este relacionado com o nível individual. Assim, a identidade pessoal é, em parte, formada através dos processos culturais.

E, finalmente, o modelo estrutural refere-se à posição de uma pessoa numa hierarquia social, tendo em conta variadas dimensões tais como a classe sócio-económica, a raça ou etnia, o género, a idade, a orientação sexual, a religião ou a própria língua. Este tipo de poder pode permitir um diferente acesso aos recursos, contribuir para a adopção de pressupostos ideológicos como, por exemplo, a ideia errada de que as pessoas brancas são superiores às pessoas negras.

Ainda de acordo com o mesmo autor, muitos dos obstáculos que surgem e que não permitem a evolução são de natureza estrutural, como o número de mulheres em cargos de gestão que continua a ser inferior ao dos homens, tendo esta situação, apesar de tudo, evoluído imenso nos últimos anos. O processo através do qual as estruturas e as formações culturais se repetem ao longo dos tempos permite perceber de que forma o nível estrutural se encontra relacionado com o nível cultural.

O poder é, muitas vezes, visto como uma força negativa e que pode prejudicar as interacções entre elementos de um mesmo grupo. Contudo, isso nem sempre se verifica e, como tal, o poder deve ser encarado como algo que se encontra sempre presente no quotidiano de todas as pessoas e que tem como principal intuito fomentar a produtividade individual, grupal e organizacional.

Lukes (2005 citado por Thompson, 2007) distingue três pontos de vista do poder relacionados com as dimensões do mesmo nomeadamente a visão unidimensional, a visão bidimensional e a visão tridimensional.

Em primeiro lugar, este autor considera a visão unidimensional do poder que remete para a tomada de decisão, ou seja, corresponde ao

poder que uma pessoa ou um grupo utiliza para alcançar os seus objectivos e que, muito provavelmente, são contrários aos interesses dos outros, podendo originar conflitos entre os envolvidos na situação.

Em segundo, destaca-se a visão bidimensional do poder que envolve a tomada de decisão e a não tomada de decisão, isto é, o poder de estruturar uma decisão através da compreensão das suas vantagens e desvantagens.

E, por último, a visão tridimensional do poder evidencia a importância do contexto social. Por outras palavras, um sistema não é sustentado apenas por uma série de actos individualmente escolhidos, mas também por comportamentos socialmente estruturados, padrões culturais de grupos e práticas organizacionais, que podem ser manifestados pela não acção dos indivíduos.

Para Thompson (2007), a liderança, enquanto processo de influência, pode ser entendida como uma forma de exercer poder na medida em que o líder deve ser capaz de conduzir o seu grupo a alcançar determinadas metas. Muitos líderes são indivíduos carismáticos, o que significa que possuem características pessoais e competências que lhes permitem ser extremamente eficazes em influenciar os outros, como é o caso de Gandhi.

É do senso comum que qualquer sociedade se encontra dividida em diferentes categorias como classe económica, género ou raça, o que sugere a existência de uma hierarquia de poder nas estruturas sociais, originando, por sua vez, um conjunto de desigualdades sociais como, por exemplo, em termos de acesso à saúde.

Tal como o poder, o *empowerment* associa-se à autonomia no trabalho, ao envolvimento nas tomadas de decisão, à satisfação e motivação no trabalho e ao comprometimento organizacional. Assim, para promover o *empowerment*, é fulcral perceber a complexidade do poder que pode actuar ao nível pessoal, cultural e estrutural, não existindo, segundo os autores, um nível perfeito deste.

### 3. *O Empowerment*

#### 3.1. *Conceito de Empowerment e a sua relação com os contextos de saúde*

O *empowerment* surgiu como um conceito fundamental da era moderna e tem como principal meta desbloquear o potencial de eficácia das pessoas no seu contexto laboral, que é caracterizado por mudanças por vezes caóticas e por condições de elevada competitividade (Sommer, et al., 2010).

Definir o *empowerment* não é uma tarefa fácil na medida em que se pode encontrar na literatura da especialidade diversos conceitos a ele associados, bem como diversas definições e posições diferentes consoante os autores. O *empowerment* pode ter diferentes significados para diferentes pessoas consoante a perspectiva ou a área de intervenção a que se refere, o que significa que o conceito não é estático e vai evoluindo de acordo com as experiências das pessoas que o colocam em prática (Thompson, 2007; Adams, 2008).

Uma das definições mais abrangentes conceptualiza o *empowerment* como a capacidade de indivíduos, grupos e/ou comunidades para assumir o controlo sobre determinadas circunstâncias, exercendo poder e alcançando as suas próprias metas, ou seja, corresponde a um processo através do qual as pessoas, de forma individual ou colectivamente, se ajudam a si próprias e apoiam os outros com o intuito de maximizar a qualidade de vida (Adams, 2008).

Para este autor, o *empowerment* fundamenta-se na ideia de que as pessoas que sentem um aumento do poder através do processo de *empowerment*, tanto ao nível individual como colectivo, têm a capacidade de influenciar os outros e os sistemas sociais que os rodeiam, numa lógica de interacção entre os vários sistemas dos quais os indivíduos fazem parte.

O *empowerment* encontra-se relacionado com importantes resultados organizacionais como a autonomia no trabalho, a participação nas tomadas de decisão, a percepção de controlo sobre o trabalho, a

satisfação no trabalho e níveis reduzidos de *burnout* (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001).

De uma forma geral, podemos dizer que o papel dos gestores de topo é criar condições para a eficácia do trabalho, ao assegurar que os colaboradores tenham acesso a informação, a apoio e a recursos necessários à execução das suas tarefas e acesso a oportunidades para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional. Como consequência de níveis mais elevados do *empowerment*, os colaboradores experienciam sentimentos positivos sobre o seu trabalho e serão mais eficazes a alcançar as metas organizacionais.

O *empowerment* permite que os colaboradores sejam mais estimulados pelos gestores para actuar, verificando-se um maior comprometimento com a organização, níveis mais elevados de confiança na gestão, uma maior responsabilidade pelo próprio trabalho e uma menor propensão a experienciar tensão e *stress* no trabalho e, como consequência, serão capazes de realizar o seu trabalho com maior qualidade, sucesso e eficácia. Por outras palavras, quando as situações de trabalho estão estruturadas de tal forma que os colaboradores sentem o *empowerment*, estes respondem em conformidade e à altura dos desafios da organização, observando-se uma melhoria das atitudes dos trabalhadores e um aumento da produtividade organizacional (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001).

Enquanto os gestores de topo podem criar um contexto de *empowerment*, os colaboradores têm o papel de decidir estar ou não *empowered*, devendo sentir-se ligados à organização, confiantes das suas competências e capazes de influenciar o sistema em que estão inseridos (Quinn & Spreitzer, 1997).

Relacionando o *empowerment* com o contexto de saúde, percebe-se que este conceito é um aspecto central da relação entre a cultura dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros, e a sua participação no trabalho (Knol & van Linge, 2009).

Se o *empowerment* for visto como uma base do comportamento

inovador e pró-activo, é provável que leve à realização dos ideais individuais e à manutenção dos valores da profissão de enfermagem aquando da prestação de um cuidado de saúde. Por outras palavras, o *empowerment* motivará os colaboradores a adoptarem mais comportamentos de inovação no seu local de trabalho (Spreitzer, 1995; Janssen et al., 1997; in Knol & van Linge, 2009), o que corresponde a uma vantagem competitiva, sobretudo num contexto cada vez mais instável e dinâmico.

A segurança dos pacientes é, nos dias de hoje, uma das maiores preocupações dos contextos de saúde e o *empowerment* possibilita que os profissionais de saúde desempenhem melhor o seu trabalho e com mais qualidade.

Um relatório do Instituto de Medicina identificou a enfermagem como essencial a essa segurança e revelou que tanto práticas inadequadas de gestão como condições negativas de trabalho podem constituir uma enorme ameaça a essa questão (Institute of Medicine, 2004 in Armstrong & Laschinger, 2006). Esse mesmo relatório mostrou que a qualidade de um cuidado de saúde é directamente afectado pelo grau em que os enfermeiros hospitalares são participantes activos no que se refere à tomada de decisão sobre o plano de cuidado do seu paciente, assim como na tomada de decisão a nível organizacional.

Segundo alguns autores (e.g., Laschinger, 1997, 2000, 2003, 2004, in Armstrong & Laschinger, 2006), os enfermeiros que sentem o *empowerment* no seu ambiente de trabalho têm uma maior satisfação no trabalho, são mais comprometidos com a organização e desempenham com mais qualidade os cuidados de saúde.

O *empowerment* encontra-se, muitas vezes, associado à percepção dos enfermeiros sobre a autonomia e o controlo sobre o seu trabalho, tendo o papel do líder um enorme impacto na percepção desse processo. Tanto a autonomia como o controlo influenciam os níveis de *burnout*, construto este que tem como moderador a confiança na gestão organizacional.

Assim, os contextos de saúde devem ser desenhados para promover uma comunicação honesta e um trabalho de equipa de forma a criar uma cultura de segurança e de qualidade. Nos ambientes de saúde, a mobilização eficaz dos recursos para o cuidado do paciente resultará na segurança e na satisfação dos que recebem a assistência, devendo existir uma colaboração e cooperação entre os diferentes profissionais de saúde, isto é, deverá haver um trabalho multidisciplinar (Armstrong & Laschinger, 2006).

### 3.2. Tipos de Empowerment

Quinn e Spreitzer (2001 in Knol & van Linge, 2009) defenderam que o *empowerment* existe devido às convicções pessoais que cada colaborador tem sobre o seu papel na organização, sendo possível destacar, pelo menos, duas componentes do *empowerment*, o estrutural e o psicológico, que apesar de serem conceitos distintos, têm uma relação positiva entre eles e tanto um como outro influenciam a prestação dos cuidados de saúde, a exigência do trabalho, a satisfação no trabalho e a permanência dos profissionais no seu contexto de trabalho (Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010).

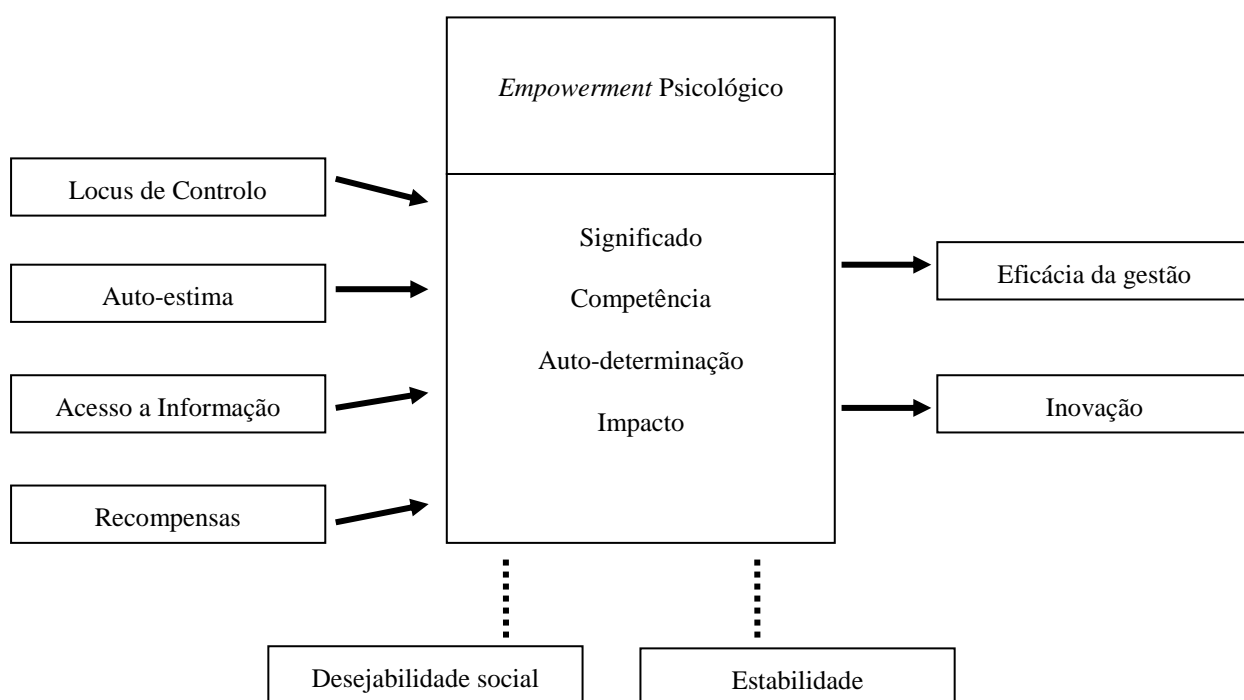
#### 3.2.1. O Empowerment Psicológico

De acordo com Stewart, McNulty, Griffin e Fitzpatrick (2010), o *empowerment* psicológico corresponde a um processo que ocorre quando uma pessoa se sente motivada com as suas funções. Este conceito constitui-se como um componente essencial do *empowerment* no local de trabalho, na medida em que representa a motivação intrínseca (Spreitzer, 1996) relativa à realização de uma tarefa e às recompensas que são inerentes às condições do ambiente de trabalho (Wagner et al., 2010).

O *empowerment* psicológico é definido como um estado psicológico que os colaboradores devem experienciar para que as intervenções do *empowerment* tenham sucesso (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001) e é visto como uma consequência do

*empowerment* estrutural. Por outras palavras, corresponde a um resultado lógico dos esforços dos gestores para criar condições estruturais do *empowerment*.

Os antecedentes do *empowerment* psicológico terão uma forte influência nas cognições deste tipo de *empowerment* e, posteriormente, haverá consequências ao nível do comportamento individual, conforme demonstrado na Figura 2.



**Figura 2: Processo do *empowerment* psicológico**

Fonte: Adaptado de Spreitzer, G. (1995). Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation. *The Academy of Management Journal*, 38 (5), 1442-1465.

Segundo Spreitzer (1995) existem dois traços de personalidade e duas características do contexto de trabalho como antecedentes do *empowerment* psicológico.

No que diz respeito aos traços de personalidade distingue-se o locus de controlo e a auto-estima uma vez que estes moldam a forma como os indivíduos se vêem no seu contexto de trabalho.

O locus de controlo explica o grau em que as pessoas acreditam

que são capazes de determinar o que ocorre nas suas vidas ou seja, indivíduos com um elevado locus de controlo são capazes de moldar o seu trabalho e os contextos de trabalho.

A auto-estima é definida como um sentimento geral de valor próprio e relaciona-se com o *empowerment*. Através da auto-estima, as pessoas vêem-se como recursos valiosos e, como tal, assumem mais facilmente uma orientação activa em relação ao seu trabalho. Contudo, as pessoas com pouca auto-estima não se vêem como capazes de fazer a diferença ou influenciar o seu trabalho e as organizações.

Relativamente às características do contexto de trabalho, podem diferenciar-se como antecedentes o acesso à informação e as recompensas.

Para que o *empowerment* seja mais eficaz, as organizações devem tornar a informação mais acessível, por forma a que essa chegue a mais pessoas de todos os níveis hierárquicos na medida em que colaboradores sem informação tendem a não assumir mais responsabilidades nem a expressar a sua criatividade.

Neste modelo, podemos ainda, segundo Spreitzer (1995) encontrar dois tipos de informação essenciais ao *empowerment* nomeadamente a informação sobre a missão da organização e a informação sobre o desempenho. Se, por um lado, a informação sobre a missão da organização permite criar um sentimento de significado e finalidade (Conger & Kanungo, 1988 in Spreitzer, 1995) e aumenta a capacidade de um indivíduo de tomar e influenciar decisões que estão devidamente alinhadas com a missão e os objectivos da organização. Por outro, os colaboradores precisam de ter um *feedback* sobre o seu desempenho para que o possam melhorar se for necessário, ou seja, as informações sobre o desempenho são fundamentais para reforçar o sentimento de competência e de pertença à organização.

As recompensas correspondem a outro antecedente do *empowerment* psicológico. As organizações devem desenvolver um sistema de incentivos que reconheça a contribuição individual e



recompense o desempenho de cada colaborador. Os incentivos individuais aumentam o *empowerment* ao reconhecer e reforçar as competências pessoais e ao permitir que os colaboradores participem e influenciem os processos de tomadas de decisão no trabalho.

Como referido anteriormente, os antecedentes do *empowerment* psicológico terão uma forte influência nas quatro componentes deste tipo de *empowerment*, que se encontram descritas na Tabela 1.

Tabela 1:

**Componentes do *empowerment* psicológico**

Componente	Descrição
Significado	Implica a congruência entre os requisitos do trabalho e as crenças, valores e comportamentos individuais (Spreitzer, 1995 in Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001; Brief & Nord, 1990; Hackman E Oldham, 1980; in Spreitzer, 1996);
Competência	Refere-se ao nível de confiança que os colaboradores têm em relação à capacidade de desempenhar o seu trabalho correctamente (Spreitzer, 1995 in Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001; Quinn & Spreitzer, 2001 in Knol & van Linge, 2009), isto é, corresponde à crença nas capacidades individuais para desenvolver as actividades e funções do trabalho (Gist, 1987 in Spreitzer, 1996);
Auto-determinação	Diz respeito aos sentimentos de controlo sobre o próprio trabalho (Spreitzer, 1995 in Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001) e nível de liberdade/autonomia que os indivíduos têm para decidirem como fazer o seu trabalho (Quinn & Spreitzer, 2001 in Knol & van Linge, 2009; Spreitzer, 1995 in Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010);
Impacto	Corresponde à sensação de ser capaz de influenciar questões importantes dentro da organização (Spreitzer, 1995 in Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001) tais como resultados estratégicos, administrativos e operacionais (Ashforth, 1989 in Spreitzer, 1996), isto é, refere-se ao nível em que as pessoas deixam a sua marca no local de trabalho (Quinn & Spreitzer, 2001 in Knol & van Linge, 2009).

O *empowerment* psicológico terá consequências ao nível do comportamento individual, sendo a eficácia e o comportamento inovador as duas consequências apontadas por Spreitzer (1995) e mais referidas na literatura da especialidade por nós consultada.

O crescimento pelo interesse no estudo do *empowerment* surgiu num momento em que a concorrência global e a mudança organizacional têm estimulado a necessidade dos colaboradores em tomarem iniciativas, assumir riscos, inovar e lidar mais eficazmente com a elevada incerteza. Regra geral, na literatura o *empowerment* psicológico é analisado segundo a eficácia e a inovação no papel complexo, ambíguo, e, por vezes, pouco definido dos gestores (Block, 1987; Kizilos, 1990; Bowen & Lawler, 1992; in Spreitzer, 1995).

A primeira consequência identificada, isto é a eficácia da gestão, é normalmente descrita como o nível em que os gestores cumprem ou ultrapassam as expectativas do seu papel no trabalho. Os gestores que experienciam o *empowerment* vêem-se como competentes e capazes de influenciar o seu próprio trabalho e o contexto de trabalho, executando todas as suas responsabilidades, resolvendo os problemas que surgem e sendo eficazes nas funções que desempenham. Assim, o *empowerment* tem como principais objectivos aumentar a concentração, o comprometimento, a iniciativa, a resiliência e, conseqüentemente, aumentar a eficácia organizacional (Spreitzer, 1995).

E a segunda e última consequência indicada corresponde aos comportamentos de inovação, que reflectem a criação de algo novo e diferente e são orientados para a mudança na medida em que envolvem a criação de um novo produto, serviço, procedimento, processo ou uma nova ideia. Pelo que foi dito, podemos concluir que o *empowerment* psicológico é fundamental para estimular e gerir as alterações que ocorrem nas organizações, devendo estas permitir que os colaboradores sejam criativos e inovadores.

### 3.2.2. O Empowerment Estrutural

O *empowerment* estrutural descreve apenas as condições do local de trabalho e não as reações dos colaboradores a essas condições. Tais respostas formam a base do *empowerment* psicológico (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001).

Segundo Knol e van Linge (2009), um importante marco teórico do *empowerment* estrutural corresponde à Teoria do Poder Estrutural das Organizações de Kanter (1993), in, frequentemente testada na população de enfermeiros e considerada uma teoria muito útil para a gestão na enfermagem. Neste contexto, o *empowerment* refere-se ao poder de um indivíduo relativamente à sua posição na organização, podendo distinguir-se o poder formal e o poder informal.

Por um lado, o poder formal resulta do trabalho de uma pessoa, relaciona-se com os processos organizacionais e é evidente em funções que são centrais para os objectivos da organização, o que permite descrição, reconhecimento e relevância no contexto de trabalho (Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010).

E, por outro, o poder informal surge a partir da rede de patrocinadores, colegas e subordinados tanto dentro como fora da organização (Knol & van Linge, 2009). Esses contactos e alianças sociais facilitam a cooperação, que, por sua vez, permitem completar as tarefas de forma mais rápida e mais eficaz (Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010).

De acordo com Laschinger et al., 2004 (in Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010), o *empowerment* estrutural, enquanto determinante que influencia todos os comportamentos adoptados em qualquer organização, ocorre quando os colaboradores têm acesso a informação, apoio, recursos e oportunidades, estruturas essas descritas na Tabela 2.

O acesso a informação, apoio, recursos e oportunidades é influenciado pelos contactos sociais que se estabelecem dentro da organização e pelas características do trabalho, ou seja, é influenciado pelo poder informal e pelo poder formal, respectivamente (Kanter, 1979

in Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010).

Tabela 2:

**Estruturas do *empowerment* estrutural**

Estruturas	Descrição
Informação	Refere-se aos dados, conhecimentos técnicos e competências necessários ao desempenho eficaz de uma função (Havens & Laschinger, 1997 in Wagner et al., 2010). O acesso a informação permite aos colaborador tomar decisões e agir rapidamente consoante as situações (Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010)
Apoio	Corresponde ao <i>feedback</i> e orientação recebidos pelos superiores, colegas ou subordinados (Havens & Laschinger, 1997 in Wagner et al., 2010) e que permite que os colaboradores desenvolvam a capacidade de adoptar medidas inovadoras e de risco em resposta às situações que têm que resolver (Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010)
Recursos	Referem-se aos materiais, financiamento, requisitos, equipamentos e tempo necessários para alcançar os objectivos organizacionais (Knol & van Linge, 2009)
Oportunidades	Remetem para a autonomia, auto-determinação, crescimento, sentimento de desafio e a possibilidade de aprendizagem e crescimento (Havens & Laschinger, 1997 in Wagner et al., 2010), isto é, as oportunidades dizem respeito à capacidade para evoluir na organização ou capacidade para aprender e crescer profissionalmente no trabalho (Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010)

O *empowerment* estrutural encontra-se relacionado com os valores e as ideias da democracia, onde o poder reside idealmente no interior do indivíduo (Prasad, 2001; Prasad & Eylo, 2001; in Spreitzer, 2008). Segundo os referidos autores, os colaboradores que ocupem um nível mais baixo da hierarquia podem estar *empowered* se tiverem acesso a oportunidades, informação, apoio e recursos.

Segundo Spreitzer (2008), no entanto, em contraste com a

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

democracia formal em que cada pessoa tem um voto igual no sistema e a maioria é que decide, a maior parte das organizações não se comporta como uma verdadeira democracia. Os colaboradores de todos os níveis da hierarquia continuam a ter uma voz no sistema, mesmo que não tenham um voto formal quando têm acesso a oportunidades, informação, apoio e recursos.

A essência da perspectiva estrutural do *empowerment* assenta na ideia da partilha de poder entre superiores e subordinados, ou seja, na partilha de autoridade formal ou controlo sobre os recursos organizacionais. Ao partilhar o poder de tomada de decisão, os gestores de topo terão mais tempo para pensar estrategicamente e de forma inovadora sobre como melhorar a produtividade e os resultados organizacionais.

Os colaboradores *empowered* têm o poder de tomar decisões que se enquadrem no âmbito ou domínio do seu trabalho, ou seja, têm o poder de tomar decisões sobre o seu papel e sobre a sua função. Por exemplo, colaboradores que trabalhem no departamento de produção podem não tomar decisões sobre a missão da organização, mas têm poder para decidir como e quando fazer o seu trabalho. Assim, o *empowerment* estrutural relaciona-se com a participação dos colaboradores através de um maior acesso às oportunidades, informação, apoio e recursos ao longo de toda a cadeia organizacional (Spreitzer, 2008).

Para o referido autor, o *empowerment* estrutural concentra-se na forma como as forças organizacionais, institucionais sociais, económicas, políticas e culturais podem erradicar as condições que favorecem a falta de poder no local de trabalho. Desta forma, as organizações podem mudar as políticas, os processos, as práticas e as estruturas organizacionais para práticas que fomentem o envolvimento de todos os actores organizacionais e onde o poder, o conhecimento, a informação e as recompensas são partilhados com os colaboradores dos níveis mais baixos da hierarquia.

Ainda segundo o mesmo autor, a gestão de topo pode alterar as

práticas existentes na organização de forma a permitir que os colaboradores decidam por si próprios como vão resolver um determinado problema e, de seguida, surpreender os clientes ao superar as suas expectativas. Desta forma, os colaboradores não têm que esperar pela aprovação de um supervisor para agir, o que motiva os colaboradores a envolverem-se mais no seu trabalho.

Algumas práticas que demonstram um alto envolvimento dos colaboradores ou um sistema de auto-gestão contribuem para o *empowerment* ao aumentar o acesso a oportunidades, informação, apoio e recursos. Contudo, o verdadeiro impacto apenas se verifica através da interacção e do reforço entre as diversas práticas existentes, das quais se destacam as práticas incluídas na Tabela 3.

Tabela 3:

**Práticas que permitem um alto envolvimento dos colaboradores ou um sistema de auto-gestão**

Práticas	Descrição
Participação nas Tomadas de Decisão	Os colaboradores e/ou equipas podem ter influência em vários tipos de decisões, desde as decisões estratégicas do topo até às decisões de rotina do seu próprio trabalho (Lawler, 1986 in Spreitzer, 2008).
Remuneração baseada nas competências e conhecimentos	Os colaboradores partilham os ganhos da organização e devem ser compensados pelo aumento das suas competências e conhecimentos (Spreitzer, 2008).
Fluxo aberto de informação	Esta prática inclui o fluxo descendente de informações sobre as responsabilidades e objectivos, a direcção estratégica, a inteligência competitiva e o desempenho financeiro em termos de custos, de produtividade e qualidade. Esta prática abrange, ainda, o fluxo ascendente de informações sobre as atitudes dos colaboradores e o aumento de ideias. Os colaboradores que tiverem melhor informação, conseguirão desempenhar melhor o seu trabalho e, como consequência, tomar melhores decisões (Spreitzer, 2008).
Estruturas organizacionais adequadas	O <i>empowerment</i> nas organizações tende a ser descentralizado e a amplitude de controlo (mais colaboradores por líder) é maior (Spreitzer, 1996 in Spreitzer, 2008) e, como tal, devem existir estruturas organizacionais que facilitem a gestão adequada de todos os colaboradores.
Formação	Esforços educativos permitem que os colaboradores adquiram conhecimentos, competências e capacidades não apenas para desempenharem o seu trabalho, mas também para aprenderem sobre as competências e a forma de funcionamento da organização como um todo (Lawler, 1996 in Spreitzer, 2008).

Segundo Wagner e colegas (2010), alguns estudos sobre o *empowerment* estrutural nos serviços de saúde (indicam que uma mudança nas estruturas do ambiente de trabalho podem apoiar a saúde dos colaboradores, reduzir o *stress* e aumentar o comprometimento dos trabalhadores com as metas organizacionais, culminando na melhoria dos resultados organizacionais, que incluem um melhor atendimento ao paciente.

De acordo com Almost e Laschinger (2002 in Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010), o *empowerment* estrutural, para os enfermeiros, influencia a comunicação, os níveis de colaboração com os médicos e os gestores, a autonomia e os sentimentos de confiança e respeito. Quando este tipo de construto é elevado, os níveis de colaboração e de autonomia aumentam, resultando na diminuição do nível de *stress*, de exaustão emocional e do *burnout* entre os profissionais de saúde (Laschinger 2004, Laschinger & Finegan 2005, Laschinger et al., 2006; in Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010),

O *empowerment* estrutural engloba elementos que podem facilitar o *empowerment* psicológico, culminando em resultados positivos no local de trabalho como a satisfação no trabalho, o aumento da percepção de respeito e de comprometimento, o aumento da inovação, a redução do *burnout* (DeCicco et al., 2006; Laschinger et al. 2003, 2009; Knol & van Linge, 2009; in Wagner et al., 2010) e uma maior autonomia, eficácia e produtividade organizacional (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001; Spreitzer, 2007; Spreitzer & Doneson, 2005; in Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010).

Em síntese, o *empowerment* estrutural em contextos de prestação de cuidados de saúde permite a redução do *stress* e contribui para o aumento do comprometimento dos colaboradores para com os objectivos da organização, culminando na melhoria dos resultados organizacionais, o que inclui uma melhoria dos cuidados de saúde prestados aos pacientes (Wagner et al., 2010).

#### 4. A Mobilização

O aumento da concorrência nos mercados internacionais e nacionais tem suscitado um elevado interesse no sentido das inovações no ambiente de trabalho para melhorar a eficiência, a produtividade, a qualidade e a rentabilidade (Voos, 1987 in Tremblay, Guay & Simard, 2000). Os gestores compreendem que as mudanças necessárias para tornar as organizações mais competitivas e eficazes exigem não apenas um investimento ao nível do capital e na tecnologia, mas também mudanças na forma como as organizações são estruturadas e a forma como as pessoas são geridas (Tremblay, Guay & Simard, 2000).

Algumas organizações têm mais sucesso do que outras, tendo surgido imensas teorias para explicar essa situação. Uma resposta evidente, que ainda está longe de alcançar a unanimidade, refere-se ao facto de que essas organizações obtêm êxito quando se convertem em empregadoras de qualidade, estabelecem relações de autenticidade com os seus colaboradores e mobilizam as competências dos colaboradores em torno de causas significativas (Tremblay & Simard, 2005a).

O conceito de *mobilização* começou a ser muito abordado em 1990, ano em que se verificou a intensificação da concorrência internacional, a desregulamentação das barreiras comerciais e a evolução dos mercados públicos e privados. Assim, as organizações tiveram que se adaptar à concorrência, melhorando o seu desempenho e produtividade de forma a manter a sua quota de mercado (Tremblay & Wils, 2005).

A *mobilização* não é uma questão de atitude ou de satisfação, mas sim de comportamentos (Tremblay 2002 in Tremblay & Simard, 2005a), ou seja, diz respeito a um conceito de acção e não de intenções.

A *mobilização* pressupõe a existência de um conjunto de colaboradores mobilizados individualmente que chegam a criar uma sinergia entre eles para se ajustar a uma obra, prioridade e meta comum. É necessário constatar que um conjunto de indivíduos motivados não constitui, por essa razão, um grupo de colaboradores mobilizados nem



uma equipa eficiente. Uma forte *mobilização* representa uma superação da soma dos comportamentos individuais de *mobilização* com o intuito de alcançar objectivos partilhados por uma comunidade de sujeitos (Tremblay & Simard, 2005a).

A *mobilização* não significa dar ordens, mas sim incentivar os colaboradores a trabalhar em conjunto para alcançar um objectivo comum ou um projecto colectivo. A *mobilização* é antes de mais um fenómeno coletivo na medida em que um colaborador que gasta todas as suas energias numa única tarefa não é um colaborador mobilizado. Por contraste, se a maioria dos colaboradores reúne todas as suas energias para realizar um trabalho colectivo, significa que cada colaborador se encontra mobilizado uma vez que se esforça e coloca as suas energias individuais para uma causa comum (Tremblay & Wils, 2005).

Uma forte *mobilização* define-se como uma série de comportamentos que um conjunto de colaboradores decide adoptar de forma voluntária. Esses comportamentos não fazem parte das funções pré-estabelecidas para cada pessoa e têm como objectivo promover a manutenção ou a melhoria da saúde social e psicológica e dos desempenhos individuais e, conseqüentemente, a melhoria da produtividade organizacional (Tremblay & Wils, 2005 in Tremblay & Simard, 2005a). Para que a *mobilização* produza esses efeitos esperados sobre os desempenhos, não é necessário mobilizar todos os actores organizacionais, mas sim um número significativo de colaboradores.

O conjunto de comportamentos que se aproximam da definição de *mobilização* dizem respeito aos conceitos de comportamentos pró-sociais (Brief & Motowidlo, 1986 in Tremblay & Simard, 2005a) e de desempenho de cidadania (Coleman & Borman, 2000 in Tremblay & Simard, 2005a), que integram não só o desempenho previsto para a função, mas também o desempenho adicional e não obrigatório. Esses conceitos apresentam comportamentos essencialmente positivos, susceptíveis de contribuir para o bem-estar dos indivíduos (ajudar um colega que está com sobrecarga de trabalho), dos grupos (cooperação,

coordenação de esforços numa equipa de trabalho) e da organização como um todo (promover os seus produtos e serviços).

Os comportamentos de *mobilização* podem agrupar-se em três grandes categorias, conforme indicado na Tabela 4.

Tabela 4:

**Comportamentos de mobilização**

Tipos de Comportamentos	Descrição
Comportamentos que fazem parte do contrato de trabalho	Incluem o cumprimento das exigências normais da função e os comportamentos éticos e de consciência profissional (Tremblay & Wils in Tremblay & Simard, 2005)
Comportamentos de motivação individual	Incluem a dedicação no posto de trabalho e o desenvolvimento profissional (Tremblay & Wils in Tremblay & Simard, 2005)
Comportamentos de motivação colectiva	Incluem o apoio aos outros (através da partilha de conhecimentos e competências), a facilitação interpessoal (construir um espírito de equipa, resolver conflitos), a coordenação com outros, o espírito de tolerância (aceitar as obrigações, as regras e os procedimentos), a melhoria contínua (sugerir soluções construtivas), a participação na vida cívica interna (assistir a reuniões previstas e não previstas, participar em actividades sociais), a lealdade organizacional (defender a organização sempre que alguém a critica e promover os produtos e serviços da empresa) e a orientação para os clientes (fornecer serviços exemplares e melhorar os serviços existentes).

O primeiro tipo de comportamentos refere-se ao respeito pelo contrato de trabalho e o desempenho nas tarefas pré-estabelecidas constitui-se como uma condição necessária e um pré-requisito para a ocorrência de todas as outras dimensões da mobilização. Um colaborador incompetente nas suas tarefas regulares, dificilmente conseguirá ajudar os outros e não terá a credibilidade necessária para que aceitem as suas sugestões (Tremblay & Simard, 2005a).

Se os colaboradores não respeitarem os comportamentos éticos e

de consciência profissional podem sujeitar-se a sanções disciplinares. Comportamentos como o não respeito pelas pausas, os atrasos constantes ou as ausências injustificadas são extremamente prejudiciais para a mobilização uma vez que aumentam as tarefas dos outros colegas, dificultam os esforços de coordenação, desmotivam os colaboradores, diminuem a participação e o envolvimento e reduzem a qualidade dos serviços. Esta dimensão contribui para o desenvolvimento de uma cultura organizacional em que a presença, o esforço e o trabalho são valorizados (Tremblay & Simard, 2005a).

Os comportamentos de motivação individual, como o desenvolvimento profissional, podem beneficiar, tanto o indivíduo como a organização, dado que se referem à capacidade do indivíduo melhorar as suas competências e conhecimentos na sua área, o que pode constituir um recurso estratégico num contexto de instabilidade e de forte competitividade (Maurer, Pierce & Shore, 2002 in Tremblay & Simard, 2005a).

A motivação colectiva traduz-se na adopção voluntária de um certo número de comportamentos e de papéis cujas funções se orientem essencialmente para ajudar os outros a desempenhar as suas tarefas, manter e melhorar o clima social, contribuir para o bem-estar dos outros e para a sustentabilidade da organização (Tremblay & Simard, 2005a).

A manifestação dos comportamentos de motivação colectiva é, sem dúvida, o que melhor diferencia mobilização de motivação. Uma pessoa motivada pelas suas promoções e pela progressão do seu salário pode despender muita energia no seu trabalho sem contar as horas. No entanto, para alcançar os seus objectivos, poderá trair as regras morais e éticas mais elementares e destruir o espírito de equipa, o que não acontece com uma pessoa mobilizada. Este exemplo enfatiza a ideia de que a motivação individual não é suficiente para alcançar um nível de desempenho organizacional óptimo (Tremblay & Simard, 2005a).

Para aumentar o envolvimento e a *mobilização*, as organizações podem adoptar diversos processos como a partilha de informação, o

desenvolvimento de competências, o *empowerment* e os sistemas de recompensas (Lawler et al., 1986; Wils et al., 1999; in Tremblay & Simard, 2005a).

A partilha de informação inclui todas as práticas implementadas pelas organizações para divulgar e receber informações, podendo destacar-se não só as práticas centradas na clarificação das expectativas da organização, mas também o esforço dos colaboradores para atingir as metas organizacionais.

De acordo com Rondeau, Lemelin e Lauzon (1993 in Tremblay & Simard, 2005a), as práticas de partilha de informação desempenham dois papéis fundamentais. Por um lado, os colaboradores mobilizam as suas competências, envolvem-se e participam activamente no seu trabalho, devendo entender completamente as suas funções (o que fazer, como, quando e porquê) para agirem em consonância com os interesses da organização. E, por outro lado, os colaboradores estarão mais mobilizados se sentirem que a organização ouve as suas preocupações, pareceres e recomendações e, conseqüentemente, esforçar-se-ão para responderem da melhor forma.

O desenvolvimento de competências corresponde a uma alavanca central para o envolvimento dos colaboradores e, como tal, as organizações devem considerar o capital humano como uma fonte de vantagem competitiva (Fiorito et al., 1997 in Tremblay & Simard, 2005a), devendo existir um investimento no desenvolvimento dos indivíduos e mais concretamente das suas competências.

As práticas que promovem o desenvolvimento de competências não podem ser consideradas como uma condição suficiente para os comportamentos de mobilização uma vez que é necessário que os colaboradores usem as suas competências nas suas funções.

O desenvolvimento e a utilização das competências contribuem, por um lado, para reforçar a confiança e o desejo de estabelecer relações de longo prazo entre os colaboradores e a organização e, por outro, para aumentar a sensação de suporte organizacional, verificando-se uma forte

relação positiva entre as oportunidades de formação e desenvolvimento pessoal no trabalho e o comprometimento afectivo. (Smith, 1995 in Tremblay & Simard, 2005a).

É provável que a maioria dos colaboradores que têm a oportunidade de desenvolver as suas competências, tenham um maior controlo sobre o seu trabalho. Esse maior controlo e confiança reforçam os colaboradores a assumir diferentes papéis (por exemplo, ser consultado por colegas) ou tarefas que não estão previstas nas funções pré-estabelecidas (Tremblay & Simard, 2005a).

O *empowerment* abrange todas as práticas que visam o redesenho do trabalho de forma a torná-lo mais satisfatório e útil para cada indivíduo, implicando, também, que cada membro da unidade de trabalho planeie e controle os resultados. Essas práticas procuram assegurar que os colaboradores tenham influência no seu trabalho, participando nas tomadas de decisão e implementando equipas de trabalho que promovam a autonomia na acção, a iniciativa e a responsabilidade.

A participação dos colaboradores é intrinsecamente valorizada e as recompensas intrínsecas encontram-se associadas a sentimentos mais elevados de responsabilidade, a uma melhor utilização das competências e conhecimentos e a um melhor entendimento das operações globais da organização. Essas recompensas motivam os colaboradores a tomar iniciativas e a fazer esforços para alcançar os objetivos da organização (Tremblay & Simard, 2005a).

Para os referidos autores, uma cultura de *empowerment* encoraja os colaboradores a sentirem-se importantes, responsáveis e livres para utilizar a sua inteligência e competências, o que é percebido como um sinal de confiança e apoio organizacional e que leva os colaboradores a identificarem-se mais com a sua organização.

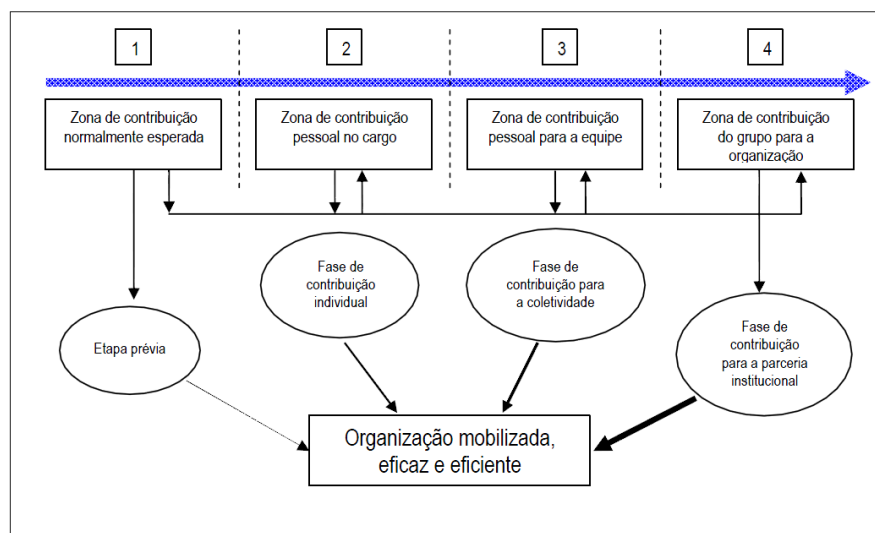
Os sistemas de recompensas incluem as recompensas monetárias e não monetárias que visam reconhecer o desempenho individual ou colectivo.

Compreender a influência das práticas de recompensa não é um

exercício simples, devido à diversidade dos componentes encontrados no campo da remuneração. Por um lado, o salário, os aumentos de salário, a estrutura do salário e as vantagens sociais são aspectos analisados na literatura segundo a justiça distributiva, que procura explicar como os indivíduos reagem aos valores e formas de compensação que recebem (Tremblay & Simard, 2005a). E, por outro, a gestão dos salários refere-se ao conceito de justiça procedimental, que tem como objectivo analisar como os indivíduos respondem aos procedimentos que foram utilizados para determinar as decisões na gestão de recursos humanos.

A *mobilização* diz respeito a um processo evolutivo e dinâmico, de carácter cíclico, podendo existir diversas contribuições consoante os comportamentos dos colaboradores. Desta forma, não se pode caracterizar uma organização ou uma pessoa simplesmente como mobilizada ou não mobilizada, uma vez que se trata de um processo evolutivo (Tremblay & Wils, 2005).

Assim, o modelo teórico de *mobilização* dos recursos humanos foi estruturado segundo uma sequência em quatro fases evolutivas e que podem coexistir num determinado momento organizacional, conforme se pode ver na Figura 3.



**Figura 3: Concepção da dinâmica das fases de mobilização**

Fonte: Adaptado de Tremblay e Wils (2005). La mobilisation des ressources humaines: une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous. *Gestion*, 30 (2), pp. 37-49.

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

Segundo os autores do modelo, a Fase 1 representa a zona de contribuição normalmente esperada, na qual o colaborador cumpre apenas as exigências normais da sua função. O colaborador encontra-se desmotivado e é caracterizado como aquele que faz o suficiente para manter o seu emprego, cumprindo apenas o que se espera dele. Contudo, quando um número considerável de indivíduos desempenha de forma satisfatória as funções pré-estabelecidas, pode concluir-se que a condição primordial para a existência da mobilização foi satisfeita.

A Fase 2 refere-se à zona de contribuição pessoal no cargo. A contribuição nesta etapa caracteriza-se pela motivação individual elevada e, como tal, as responsabilidades são totalmente cumpridas e existe uma dedicação ao trabalho e um comprometimento para com a organização. Isto é, o colaborador que se encontra nesta fase pode ser caracterizado como motivado e em algumas situações, pode desempenhar algumas actividades suplementares à sua função mas uma vez que não existe um alinhamento com os objectivos da organização, pode dizer-se que o colaborador se encontra desmobilizado. Por outras palavras, a soma dos desempenhos individuais constitui um grande benefício para a organização, ainda não estando presentes comportamentos de apoio, de cooperação e de apoio, característicos da fase seguinte.

A terceira fase diz respeito à zona de contribuição pessoal para a equipa e a contribuição nesta etapa traduz-se em comportamentos extra-função e em esforços pessoais realizados, que visam um objectivo comum e o benefício de outras pessoas. A interação positiva com os colegas de trabalho, o incentivo positivo a outros colaboradores e a cooperação são alguns desses exemplos. Deste modo, pode-se caracterizar o perfil de um colaborador que se encontra nesta fase como mobilizado.

A quarta e última fase remete para a zona de contribuição do grupo para a organização. Esta fase é a que melhor representa o conceito de mobilização colectiva dos recursos humanos numa organização, estando implícita a ideia de institucionalização dos comportamentos de

mobilização e de parcerias institucionais, objectivando a continuação de tais práticas. Existe uma grande mobilização institucional quando as diferentes entidades estruturais da organização (funções, equipas, departamentos ou unidades) são capazes de trabalhar em conjunto para conseguir um trabalho colectivo que vai além dos interesses específicos de cada entidade.

Do ponto de vista dos colaboradores, uma organização pode ser considerada como mobilizada, eficaz e eficiente, quando a contribuição colectiva excede a soma das contribuições individuais, gerando uma sinergia colectiva com o intuito de realizar uma de uma obra comum (Pinto, 2009).

Por um lado, um colaborador mobilizado investe muita energia, tempo, esforço e dedicação em todas as tarefas que desempenha no seu trabalho. Essa energia é canalizada em três direcções nomeadamente para melhorar a qualidade do trabalho na organização, para alinhar o trabalho com as prioridades organizacionais e para coordenar o trabalho com a equipa (Wils, Labelle, Guérin & Tremblay, 1998).

Por outro, uma pessoa desmobilizada é aquela que tende a limitar a sua energia dentro da organização e a investir energia fora do trabalho. Assim, um colaborador desmobilizado não é um indivíduo que tem falta de energia, mas escolhe deliberadamente investir a sua energia em actividades externas à organização, dedicando-se mais à família, ao trabalho voluntário ou a *hobbies* (Wils, Labelle, Guérin & Tremblay, 1998).

A *mobilização* pode originar directamente um maior desempenho organizacional, constatando-se que o desempenho colectivo e o sucesso organizacional têm um efeito mobilizador entre os colaboradores. O sucesso colectivo pode gerar uma energia positiva e entusiasmo e agir positivamente no ciclo de mobilização através da consolidação dos diversos elementos do clima organizacional (como a confiança e o reconhecimento) e do fortalecimento da motivação colectiva e do comprometimento. Por contraste, pode facilmente perceber-se que um



desempenho colectivo deficiente e insatisfatório pode, a longo prazo, reduzir a vontade de mobilizar todos e levar à degradação do clima psicológico (Tremblay & Simard, 2005b).

As organizações devem procurar adoptar práticas que garantam um estado duradouro de mobilização dos seus recursos humanos com o objectivo de assegurar os resultados e o desempenho organizacional, sendo o *empowerment* uma forma de aumentar o envolvimento e a mobilização dos colaboradores no local de trabalho.

Num contexto de prestação de cuidados de saúde, a *mobilização* e o *empowerment* podem melhorar a satisfação no trabalho, o comprometimento para com a organização e, como consequência, podem permitir a prestação de um serviço de saúde com mais qualidade, o que se traduz numa maior segurança dos pacientes.

## II - Objectivos

Esta revisão sistemática de literatura teve como principal objectivo compreender a influência do *empowerment estrutural* na adopção de *comportamentos de mobilização* e na ocorrência de *eventos adversos* associados aos cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde principalmente por enfermeiros.

Após a pesquisa de artigos em várias bases de dados, não foi encontrada nenhuma referência que analisasse especificamente a relação entre os três constructos da presente investigação.

As questões que guiaram esta revisão de literatura foram as seguintes:

1. O *empowerment estrutural* tem um efeito positivo na redução da ocorrência de *eventos adversos* em contextos de saúde?
2. Que relação existe entre o *empowerment estrutural* e a adopção de comportamentos de *mobilização*?
3. A *mobilização* de um profissional de saúde, e mais concretamente de um enfermeiro, tem algum impacto na

redução da ocorrência de *eventos adversos*?

4. Qual a relação entre *empowerment estrutural*, comportamentos de *mobilização* e *eventos adversos*?

### III - Metodologia

#### 1. Estratégia de Pesquisa

A revisão sistemática de literatura foi realizada através da selecção de artigos presentes nas seguintes bases de dados on-line: Scirus, B-on, PubMed, ProQuest. Dois sites de pesquisa foram também incluídos na procura de artigos: Gretchen Spreitzer, <http://webuser.bus.umich.edu/spreitze/> e Heather Laschinger, <http://publish.uwo.ca/~hkl/>.

A pesquisa para esta revisão de literatura incluiu artigos desde 1996 até 2012 e não se limitou ao idioma português, tendo sido previamente à pesquisa definidas as palavras-chave e especificados os critérios de inclusão e exclusão das obras a analisar.

A extração de dados e a avaliação da qualidade metodológica foram concluídas para os artigos incluídos nesta revisão.

#### 2. Critérios de Inclusão

A selecção dos artigos para esta revisão sistemática de literatura teve em consideração os seguintes critérios:

1. Artigos qualitativos e quantitativos;
2. Estudos com amostras constituídas por profissionais de saúde e mais concretamente enfermeiros;
3. Artigos que analisassem a relação entre as condições de trabalho dos enfermeiros e a ocorrência de *eventos adversos*;
4. Artigos que investigassem os efeitos do *empowerment estrutural* nos enfermeiros;
5. Artigos que investigassem a relação entre a *mobilização* e o

*empowerment estrutural*;

6. Artigos sobre o *empowerment*;
7. Artigos sobre *eventos adversos*;
8. Artigos sobre *comportamentos de mobilização*.

### 3. Pesquisa e Selecção de Dados

Através das bases de dados foram pesquisados os três construtos desta revisão de literatura tendo em conta os seguintes termos: *eventos adversos*, *empowerment*, *empowerment estrutural*, *empowerment psicológico*, *empowerment estrutural e empowerment psicológico*, *empowerment no local de trabalho*, *relação entre empowerment e eventos adversos*, *efeitos do empowerment nos eventos adversos*, *mobilização*, *comportamentos de mobilização*, *relação entre empowerment e mobilização*.

A pesquisa efectuada não incluiu apenas a procura dos termos referidos anteriormente no idioma português.

Os títulos e os *abstracts* de todos os artigos foram analisados, utilizando como critérios de exclusão: artigos duplicados, artigos que abordavam apenas o *empowerment* psicológico, artigos que analisam apenas um tipo de evento adverso e artigos sobre comportamentos de cidadania organizacional.

## IV - Resultados

### 1. Resultados da Pesquisa

A pesquisa efectuada tendo em conta os termos utilizados e após a aplicação dos critérios de inclusão, resultou num total de 54 artigos.

A segunda e última triagem teve em consideração os critérios de exclusão. Tendo em conta os objectivos da pesquisa, foram seleccionados 30 artigos com um nível aceitável de qualidade.

A estratégia de pesquisa adoptada resultou num total de 22 artigos sobre *eventos adversos*, permanecendo 11 artigos após a aplicação dos

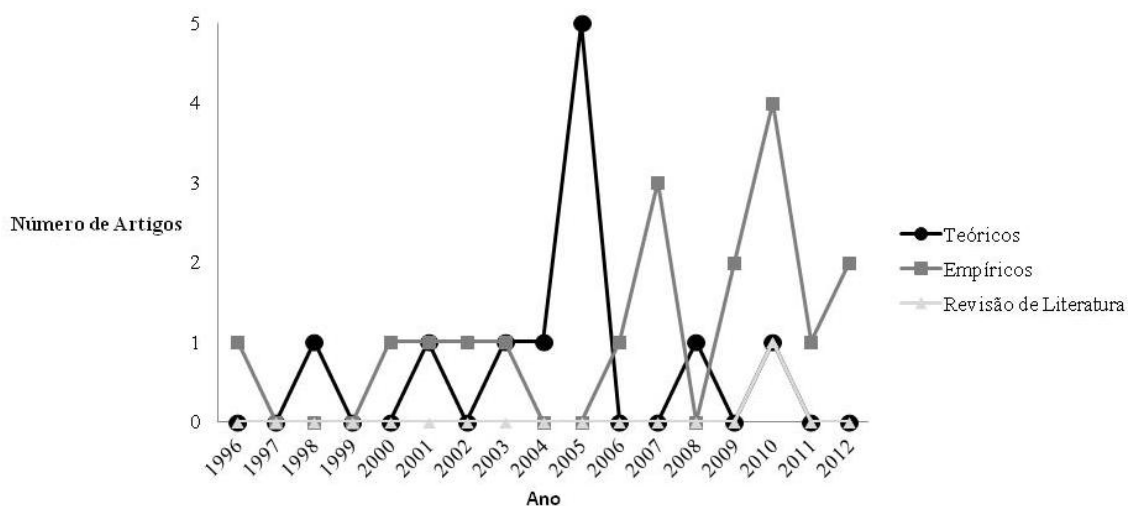
critérios de exclusão. No que diz respeito aos artigos sobre *empowerment*, foram encontrados numa primeira fase 15 artigos, tendo sido utilizados 12. E relativamente à *mobilização*, foram inicialmente seleccionados 17 artigos, permanecendo sete após a última triagem.

## 2. Características dos Artigos Seleccionados

Do total de 30 artigos seleccionados, 18 são artigos empíricos, 11 são artigos teóricos e um é de revisão de literatura.

No que diz respeito ao tema dos *eventos adversos*, nove artigos são empíricos e dois são teóricos. Relativamente à temática do *empowerment*, sete artigos são empíricos, quatro são teóricos e um é de revisão de literatura. E, finalmente no que se refere ao construto da *mobilização*, dois artigos são empíricos e os restantes cinco são teóricos.

Como se pode verificar na Figura 4, não existe um padrão evidente de publicação do tipo de artigos ao longo dos diferentes anos, sendo que 2005 foi o ano em que se registou maior número de artigos teóricos (cinco) e 2010 o que registou mais artigos empíricos (quatro).



**Figura 4: Distribuição do Tipo de Artigos seleccionados por Ano de Publicação**

Para a presente revisão de literatura foram seleccionados 30 artigos, alguns dos quais sobre *eventos adversos*, outros sobre o *empowerment* e ainda outros sobre a *mobilização*.

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

Alguns estudos centraram-se na importância da segurança dos pacientes e na qualidade dos cuidados de saúde (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Braga, Bezerra, Paranaguá, & Silva, 2012; Bezerra, Queiroz, Weber, & Paranaguá, 2012; Chaboyer, Johnson, Hardy, Gerke, & Panuwatwanich, 2010; Cho, Ketefian, Barkauskas & Smith, 2003; Dempsey, 2009; Hugonnet, Chevrolet & Pittet, 2007; Morton, Cook, Mengersen & Waterhouse, 2010; Needleman & Buerhaus, 2003; Stone, et al., 2007; Wegner & Pedro, 2012).

Outros artigos focaram-se na importância do *empowerment* no local de trabalho (Armstrong & Laschinger, 2006; Carvalho, 2004; Fazenda, 2005; Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010; Knol & van Linge, 2009; Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001; Quinn & Spreitzer, 1997; Sommer et al., 2010; Spreitzer, 2008; Spreitzer, 1996; Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010; Wagner et al., 2010).

E ainda outros artigos tiveram o seu foco na relevância da adopção de comportamentos de *mobilização* no contexto do trabalho (Paré & Tremblay, 2007; Tremblay, Chênevert, Simard, Lapalme & Doucet, 2005; Tremblay, Guay & Simard, 2000; Tremblay & Simard, 2005a; Tremblay & Simard, 2005b; Tremblay & Wils, 2005; Wils, Labelle, Guérin & Tremblay, 1998)

Os artigos empíricos seleccionados apresentam diversas características, que se encontram sumarizados no Anexo 1 e que foram sistematicamente analisados e discutidos de seguida.

## V - Discussão

Os resultados encontrados dizem respeito ao cruzamento de dados relativos à vasta produção de investigações referentes aos temas dos *eventos adversos*, do *empowerment* e dos *comportamentos de mobilização*.

De uma forma geral, os estudos analisados demonstraram que o *empowerment* estrutural origina resultados positivos no local de trabalho,

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

tais como a melhoria da satisfação no trabalho, o aumento do comprometimento para com a organização, a adopção de comportamentos de inovação e uma redução do *burnout* e do *turnover*.

Em cinco dos artigos seleccionados para análise, o instrumento utilizado foi o *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II* (CWEQ-II), que mede os quatro componentes do *empowerment* estrutural, nomeadamente as oportunidades, a informação, o apoio e os recursos, sendo que resultados mais elevados na escala representam elevados níveis de *empowerment* (Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010; Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010; Knol & van Linge, 2009; Armstrong & Laschinger, 2005; Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001).

O *Psychological Empowerment Instrument* (PEI) é utilizado em três estudos e tem como principal objectivo medir as quatro dimensões do *empowerment* psicológico, isto é, o significado do trabalho, a competência, a auto-determinação e o impacto (Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010; Knol & van Linge, 2009; Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001).

Uma investigação recente conduzida na Holanda por Knol e van Linge (2009), demonstrou que o *empowerment* psicológico funciona como um mediador entre o *empowerment* estrutural e os comportamentos de inovação dos colaboradores. Este estudo sugere, ainda, a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre estes fenómenos no local de trabalho.

A análise das obras referidas permite-nos afirmar que, nos dias de hoje, a segurança dos pacientes é uma das maiores preocupações dos contextos de saúde e, como tal, é essencial adoptar práticas que garantam a qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Armstrong & Laschinger, 2006) e que mobilizem os profissionais de saúde a desempenhar com mais eficácia o seu trabalho.

O *empowerment* estrutural é uma mais-valia para os profissionais de saúde, e mais concretamente para os enfermeiros, uma vez que

influencia de forma positiva os níveis de comunicação, de autonomia, de colaboração com os médicos e com os gestores e os sentimentos de confiança e respeito (Almost & Laschinger, 2002 in Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010) o que, por sua vez, permite a redução da ocorrência de *eventos adversos*.

O acesso a informação, apoio, recursos e oportunidades por parte dos enfermeiros possibilita a existência de uma cultura de segurança dos pacientes, o que sugere que as organizações que permitem que os enfermeiros estejam *empowered* são as organizações que têm condições para fornecer cuidados de saúde seguros e eficazes, o que se traduz na redução da ocorrência de *eventos adversos* (Armstrong & Laschinger, 2006).

O *empowerment* estrutural nos contextos de saúde corresponde a uma ferramenta muito útil na medida em que melhora a comunicação entre os profissionais de saúde, permite a participação de todos os elementos da equipa nas tomadas de decisão que afectam o seu processo de trabalho e fomenta a qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Armstrong & Laschinger, 2006).

Uma das consequências do *empowerment* diz respeito ao aumento de *comportamentos de mobilização* que representam muito mais do que apenas a soma de comportamento individuais (Tremblay & Simard, 2005a).

A *mobilização* corresponde a um processo colectivo no qual cada indivíduo reúne todas as suas energias para alcançar um objectivo ou causa comum (Tremblay & Wils, 2005). Nas organizações de saúde, este fenómeno tem efeitos positivos na segurança e na satisfação dos pacientes (Armstrong & Laschinger, 2006).

A promoção do *empowerment* estrutural entre os profissionais de saúde permite o aumento da satisfação no trabalho, da inovação, do comprometimento para com a organização (DeCicco et al., 2006; Laschinger et al. 2003, 2009; Knol & van Linge, 2009; in Wagner et al., 2010), da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, a redução do

*stress* (Wagner et al., 2010), o aumento da autonomia, eficácia e produtividade organizacional (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001; Spreitzer, 2007; Spreitzer & Doneson, 2005; in Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010) e o aumento da adopção de *comportamentos de mobilização* (Tremblay & Simard, 2005a).

Em suma, o *empowerment* e a *mobilização* podem ter um efeito positivo e notório na diminuição da ocorrência de *eventos adversos* nos contextos de saúde. Esses dois processos influenciam, de forma positiva, os comportamentos e os sentimentos dos colaboradores relativamente ao seu desempenho no trabalho, o que resulta, em última instância, no aumento da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e na segurança dos pacientes.

O presente trabalho, baseado numa revisão sistemática da literatura apresenta, como qualquer trabalho desta natureza, algum potencial e contributos, bem como algumas limitações, uma vez que, por um lado, não foi encontrado nenhum artigo que relacionasse os três constructos investigados: *eventos adversos*, *empowerment estrutural* e *comportamentos de mobilização*, em contextos de saúde, e, por outro lado, uma RSL é sempre uma tarefa inacabada, mas que estimula e motiva à continuação da investigação, quer teórica quer emprírica neste domínio.

Após o trabalho realizado, surgem algumas recomendações para futuras investigações, nomeadamente a realização de estudos sobre o *empowerment* em Portugal, não se limitando apenas aos contextos de saúde.

A análise dos efeitos do *empowerment* psicológico e estrutural nos comportamentos de *mobilização* também pode ser considerado como tema relevante para investigar em Portugal, dada a importância da temática e dada a pertinência do tema para uma eficaz e bem-sucedida gestão das pessoas no trabalho.

Considera-se, ainda, importante explorar a ocorrência de *eventos adversos* em contextos de saúde portugueses, uma vez que este tema é



visto, em certa medida, como um assunto tabú, já que existe, mas que se tenta esconder, e já que tem tanta influência na qualidade do serviço de saúde prestado aos doentes.

E, finalmente, o modelo estrutural em que esta revisão se baseou pode funcionar como uma ferramenta bastante útil para investigar a relação entre *empowerment*, a ocorrência de *eventos adversos* e a adoção de *comportamentos de mobilização* em contextos de saúde, uma vez que, cremos, esta seja uma metodologia de investigação pioneira na comunidade científica da qual fazemos parte.

## VI - Conclusões

Feita a discussão dos principais resultados encontrados nos estudos analisados, estamos em condições de tecer algumas considerações finais e apresentar as principais conclusões de todo o trabalho por nós encetado.

Os sistemas de saúde têm evoluído imenso nas últimas décadas devido às mudanças estruturais resultantes da globalização e ao avanço tecnológico. Assim, o estudo das práticas de organização do trabalho nas organizações hospitalares e a sua influência na ocorrência de *eventos adversos* e nos *comportamentos de mobilização* dos profissionais de saúde, é, sem dúvida, de extrema importância.

Nos dias de hoje, a segurança é uma das maiores preocupações dos sistemas de saúde e o *empowerment* corresponde a um eixo central da Promoção da Saúde e pode funcionar como uma ferramenta que permite melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

As organizações hospitalares podem tornar-se mais eficientes e eficazes ao promover uma satisfação psicológica e emocional dos profissionais de saúde através da adoção de um conjunto de práticas que permitam o *empowerment* estrutural e que mobilizem os profissionais de saúde.

O *empowerment* estrutural permite não só atrair e reter enfermeiros, mas também a criação de um clima de segurança para os

pacientes que suporta a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Para melhorar os resultados organizacionais, é necessário criar condições que aumentem o *empowerment*, o envolvimento, o comprometimento e a *mobilização*.

O *empowerment* permite tornar o trabalho mais satisfatório e mais útil para cada colaborador, assegurando que cada indivíduo tenha influência no seu trabalho, participe nas tomadas de decisão, seja mais autónomo e responsável.

Uma cultura de *empowerment* e de *mobilização* tem efeitos positivos para as organizações na medida em que permite que os colaboradores se identifiquem mais com a organização e desempenhem melhor o seu trabalho. No caso das organizações de saúde, esses dois processos podem melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, a segurança dos pacientes e, por sua vez, diminuir a ocorrência de *eventos adversos*.

### Referências Bibliográficas

- Adams, R. (2008). *Empowerment, Participation and Social Work* (4<sup>a</sup> ed.). New York: Palgrave Macmillan.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of The American Medical Association*, 288 (16), 1987-1993.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Jan-Jul de 2011). *Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Obtido em 14 de Novembro de 2012, de <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>
- Armstrong, K., & Laschinger, H. (2006). Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture: Making the Link. *J Nurs Care Qual*, 21 (2), 124-132.
- Bezerra, A., Queiroz, E., Weber, J., & Paranaguá, T. (2012). Eventos adversos: Indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital centinela. *Enfermería Global*, pp. 198-209.
- Braga, Q., Bezerra, A., Paranaguá, T., & Silva, A. (2011). *Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de eventos adversos e incidentes na Unidade de Pronto Socorro de um Hospital da Rede Sentinela*. Obtido em 14 de Novembro de 2012, de [http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/QU\\_\\_REN\\_.PDF](http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/QU__REN_.PDF)
- Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projecto de Promoção à Saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 20 (4),

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

1088-1095.

Chaboyer, W., Johnson, J., Hardy, L., Gerke, T., & Panuwatwanich, K. (2010). Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 1111-1119.

Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Smith, D. (2003). The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. *Nursing Research*, 52 (2), 71-79.

Dempsey, J. (2009). Nurses' values, attitudes and behaviour related to falls prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 838-848.

Fazenda, I. (2005). *Empowerment e Participação, Uma Estratégia de Mudança*. Obtido em 14 de Novembro de 2012, de <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>

Gilbert, S., Laschinger, H., & Leiter, M. (2010). The mediating effect of burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviors. *Journal of Nursing Management*, 18, 339-348.

Hugonnet, S., Chevolet, J.-C., & Pittet, D. (2007). The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 35 (1), 76-81.

Knol, J., & van Linge, R. (2009). Innovative behaviour: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (2), 359-370.

Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 260-272.

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

- Morton, A., Cook, D., Mengersen, K., & Waterhouse, M. (2010). Limiting risk of hospital adverse events: Avoiding train wrecks is more important than counting and reporting them. *Journal of Hospital Infection*, 76, 283-286.
- Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (4), 275-277.
- Paré, G., & Tremblay, M. (2007). The Influence of High-Involvement Human Resources Practices, Procedural Justice, Organizational Commitment, and Citizenship Behaviors on Information Technology Professionals' Turnover Intentions. *Group & Organization Management*, 32 (3), 326-357.
- Quinn, R. & Spreitzer (1997). The Road to Empowerment; Seven Questions Every Leader Should Consider. *Organizational Dynamics*, 26 (2), 37-49.
- Sommer, M., Nunes, O., Hipólito, J., Brites, R., Pires, M., & Pires, P. (2010). Empowerment e Percurso Académico: Voltar à Escola Depois dos 23 Anos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (pp. 1671-1681). Universidade do Minho.
- Spreitzer, G. (2008). Taking Stock: A Review of More Than Twenty Years of Research on Empowerment at Work. In J. Barling, & C. Cooper, *The SAGE Handbook of Organizational Behavior* (Vol. 1, pp. 54-72). Londres: SAGE Publications.
- Spreitzer, G. (1996). Social Structural Characteristics of Psychological Empowerment. *Academy of Management Journal*, 39 (2), 483-504.

- Stewart, J., McNulty, R., Griffin, M., & Fitzpatrick, J. (2010). Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 27-34.
- Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Horan, T., Glance, L., Zwanziger, J., et al. (2007). Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. *Medical Care*, 45 (6), 571-578.
- Thompson, N. (2007). Power and Empowerment Theory. In N. Thompson, *Power and Empowerment* (pp. 3-31). Lyme Regis: Russell House Publishing.
- Tremblay, M., & Simard, G. (2005a). La movilización de los recursos humanos: Una fuerza colectiva basada en relaciones de reciprocidad. *Revista Latino Americana de Administración*, 35, 67-86.
- Tremblay, M., & Simard, G. (2005b). La mobilisation du personnel: L'art d'établir un climat d'échanges favorable basé sur la réciprocité. *Gestión*, 30 (2), 60-68.
- Tremblay, M., Chênevert, D., Simard, G., Lapalme, M.-È. & Doucet, O. (2005). Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel: Le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail. *Gestion*, 30 (2), 69-78.
- Tremblay, M., & Wils, T. (2005). La mobilisation des ressources humaines: Une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous. *Gestion*, 30 (2), 37-49.
- Tremblay, M., Guay, P., & Simard, G. (2000). L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires: L'influence des pratiques de gestion des ressources humaines. *11<sup>o</sup> Congrès de l'AGRH*. Paris.

- Wagner, J., Cummings, G., Smith, D., Olson, J., Anderson, L., & Warren, S. (2010). The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 18*, 448-462.
- Wegner, W., & Pedro, E. (2012). A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: Prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20* (3), 1-8.
- WHO, World Health Organization. (2012a). *World Alliance for Patient Safety*. Obtido em 14 de Novembro de 2012, de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/index.html>
- WHO, World Health Organization. (2012b). *Paciente safety*. Obtido em 19 de Novembro de 2012, de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety>.
- Wils, T., Labelle, C., Guérin, G., & Tremblay, M. (1998). Qu'est-ce que la «mobilisation» des employés? Le point de vue des professionnels en ressources humaines. *Gestion, 23* (2), 30-39.

## **Anexos**

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

Ana Lau Gouveia (e-mail: [ana.lau.gouveia@gmail.com](mailto:ana.lau.gouveia@gmail.com)) 2013



### Anexo 1. Características dos Artigos Empíricos Selecionados

Artigo	# 1	#2	#3
<b>Autor(es)</b>	Bezerra, Queiroz, Weber & Paranaçuá, 2012	Wegner & Pedro, 2012	Braga, Bezerra, Paranaçuá & Silva, 2011
<b>Objectivo(s)</b>	Verificar o entendimento dos enfermeiros sobre os eventos adversos, identificar os eventos adversos mais frequentes e as medidas adoptadas pelo hospital para a segurança da assistência	Analisar como os acompanhantes/cuidadores e profissionais de saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado	Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos
<b>Palavras-chave</b>	Enfermagem, Gerenciamento de Riscos, Eventos Adversos e Iatrogenia	Segurança, Criança Hospitalizada, Erros Médicos, Cuidadores, Profissionais de Saúde	Avaliação de processos e resultados, Iatrogenia, Serviço Hospitalar de Emergência e Enfermagem
<b>Local de Realização do Estudo</b>	Brasil	Hospital-Escola de Porto Alegre, Brasil	Unidade de Pronto Socorro de um Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
<b>Amostra</b>	50 Enfermeiros	15 acompanhantes/cuidadores e 23 profissionais de saúde	94 profissionais de enfermagem
<b>Instrumentos utilizados</b>	Questionário Estruturado	Entrevista semi-estruturada	Entrevista auxiliada por um instrumento estruturado
<b>Scoring</b>	Os dados foram analisados estatística e descritivamente	Os dados gerados na entrevista foram transcritos e operacionalizados mediante a análise do conteúdo	Os relatos dos participantes foram transcritos e foi feita uma análise estatística para as diferentes variáveis
<b>Consistência Interna</b>	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
<b>Principais Resultados</b>	A maioria dos enfermeiros tem um conhecimento sobre os eventos adversos, mas alguns possuem um conhecimento superficial, limitado e inadequado, o que dificulta a tomada de decisões e evidencia a necessidade de planejar acções educativas para capacitar esses profissionais	As circunstâncias de cuidado predispoem a criança hospitalizada a eventos adversos nos cenários de cuidados de saúde, o que interfere na segurança do paciente	A maioria dos profissionais entende de forma superficial e não sistematizado o significado de eventos adversos
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	31 Referências (1995-2009)	25 Referências (2005-2011)	34 Referências (1995- 2011)

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

Artigo	#4	#5
<b>Autor(es)</b>	Chaboyer, Johnson, Hardy, Gehrke & Panuwatwanich, 2010	Gilbert, Laschinger & Leiter, 2010
<b>Objectivo(s)</b>	Avaliar os efeitos da implementação de 13 estratégias de melhoria “Transforming Care At the Bedside” nos erros de medicação, nas quedas de pacientes e nas úlceras de pressão	Perceber a influência do <i>empowerment</i> estrutural e da exaustão emocional na utilização de comportamentos de cidadania organizacional (OCB) por profissionais de saúde
<b>Palavras-chave</b>	Incidentes clínicos, Erros de medicação, Quedas de pacientes, Úlceras de pressão, Análise do controlo do processo estatístico, <i>Transforming Care At the Bedside</i>	<i>Burnout</i> , Profissionais de saúde, Comportamentos de cidadania organizacional, <i>Empowerment</i> Estrutural
<b>Local de Realização do Estudo</b>	2 unidades médicas de um Hospital na Austrália	41 unidades em dois hospitais de Ontario e 3 hospitais da Nova Escócia
<b>Amostra</b>	As duas unidades médicas eram compostas por 35 e 30 camas cada e por 26 enfermeiros cada uma	897 profissionais de saúde
<b>Instrumentos utilizados</b>	Estudo observacional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II (CWEQ-II)</i>: 4 subescalas</li> <li>2. <i>Organizational Citizenship Behaviour Scale (OCBS)</i>: 5 subescalas que calculam o <i>OCBI</i> e o <i>OCBO</i></li> <li>3. <i>Emotional Exhaustion subscale of the Maslach Burnout Inventory – General Survey (EES)</i></li> </ol>
<b>Scoring</b>	No decorrer da observação, foram examinados três tipos de incidentes clínicos nomeadamente erros de medicação, quedas de pacientes e úlceras de pressão. Esses incidentes ocorreram entre Fevereiro de 2005 e Dezembro de 2007 e a implementação das estratégias realizou-se entre Maio e Junho de 2006	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os itens foram somados, sendo depois feita uma média para cada subescala.</li> <li>2. Os resultados foram calculados através da soma de cada escala</li> <li>3. Os resultados da subescala foram obtidos através da média dos itens de cada subescala.</li> </ol>
<b>Consistência Interna</b>	Não aplicável	$a$ (CWEQ-II) = 0,78 $a$ (OCBI) = 0,81; $a$ (OCBO) = 0,77 $a$ (EES) = 0,92
<b>Principais Resultados</b>	A proporção de erros de medicação, de quedas de pacientes e de úlceras de pressão que resultaram em danos foi reduzida após a implementação das estratégias de 46,3% para 17,1%, de 97% para 51% e de 91,3% para 46,6%, respectivamente.	<p>O <i>empowerment</i> relaciona-se com os <i>OCB</i> e com o <i>burnout</i>.</p> <p>A exaustão emocional também se relaciona com os <i>OCB</i>.</p> <p>A exaustão emocional foi um mediador parcial significativa da relação entre <i>empowerment</i> e <i>OCBO</i>, mas não da relação do <i>empowerment</i> com <i>OCBI</i>.</p>
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	35 Referências (1990-2009)	32 Referências (1977-2009)

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

Artigo	#6	#7	#8
<b>Autor(es)</b>	Sommer et al., 2010	Stewart, McNulty, Griffin & Fitzpatrick, 2010	Dempsey, 2009
<b>Objectivo(s)</b>	Avaliar o impacto da reforma do Ensino Superior no <i>empowerment</i> individual	Analisar a relação entre o <i>empowerment</i> estrutural e o <i>empowerment</i> psicológico entre os enfermeiros	Testar as mudanças na adesão da prevenção das quedas resultantes da melhoria das atitudes da prática
<b>Palavras-chave</b>	<i>Empowerment</i> , Expectativas, Secundário	Motivações, Ensino	<i>Empowerment</i> Estrutural, <i>Empowerment</i> Psicológico, Enfermeiros, Contexto prático
<b>Local de Realização do Estudo</b>	Portugal	Connecticut	Austrália
<b>Amostra</b>	242 Sujeitos	72 Enfermeiros	130 enfermeiros
<b>Instrumentos utilizados</b>	1. Questionário Sócio-Demográfico (QSD) 2. Questionário de Ingresso e Adaptação ao Ensino Superior (IAES) 3. Escala Portuguesa de <i>Empowerment</i> (EPE)	1. <i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II</i> (CWEQ-II) 4 subescalas 2. <i>Psychological Empowerment Scale</i> (PES): 4 subescalas	1. Nurses' global self esteem = Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) 2. Nurses' work related values = Nursing Professional Value Scale (NPVS) 3. Nurses' work satisfaction = Index of Work Satisfaction (IWS)
<b>Scoring</b>	1. Os itens foram analisados segunda a sua frequência e percentagem 2. Os itens foram somados e depois foi feita uma média para cada uma das questões 3. Foi feita uma correlação entre as questões do IAES e as dimensões da EPE	1. A soma e a média de cada uma das subescalas forneceram resultados de 1 a 5. Posteriormente, esses resultados foram somados e foi feita uma média para criar o resultado global do <i>empowerment</i> 2. O total de cada subescala foi dividido por três (número de itens por subescala) para se obter uma média para cada subescala.	1. Os resultados foram obtidos através de uma escala de 10 a 40, sendo que resultados mais baixos representam uma maior auto-estima. 2. As médias foram utilizadas para a análise de dados 3. A análise foi feita através dos resultados globais da escala, médias totais de cada item, resultados totais dos componentes e médias totais dos componentes no trabalho
<b>Consistência Interna</b>	Não aplicável	a (CWEQ-II) = 0,67 – 0,95 a (PES) = 0,85 – 0,91	a (RSES) = 0,8793 a (NPVS) = 0,96 a (IWS) = 0,8861
<b>Principais Resultados</b>	Apesar das dificuldades de adaptação sentidas pelos estudantes, a valorização e o reconhecimento das capacidades pode potenciar os processos individuais de <i>empowerment</i> .	O <i>empowerment</i> estrutural para os enfermeiros influencia os níveis de comunicação, de autonomia, de colaboração com os médicos e gestores e os sentimentos de confiança e respeito. Observou-se uma correlação significativa entre os resultados totais do <i>empowerment</i> psicológico e estrutural.	Os valores e as atitudes que um indivíduo detém influenciam o comportamento desse indivíduo no local de trabalho. A participação nas tomadas de decisão do trabalho envolve os profissionais e origina uma maior congruência entre valores e comportamentos
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	9 Referências (1982-2010)	24 Referências (1977-2007)	52 Referências (1973-2004)

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

<b>Artigo</b>	#9	#10
<b>Autor(es)</b>	Knol & van Linge, 2009	Hugonnet, Chevrolet & Pittet, 2007
<b>Objectivo(s)</b>	Investigar a relação entre <i>empowerment</i> estrutural / <i>empowerment</i> psicológico e os comportamentos de inovação	Avaliar os efeitos da carga de trabalho nas infecções de risco em pacientes de unidades de cuidados intensivos
<b>Palavras-chave</b>	<i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire - II, Innovative Behaviour Questionnaire, Enfermeiros, Psychological Empowerment Instrument, Empowerment Estrutural</i>	Cuidados intensivos, Infecções relacionadas com cuidados de saúde, Recursos Humanos, Carga de trabalho e Vigilância
<b>Local de Realização do Estudo</b>	2 Hospitais na Holanda	Unidade de cuidados intensivos de um hospital na Suíça
<b>Amostra</b>	847 Enfermeiros	A unidade era composta por 18 camas e admite cerca de 1400 pacientes por ano com uma média de tempo de internamento de 4 dias
<b>Instrumentos utilizados</b>	<p>1. <i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II (CWEQ-II)</i>: 6 subescalas</p> <p>2. <i>Psychological Empowerment Instrument (PEI)</i>: 4 subescalas</p> <p>3. <i>Innovative Behaviour Questionnaire (IBQ)</i>: 4 subescalas</p>	Estudo observacional
<b>Scoring</b>	<p>1. Os itens foram somados e depois foi feita uma média para cada uma das 6 subescalas</p> <p>2. Os resultados foram calculados através da média dos itens para cada subescala</p> <p>3. Os itens foram somados, sendo depois feita uma média para cada subescala.</p>	As variáveis do estudo incluíram todas as infecções adquiridas na unidade de cuidados intensivos, o rácio de enfermeiro-paciente, as características demográficas, o diagnóstico de admissão e resultados severos, exposição individual a equipamentos invasivos e medicamentos seleccionados
<b>Consistência Interna</b>	<p>a (CWEQ-II) = 0,88</p> <p>a (PEI) = 0,87</p> <p>a (IBQ) = 0,96</p>	Não aplicável
<b>Principais Resultados</b>	<p>O <i>empowerment</i> psicológico e estrutural são preditores estatisticamente significativos de comportamentos de inovação.</p> <p>O <i>empowerment</i> psicológico funcionou como mediador entre o <i>empowerment</i> estrutural e comportamentos de inovação.</p>	Níveis reduzidos de profissionais de enfermagem associam-se com um aumento do risco de infecções e, como tal, as infecções adquiridas nas unidades de cuidados intensivos podem ser prevenidas através do aumento do número de enfermeiros.
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	40 Referências (1986-2006)	52 Referências (1982-2004)

<b>Artigo</b>	#11	#12
<b>Autor(es)</b>	Paré & Tremblay, 2007	Stone et al., 2007
<b>Objectivo(s)</b>	Investigar a relação entre uma configuração teórica e multidimensional de práticas de recursos humanos de alto envolvimento e intenções de <i>turnover</i>	Examinar os efeitos das condições de trabalho nos resultados de segurança de pacientes em unidades de cuidados intensivos
<b>Palavras-chave</b>	Práticas de Recursos Humanos, Intenções de <i>turnover</i> , Comprometimento organizacional, Comportamentos de cidadania organizacional, Especialista de tecnologias de informação	Segurança dos pacientes, Clima organizacional, Enfermagem, Força de trabalho e Infecções
<b>Local de Realização do Estudo</b>	Quebec	América
<b>Amostra</b>	394 membros de Canadian Information Processing Society (CIPS)	15.846 pacientes em 51 unidades de cuidados intensivos de adultos em 31 hospitais; 1095 enfermeiros
<b>Instrumentos utilizados</b>	Intenções de <i>turnover</i> = Escala de Meyer et al. (1993) 2. Comprometimento organizacional = Instrumento de Meyer and Allen (1991) 3. Justiça procedimental = Escala de Tremblay, Guay, and Simard (2001) 4. Comportamentos de cidadania organizacional = Escala adoptada por Podsakoff, Ahearne & MacKenzie (1997) e Williams & Anderson (1991). 5. Práticas de Recursos Humanos (PRH) = Escalas de Tremblay, Rondeau, and Lemelin (1998) e de Lawler, Mohrman & Ledford (1992)	A recolha de dados foi feita através de diversas fontes: 1. Medicare files 2. Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) systems 3. Administrative data 4. American Hospital Association's anual survey data (AHA) 5. Registered nurses survey
<b>Scoring</b>	Para todas as variáveis examinadas, foram calculadas as médias, os desvios-padrões e os coeficientes de correlação. Para as práticas de recursos humanos, foi feita uma análise confirmatória factorial	As estatísticas descritivas foram examinadas e foram construídas regressões multivariadas para cada resultado
<b>Consistência Interna</b>	$\alpha$ (PRH) = 0,73 – 0,86	Não aplicável
<b>Principais Resultados</b>	O reconhecimento não monetário, o desenvolvimento de competências, a justiça das recompensas e práticas de partilha de informação estão negativa e directamente relacionadas com intenções de <i>turnover</i> .	As condições de trabalho dos enfermeiros encontram-se associadas com os resultados da prestação de um cuidado de saúde e, como tal, melhorar essas condições irá promover a segurança dos pacientes.
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	18 Referências (1960-2003)	47 Referências (1964-2006)

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

<b>Artigo</b>	#13	#14
<b>Autor(es)</b>	Armstrong & Laschinger, 2005	Cho, Ketefian, Barkauskas & Smith, 2003
<b>Objectivo(s)</b>	Compreender a relação entre o <i>empowerment</i> , a qualidade da prática de enfermagem e a segurança dos pacientes	Examinar os efeitos que os enfermeiros têm nos eventos adversos, na morbilidade, na mortalidade e nos custos médicos
<b>Palavras-chave</b>	<i>Empowerment</i> , <i>Magnet</i> , Prática de Enfermagem, Segurança de Pacientes, Qualidade	Eventos Adversos, Custos, Morbidade, Mortalidade, Pessoal de Enfermagem
<b>Local de Realização do Estudo</b>	Hospital no Canadá	Califórnia
<b>Amostra</b>	34 profissionais de enfermagem	Duas bases de dados da Califórnia que incluíram: 232 hospitais e 124.204 pacientes
<b>Instrumentos utilizados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II (CWEQ-II)</i>: 6 subescalas</li> <li>2. <i>Lake's Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES)</i>: 5 subescalas</li> <li>3. <i>Safety Climate Survey (SCS)</i></li> </ol>	Duas bases de dados: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Financial Data produzida por California's Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD)</li> <li>2. State Inpatient Databases (SID) California-1997 realizada por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</li> </ol>
<b>Scoring</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os resultados das subescalas foram calculados através da média de cada item para as 6 subescalas.</li> <li>2. Os resultados das subescalas foram calculados através da média de cada item para cada uma das 5 subescalas.</li> <li>3. O resultado foi calculado através da média da subescala "clima de segurança dos pacientes"</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A primeira base de dados forneceu informações sobre as características dos hospitais, o pessoal de enfermagem e outras informações financeiras.</li> <li>2. A SID California 1997 foi a mais recente base de dados publicada e disponível na altura que estudo foi proposto e incluiu informações sobre pacientes internados entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1997</li> </ol>
<b>Consistência Interna</b>	a (CWEQ-II) = 0,70 – 0,95 a (PES) = 0,65 – 0,84 a (SCS) = 0,81	Não aplicável
<b>Principais Resultados</b>	<p>O <i>empowerment</i> encontra-se positivamente relacionado com as características da prática profissional do hospital em estudo.</p> <p>O <i>empowerment</i> relaciona-se também de forma positiva com a percepção da cultura de segurança dos pacientes.</p> <p>A combinação do <i>empowerment</i> estrutural e as características do hospital foram preditores da percepção dos enfermeiros relativamente ao clima de segurança dos pacientes na organização.</p>	<p>A ocorrência de eventos adversos encontrou-se associada com um prolongado tempo de internamento e aumento dos custos médicos.</p> <p>As características dos pacientes têm um elevado impacto na ocorrência dos eventos adversos, enquanto que as características dos hospitais têm uma influência mínima.</p>
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	28 Referências (1977-2005)	20 Referências de 1982 a 2000

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

<b>Artigo</b>	#15	#16
<b>Autor(es)</b>	Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002	Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001
<b>Objectivo(s)</b>	Determinar a relação entre o rácio paciente-enfermeiro e a mortalidade dos pacientes	Analisar a relação entre o <i>Empowerment</i> Estrutural e Psicológico, a tensão no trabalho e a satisfação no trabalho
<b>Palavras-chave</b>	Não aplicável	Não aplicável
<b>Local de Realização do Estudo</b>	Pensilvania	Canadá
<b>Amostra</b>	10.184 enfermeiros, 232.342 pacientes de cirurgia de 168 hospitais	404 Enfermeiros
<b>Instrumentos utilizados</b>	As informações sobre as características dos hospitais foram obtidas através de 1999 American Hospital Association Annual Survey (AHA) e de 1999 Pennsylvania Department of Health Hospital Survey. Os enfermeiros responderam a questionário em 1999 As admissões dos pacientes foram obtidas através de Pennsylvania Health Care Cost Containment Council entre 1998 e 1999.	1. <i>Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II</i> (CWEQ-II): 6 subescalas 2. <i>Psychological Empowerment Instrument</i> (PEI): 4 subescalas 3. <i>Job Content Questionnaire</i> (JCQ) 4. <i>Global Satisfaction Scale</i> (GSS): 4 subescalas
<b>Scoring</b>	Três características dos hospitais foram utilizadas como variáveis de controlo: dimensão, estatuto de ensino e tecnologia. Os hospitais foram agrupados em três categorias: pequena (< ou = 100 camas), média (101 a 250 camas) e grande (> ou = 251 camas). Foram examinados dois resultados do trabalho dos enfermeiros: satisfação com o trabalho e <i>burnout</i> . Os resultados das admissões incluíram 232.342 pacientes com idades entre os 20 e os 85 anos.	1. Os itens foram somados e depois foi feita uma média para cada uma das 6 subescalas 2. Os resultados foram calculados através da média dos itens para cada subescala 3. O resultado da tensão no trabalho foi criado através da transformação da escala inicial de 0 a 5 para uma escala de 0 (melhor) a 10 (pior). De seguida, foram multiplicados esses termos para criar uma escala de 0 a 100. 4. Os itens foram somados e depois foi feita uma média para cada uma das subescalas
<b>Consistência Interna</b>	Não aplicável	Não aplicável
<b>Principais Resultados</b>	Em hospitais com rácios elevados de paciente-enfermeiro, os pacientes experienciam um elevado risco de mortalidade e os enfermeiros são mais propensos a experimentar <i>burnout</i> e insatisfação com o trabalho.	Os enfermeiros sentiram que o <i>empowerment</i> estrutural no local de trabalho resulta em níveis mais elevados de <i>empowerment</i> psicológico, o que, por sua vez, influencia a tensão e a satisfação no trabalho. Contudo, a tensão no local de trabalho não tem uma influência directa na satisfação no trabalho.
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	44 Referências (1967-2002)	66 Referências (1977-2000)

Efeitos do *Empowerment* Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na percepção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura

<b>Artigo</b>	#17	#18
<b>Autor(es)</b>	Tremblay, Guay & Simard, 2000	Spreitzer, 1996
<b>Objectivo(s)</b>	Examinar a influência de quatro processos de recursos humanos (partilha de informação, <i>empowerment</i> , competências e reconhecimento) no comprometimento organizacional e nos comportamentos discricionários. Perceber o papel do comprometimento organizacional na motivação para mobilizar comportamentos discricionários no trabalho.	Analisar a relação entre as características estruturais e sociais e os sentimentos de <i>empowerment</i>
<b>Palavras-chave</b>	Mobilização, Comprometimento organizacional, Comportamentos discricionários, Partilha de informação, <i>Empowerment</i> , Competências e Reconhecimento	Não aplicável
<b>Local de Realização do Estudo</b>	Quebec	Departamentos de uma organização Fortune 50
<b>Amostra</b>	536 colaboradores	393 gestores
<b>Instrumentos utilizados</b>	Questionário estruturado	1. Questionário de <i>Empowerment</i> 2. Questionário de características sociais e estruturais 3. Questionário de percepção de apoio sociopolítico, acesso a informação e acesso a recursos 4. Questionário de Clima Organizacional
<b>Scoring</b>	Para medir as práticas de gestão de recursos humanos, foi utilizada uma escala de Likert de 7 pontos. A análise principal foi composta por uma rotação varimax de 51 itens utilizados para avaliar as práticas de gestão de recursos humanos.	1. Os itens foram somados e de seguida foi feita uma média para cada uma das quatro dimensões do <i>empowerment</i> 2. Os itens foram medidos através de uma escala de Likert de 5 pontos 3. Os itens foram medidos através de uma escala de Likert de 7 pontos 4. Cada gestor distribuiu questionários pelos seus subordinados com quem interagissem frequentemente. Após o preenchimento, os questionários eram enviados por email.
<b>Consistência Interna</b>	$\alpha = 0,87$	Não aplicável
<b>Principais Resultados</b>	Os resultados revelaram que os comportamentos discricionários são mais mobilizadores quando os colaboradores têm uma elevada vinculação afectiva para com a organização. A percepção de um elevado nível de autonomia e influência no trabalho e a possibilidade de utilizar as suas competências têm uma influência positiva na mobilização.	Este estudo suporta a ideia de que características sociais que permitam um alto envolvimento dos colaboradores cria oportunidades de <i>empowerment</i> no local de trabalho
<b>Número de Referências Utilizadas</b>	80 Referências (1965-1999)	71 Referências (1958-1994)