

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

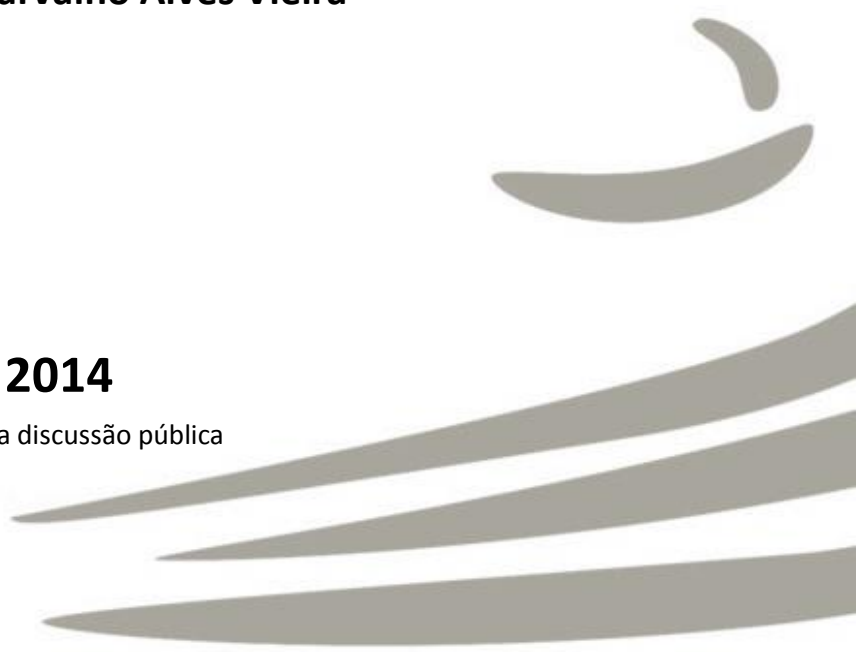
**Gestão em Enfermagem**

## **Prática de Flutuação: Que estratégia de Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem?**

**Bárbara de Carvalho Alves Vieira**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade”

Albert Einstein

## AGRADECIMENTOS

O término deste Mestrado marca o fim de um longo percurso de aprendizagem, nos meandros da investigação ao serviço da GRH em enfermagem. Acompanharam-me muitas pessoas e desde já as minhas desculpas aos que não consigo incluir nestes agradecimentos.

Obrigado a todos.

Ao Professor Doutor Pedro Lucas, mais que meu orientador, meu mentor neste percurso de aprendizagem, descoberta e crescimento pessoal. Obrigado pela introdução à gestão há tantos anos atrás e pela partilha desta paixão.

Aos meus familiares e pessoas amadas, que me incentivaram e comigo desesperaram.

Obrigado pelo amor, apoio, paciência e fé.

Aos colegas que acreditaram que me introduziram a flutuação. Aos colegas que acreditaram em mim e me inspiraram.

Muito obrigado!

## **LISTA DE SIGLAS**

BH – Banco de Horas

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CUF – Clustered Unit Floating

DGS – Direção Geral da Saúde

DI – Dia de Internamento

GRH – Gestão de recursos humanos

HCN – Horas de Cuidados Necessários

ICN – International Council of Nurses

MS – Ministério da Saúde

NREM – Nursing Role Effectiveness Model

OE – Ordem dos Enfermeiros

RH – Recursos Humanos

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCDE – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UUF – Unclustered Unit Floating

## RESUMO

Os recursos humanos em enfermagem são aceites como fator competitivo nas organizações de saúde e reconhecidos como tendo um papel crucial na adequada provisão de cuidados de saúde. A manutenção de dotações seguras potencia a segurança e qualidade dos cuidados de saúde e sua prestação.

O conceito de dotações seguras é complexo e traduz a adequação da quantidade e qualidade dos enfermeiros às necessidades de cuidados dos clientes. Apesar do dimensionamento previsto, as dotações seguras são comprometidos pelo variável número e necessidades de cuidados dos clientes e pelo absentismo incontrolável dos enfermeiros. Cabe aos gestores encontrar as estratégias que dêem resposta a estes desafios.

A flutuação é apontada como uma estratégia que tem acompanhado a enfermagem e com ela, evoluído. São identificadas múltiplas abordagens da gestão de recursos humanos, na literatura internacional, com variáveis *outcomes*. A realidade nacional carece de investigação pelo que este trabalho se propôs identificar as práticas de flutuação numa organização de saúde nacional e a respectiva abordagem por parte da gestão de recursos humanos em enfermagem. Através de um estudo de caso, que visou a identificação das práticas de flutuação, foram entrevistados enfermeiros com um papel interventivo e decisório nestas práticas.

Os resultados apontam para uma prática de flutuação congruente com as primeiras abordagens identificadas na literatura. A compreensão do processo de transição, subjacente à flutuação, pode auxiliar os gestores na identificação das áreas de influência possível, no sentido de potenciar *outcomes* desejados.

Palavras-chave: Enfermagem; Gestão de recursos humanos; Práticas de flutuação

## **ABSTRACT**

Nursing human resources are accepted as a competitive factor in health care organizations and internationally recognized as playing a crucial role in the adequate provision of health care. Maintaining safe staffing levels promotes the safety and quality of health care provision.

Safe staffing reflects a complex concept that seeks to match the quantity and quality of nursing staff, to the clients health needs. Despite the pre-planning of staff sizing, client variables, such as number and health care needs, and uncontrollable nurse absenteeism, compromise safe staffing levels. Nurse Managers must find the necessary strategies to deal with these challenges.

Floating is credited as a human resource strategy that has long been used in the nursing context, having evolved with it. There are many management approaches to this practice, as identified in international literature, each with different outcomes. Floating practices in the National context are, as of yet, unstudied. This study proposed to identify floating practices in a national health care organization and the respective human resources management approaches. Through a case study we aimed to identify floating practices by interviewing nurse managers with a role in the decision making and implementation processes.

The findings are congruent with earlier human resources management approaches to floating, as described in the literature. The understanding of the underlying transitions process, related to floating, can help nurse managers in the identification of areas of influence so as to promote desired outcomes.

Key-words: Nursing; Human resource management; Floating practices

<b>ÍNDICE</b>	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>11</b>
<b>1. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</b>	<b>11</b>
<b>2. GESTÃO DE EQUIPAS E OUTCOMES</b>	<b>24</b>
<b>3. PRÁTICAS DE FLUTUAÇÃO E TRANSIÇÕES</b>	<b>34</b>
<b>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO</b>	<b>45</b>
<b>1. METODOLOGIA</b>	<b>45</b>
1.2. Objectivos	46
1.3. Instrumento de colheita de dados	46
<b>2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>49</b>
2.1. Desafios da GRH em Enfermagem	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> <i>The Nursing Role Effectiveness Model</i>	25
<b>Quadro 2.</b> Transições: teoria de médio alcance	40
<b>Quadro 3.</b> Desafios da GRH em enfermagem	49
<b>Quadro 4.</b> Estratégias de GRH em enfermagem	52
<b>Quadro 5.</b> Práticas de flutuação e abordagem da GRH em enfermagem	54
<b>Quadro 6.</b> Necessidades, factores motivacionais e âmbitos de influência possível	61

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 1.</b> Processo decisório subjacente às práticas de flutuação	59
<b>Esquema 2.</b> Processo de transição nas práticas de flutuação para a consecução de <i>outcomes</i> através da influência das variáveis estruturais do NREM e dos fatores motivadores	66

## INTRODUÇÃO

A gestão em enfermagem é uma realidade da prática diária de muitos enfermeiros e debate-se com os desafios que se impõem ao sector da saúde. A demanda pela competitividade, pela qualidade e pela sustentabilidade dirigem um olhar atento para os diferentes âmbitos da gestão das organizações de saúde.

A gestão de recursos humanos (GRH) em enfermagem visa assegurar as condições humanas para a prestação de cuidados em enfermagem e cuidados interdisciplinares de qualidade, zelando pela segurança e bem-estar dos clientes, enfermeiros e, simultaneamente, pela consecução dos objectivos organizacionais, numa lógica de sustentabilidade. A sustentabilidade é uma preocupação crescente das organizações e consequentemente dos actores envolvidos nos diferentes níveis de gestão das mesmas. Assim, e demonstrada a importância do capital humano desde a revolução industrial, também as organizações de saúde dedicam maior empenho aos seus recursos humanos (RH). Com o advento das questões da qualidade, o desafio está então na procura de equilíbrio entre as necessidades de cuidados, os objectivos e sustentabilidade organizacional sem comprometer a prestação de cuidados de qualidade.

A GRH procura compreender o número sustentável de enfermeiros que assegurem cuidados de qualidade, maximizem o contributo individual e colectivo e permitam, ademais, o desenvolvimento da organização e da profissão/disciplina de enfermagem. Esta compreensão está imbuída da necessidade de zelar simultaneamente pelos interesses da organização e trabalhadores. Este é um desafio difícil que requer o encontrar de um compromisso razoável para todos os interessados. O objectivo do planeamento dos RH na saúde é o de providenciar o número certo de trabalhadores, adequando os conhecimentos, atitudes e qualificações, que desempenhem as funções certas, nos locais e nos momentos apropriados para alcançar os marcos de saúde pré-determinados (International Council of Nurses - ICN, 2008). A dificuldade que hoje se enfrenta no cumprimento de dotações seguras requer respostas e soluções que ultrapassem o âmbito possível de intervenção das organizações de saúde.

Um dos âmbitos de intervenção da GRH em enfermagem diz respeito à gestão dos rácios enfermeiro-cliente para cada contexto de trabalho. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (CIE, 2006) retrata a complexidade deste desafio e desenvolve o tema das **dotações seguras** em enfermagem, referindo a importância e resultados obtidos ao seguir as

recomendações propostas. Contudo, no dia-a-dia dos serviços fazem-se sentir os impactos do número variável e variáveis necessidades dos clientes e do absentismo imprevisível dos enfermeiros, com conseqüente impacto nos rácios estabelecidos previamente.

Mas como manter dotações seguras se pela própria natureza das variáveis dos clientes e absentismo incontrolável dos enfermeiros, não se podem antever?

Quando existem factores que comprometem rácios seguros, os gestores recorrem a uma panóplia de estratégias de GRH. A literatura internacional aponta desde 1961 (Dziuba-Ellis, 2006) para a flutuação dos enfermeiros, como uma das soluções encontradas ao desafio que é a manutenção de dotações seguras. Esta prática tem variado na sua natureza, organização e abordagem estratégica da GRH em enfermagem, observa-se uma tendência evolutiva destas equipas no sentido da sua maior estruturação e formalização e abordagem estratégica por parte da GRH. Para os propósitos do presente trabalho e, para ir de encontro à nomenclatura internacional, todas as variantes de flutuação são designadas de práticas flutuantes no presente trabalho.

Em Portugal não existem estudos sobre esta temática sendo que, decorrente da nossa experiência, é uma estratégia à qual recorre a GRH em enfermagem para fazer face a uma necessidade pontual e temporária de RH. Não obstante, em Portugal, como noutros países, a GRH tem enfrenta o mesmo desafio de adequar os RH ao variável número e necessidades dos clientes, desafio dificultado pelo absentismo dos RH em enfermagem, em particular o incontrolável.

Por este motivo proponho-me realizar um **estudo exploratório de carácter qualitativo, tipo estudo de caso**. Este trabalho tem assim como **objectivo conhecer e analisar o modo como as organizações de saúde recorrem e abordam, enquanto estratégia de gestão de recursos humanos, as práticas de flutuação em enfermagem e compreendê-las no contexto da literatura produzida a nível internacional**.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. Uma primeira sobre o enquadramento conceptual discorrendo sobre a GRH em enfermagem, a gestão de equipas e os *outcomes*, as práticas de flutuação e as transições. A segunda parte do trabalho reporta-se à parte empírica do trabalho e descreve o objectivo geral e os objetivos específicos do trabalho, os participantes em estudo, o instrumento de colheita de dados e toda a apresentação, análise e discussão dos resultados.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS**

Num contexto de crescente enfoque na qualidade, aliada à necessidade de maior competitividade económico-financeira, a GRH é alvo de escrutínio nas organizações de saúde. Pelo peso que os RH têm, pelo seu potencial e, sendo o veículo através do qual todos os seus serviços são prestados, os RH são de vital importância para a sobrevivência, longevidade e sucesso organizacional.

As organizações são as unidades sociais dominantes das sociedades complexas penetrando em todas as esferas da vida, do nascimento à morte (Bilhim, 2007). A complexidade que subjaz a este conceito põe em relevo a importância do elemento humano, que Caetano & Vala consideram ser, “no conjunto dos factores organizacionais, o principal factor responsável pela vantagem competitiva de uma organização” (2007, p. 6).

A discussão em torno da administração data da antiguidade, recebendo desde então a influência da organização da igreja católica, da organização militar e, mais recentemente e com maior impacto, a influência da revolução industrial. O percurso tem início no século XVII com a substituição das pequenas empresas e unidades familiares por empresas fabris de grandes dimensões com milhares de trabalhadores (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010). Assiste-se à mecanização do trabalho, da indústria e da agricultura que dão também lugar à degradação das condições de vida e de trabalho. Há uma insurgência contra esta realidade social e a sensibilização de alguns patrões para a importância do pessoal enquanto pedra basilar da empresa.

É então com a revolução industrial, que se cria o contexto industrial, tecnológico, social, político e económico que abre caminho ao aparecimento da teoria administrativa (Chiavenato, 2000). A anterior ênfase colocada na tarefa, pela *Administração Científica*, e na estrutura organizacional, é colocada nas pessoas que trabalham e participam nas organizações. A Abordagem Humanística cede o enfoque para os aspectos psicológicos e sociológicos (Chiavenato, 2000).

Contudo, é apenas nas primeiras décadas do século XX, com a adopção da filosofia Taylorista, que se assiste à estruturação da função de pessoal. Os princípios da gestão científica transformam a gestão de pessoas e pavimentam o futuro da gestão de pessoal do

século XX (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010). A ênfase é colocada no elemento humano devido ao reconhecimento da sua dimensão estratégica e simbólica, e do impacto do mesmo e de tais dimensões na eficácia organizacional. Assim, a GRH passa a ser objecto de reflexões teóricas, com intuítos descritivos, normativos ou até prescritivos (Caetano & Vala, 2007).

Na década de 70 assistem-se a profundas alterações no contexto externo das organizações, com implicações internas para a organização e a relação entre os indivíduos e a empresa (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010). Estas alterações colocam a função de pessoal sob o escrutínio das exigências de eficiência e efectividade, compreendidas na óptica dos objectivos e da competitividade da organização.

A função de pessoal, ou a gestão de pessoal sofre uma necessária evolução e dá lugar ao conceito de GRH, que diz respeito “a todas as decisões e ações que afetam a relação entre as organizações e os seus empregados” (Bilhim, 2007, p. 29). Bilhim (2007) considera que envolve todas as ações respeitantes à seleção, formação, desenvolvimento, recompensas e relações com os empregados. O mesmo autor considera que o gestor de RH assume o papel interpessoal, de liderança e ligação de atividades, o papel informativo, de monitorização, disseminação, de representação externa, e o papel decisor, papel empreendedor que resolve problemas, afeta recursos e negocia. Considera ainda que contribuem para a realização/desempenho ao nível individual, departamental e organizacional as quatro funções da gestão de recursos humanos: a seleção, a avaliação de desempenho, a compensação e o desenvolvimento.

Deste modo, a GRH procura dar resposta a uma panóplia de situações imergentes e emergentes do quotidiano das organizações, alinhando e dirigindo as respostas com a visão, missão e objectivos das mesmas. Interessa aos gestores compreender como as organizações podem gerir as pessoas com vista ao aumento da respectiva capacidade produtiva e criativa, conseguindo simultaneamente conter os custos do trabalho em limites sustentáveis (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010). Esta tríade de necessidades cria dois desafios, que se reportam à criação de ambientes de trabalho estimulantes e criadores e a necessidade de controlar e eliminar comportamentos indesejados.

Não existem soluções universais no que se reporta à gestão de pessoas, contudo, existem princípios comuns a todos os contextos profissionais. Todas as pessoas têm a necessidade de

realizar trabalho significativo num ambiente organizacional estimulante onde impera o respeito (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010). Uma política de GRH da saúde consiste numa declaração formal de prioridades que contempla dois objectivos simultâneos e indissociáveis. A determinação formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir a consecução dos objectivos, expectativas e necessidades presentes e futuras de saúde, assegurando ao longo da sua vida o bem-estar e o desempenho das pessoas que trabalham no sistema de saúde (Biscaia, Conceição, Martins & Ferreirinha, 2003). Através da assessoria, do apoio, da inspiração, da sensibilização e da participação na definição e implementação da estratégia da empresa, o departamento de RH desempenha um papel fulcral (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010).

A GRH permeia os vários níveis da organização, sendo que a sua estrutura organizacional dita o modo como a política de RH se operacionaliza. A estrutura organizacional refere-se ao esqueleto da organização, isto é, ao modo como as actividades são divididas, organizadas e coordenadas, conforme são apresentadas no organograma, sendo esta a estrutura que define e limita a amplitude de acção da e na organização (Frederico & Leitão, 1999; Bilhim, 2001; Pina e Cunha, 2000). As relações formais e as obrigações dos diferentes membros da organização vêm estipuladas na definição de funções e nos manuais de procedimentos (Bilhim, 2001). A estrutura organizacional define e estipula as regras de conduta e interacção entre os seus elementos, existindo três factores que condicionam este processo. São eles a **complexidade**, a **formalização** e a **centralização**, sendo que definem o modo como a organização divide o trabalho em tarefas e o modo como se articulam entre si (Frederico & Leitão, 1999; Bilhim, 2001; Pina e Cunha, 2000). Compreende deste modo a atribuição de responsabilidades, a tomada de decisão, o agrupamento de funções, a coordenação e o controlo, definindo e condicionando os canais de comunicação entre os diversos componentes e níveis da organização.

A **complexidade** diz respeito aos “múltiplos graus de especialização, a divisão de trabalho, os níveis hierárquicos, as extensões da organização e as filiais que possa ter” (Bilhim, 2001, p. 23). Isto é, aos níveis de diferenciação existentes dentro de uma organização, podendo ser diferenciação horizontal (separação entre os vários departamentos), diferenciação vertical (número de níveis hierárquicos existentes) e diferenciação geográfica (dispersão dos diferentes locais de trabalho) (Frederico & Leitão, 1999). “A complexidade é uma variável

importante porque a ela estão ligados vários processos centrais para os resultados da organização, nomeadamente a comunicação, a coordenação e o controlo” (Pinha & Cunha, 2000, p. 225).

A **formalização** reporta-se à definição das regras, procedimentos e normas escritas, instituídas pela organização, para orientar o comportamento dos vários membros (Bilhim, 2001), isto é, a extensão na qual as funções dos funcionários estão definidas por escrito (Pina e Cunha, 2000), padronizando, assim, os cargos na instituição (Frederico & Leitão, 1999).

A **centralização** e a **descentralização** reportam-se ao *locus de controlo*, isto é, aos centros do poder decisório (Pina e Cunha, 2000). A estrutura organizacional é tanto mais centralizada quanto mais o poder está concentrado num único ponto da organização (Frederico & Leitão, 1999). A descentralização da estrutura organizacional compreende a existência de múltiplos centros decisórios ao longo da cadeia hierárquica, compreendendo, em diferentes graus, a autonomia e a delegação.

Cabe aos gestores compreender o modo como as organizações podem gerir as pessoas por forma a aumentar a capacidade produtiva e criativa, mantendo simultaneamente em limites sustentáveis os custos associados ao trabalho (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010).

a gestão de pessoas refere-se então às políticas, práticas e sistemas que influenciam o comportamento, as atitudes e o desempenho dos membros da organização no sentido de aumentar a competitividade e a capacidade de aprendizagem da organização (...). Estes processos incluem a determinação das necessidades de RH (planeamento de RH); a atracção de potenciais novos membros (recrutamento); a escolha e contratação (selecção); a formação relativamente aos procedimentos de trabalho e o desenvolvimento de competências futuras (formação e desenvolvimento; gestão de carreiras); a avaliação da sua actuação (avaliação de desempenho); a retribuição e motivação (compensação); a criação de um ambiente de trabalho positivo (climas organizacionais positivos, relações laborais construtivas, saúde ocupacional, estética e higiene no trabalho) (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010, p. 59).

A gestão pode assim ser compreendida como um processo que incorpora tanto os aspectos técnicos como interpessoais, através dos quais os objectivos são atingidos pelo eficaz e eficiente utilização dos recursos (Grohar-Murray & DiCroce, 1997, referido por Fagerström, 2009). Fagerström (2009) refere que na enfermagem, o processo de gestão consiste na colheita de dados, no planeamento, organização e gestão de pessoal, liderança e controlo. “Cabe ao gestor de recursos humanos compreender as relações positivas entre a satisfação e

desempenho, o desempenho social da empresa e o desempenho financeiro e entre as características organizacionais autênticas (*i.e.*, a organização é autêntica, de confiança e vital para as pessoas) e o desempenho financeiro” (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2007, p. 39).

a natureza da gestão – quer na perspectiva da eficiência (relação meios/objectivos), quer na vertente da eficácia (resultados alcançados e seu impacto a médio e longo prazo), quer pelo lado da economia (ciências dos recursos escassos) – exige que o profissional da gestão tenha, entre os seus instrumentos essenciais de trabalho, os rácios (Bilhim, 2007, p. 107).

Visto como uma actividade da GRH, a alocação de pessoal compreende a manutenção de um correto rácio trabalho-trabalhadores (rácio cliente-enfermeiro) e é por isso essencial a um *outcome* favorável. A literatura discorre assim sobre a temática das *Dotações Seguras*. Não existe um consenso generalizado sobre o conceito das dotações seguras sendo ainda de difícil universalização. É contudo, consensual que se reporta a “situações dos cuidados e que há elementos que incluem a existência de números adequados de pessoal para ir de encontro à complexidade das necessidades dos clientes num determinado espectro de ambientes” (CIE, 2006, p. 3).

O Ministério da Saúde (MS) e a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) no *Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência* salientam que a dotação de enfermeiros é indissociável da qualidade dos cuidados prestados e da segurança dos cuidados. Neste documento é reconhecida a especificidade, o conteúdo funcional e a autonomia científica da natureza da prestação de cuidados de enfermagem. Significa isto, que a GRH em enfermagem enfrenta um conjunto específico de desafios aquando do seu dimensionamento.

O conceito das dotações seguras reflecte uma dupla vertente, a quantidade de enfermeiros e a qualidade desses enfermeiros. Isto é, o número e as variáveis que caracterizam cada enfermeiro individualmente num determinado contexto da prestação de cuidados. A qualidade refere-se ao conjunto particular de competências, experiências e saberes de cada enfermeiro individualmente, e de cada enfermeiro no seio da equipa. A combinação dos diversos elementos, que em equipa asseguram a prestação de cuidados em determinado contexto, reporta-se ao conceito de *skill mix*. Este conceito objectiva a manutenção de um conjunto alargado de competências e saberes que contribuem para a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. É ainda apresentado na literatura de modo mais abrangente,

compreendendo ademais a combinação de elementos das várias equipas multiprofissionais (Buchan & Poz, 2002; Antunes & Moreira, 2013; CIE, 2006) referido como *staff mix*.

O CIE dedica a totalidade de uma publicação, *Dotações Seguras Salvam Vidas* (2006), à temática das dotações seguras e procura fornecer recomendações sobre a sua implementação. Os cuidados de saúde são reconhecidos como uma prioridade política ao nível nacional e internacional, apesar de a prestação de cuidados de saúde se debater com dificuldades criadas pelo inadequado fornecimento de pessoal de saúde, neste caso, de enfermeiros. A compreensão do conceito de dotações seguras, adequadas de enfermeiros tem sofrido alterações e está intimamente relacionada com a segurança dos clientes. Assim compreende: “carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação de pessoal, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem” (CIE, 2006, p. 5), bem como situações previsíveis de absentismo (descansos, folgas, férias, entre outros).

Desta nova perspectiva sobre o que são as dotações seguras brotou a relação com indicadores chave, introduzindo-se deste modo o elemento de segurança dos clientes. O MS e a OE reforçam esta ideia referindo que

o cálculo das citadas necessidades não pode, assim, limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou tempo médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também aspectos como as competências profissionais, a arquitectura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (2011, p.8).

O dimensionamento de pessoal trata, assim, da “adequação de pessoal em aspectos quantitativos e qualitativos, para desenvolver o cuidado de enfermagem para um determinado número de pacientes” (Echer, Moura, Magalhães & Piovesan, 1999, p. 66). Determina os rácios cliente-enfermeiro em qualquer momento e contexto de cuidados e procura ter em conta as situações de absentismo previsível e imprevisível. Este dimensionamento é complexo pois tem de dar resposta a um número variável e de complexidade variável de clientes. Em termos organizacionais este desafio trata do dimensionamento de pessoal e, ao nível dos serviços, da feitura de horários nos quais os enfermeiros são distribuídos em diferente número e qualidade pelos diferentes turnos.

Tradicionalmente o método para analisar a alocação de RH tem sido o de calcular o rácio cliente-enfermeiro, isto é, tendo em conta a capacidade máxima de cada serviço, calcular o

rácio cama-enfermeiro, ou quantidade de doentes (Fagerström, 2009). Do mesmo modo, também a distribuição dos clientes em cada turno aos enfermeiros escalados, é tradicionalmente feita por número equitativo de clientes, ou camas, não sendo tido em conta a complexidade de cuidados. Face a esta situação surgem várias referências na literatura a diferentes sistemas de classificação de clientes. Estes propõem-se garantir o cumprimento das reais e individuais necessidades de cada cliente (Fagerström, 2009). Procuram ainda criar e garantir condições de trabalho favoráveis para os enfermeiros, mantendo simultaneamente um nível de intensidade óptima de enfermeiros, isto é, permitir uma situação em que as necessidades dos pacientes e os RH disponíveis estejam equilibrados.

A correta dotação de pessoal está sustentada numa panóplia de estudos e instrumentos criados para classificar o grau de complexidade dos clientes e quantificar o trabalho previsto do enfermeiro. Contudo, estes instrumentos apresentam múltiplas limitações, sendo na sua maioria de implementação complexa e restrita à implementação em contextos similares àquele para o qual foram criadas. As especificidades do contexto, cliente e especialidade clínica têm um peso preponderante na determinação das necessidades de cuidados. A maior dificuldade reside na quase impossibilidade de com precisão determinar o número de horas necessárias para a prestação de determinado conjunto de cuidados, logo o número de enfermeiros necessários à mesma prestação de cuidados. O CIE (2006) refere que os instrumentos existentes não conseguem capturar mais do que 40% do trabalho do enfermeiro nalguns contextos de cuidados. Para além disto, há um desfasamento entre a altura em que são aplicados os instrumentos de classificação dos clientes para determinação das horas de cuidados necessários (HCN) e a adequação do número de enfermeiros. Isto é, na altura do ajustamento do número de enfermeiros pode já ter havido alterações das necessidades de cuidados. Estes instrumentos, por si só são insuficientes, mas em contexto auxiliam a determinação do número de enfermeiros necessários e respectiva distribuição (número e características dos doentes ao cuidado de cada enfermeiro) no turno e ajudam a defender o argumento perante os responsáveis da gestão e a classe política. Isto é, são um ponto de partida ao argumento das dotações seguras.

Outro desafio que as dotações seguras enfrentam é a impossibilidade de universalizar orientações políticas dado a variabilidade dos contextos de cuidados. O que é correto em determinado contexto e momento, pode na semana seguinte ser diferente, e sê-lo-á certamente diferente se olharmos para contextos similares (dois serviços de uma mesma especialidade)

até numa mesma organização. Regras e orientações políticas rígidas fomentam situações de excesso ou falta de enfermeiros, com os consequentes prejuízos anteriormente referidos.

A realidade nacional não contempla a determinação ao nível organizacional de uma definição e implementação própria de dotações seguras, havendo recomendações do número mínimo de enfermeiros a cumprir. Têm, perante uma dotação de enfermeiros pré-estabelecida em cada turno, um número total de enfermeiros na organização com diferentes vínculos profissionais à mesma. A flexibilidade dos diferentes níveis de gestão reporta-se à alocação e mobilidade dos RH dentro da organização, podendo ainda, quando necessário recorrer à contratação a termo, aos recibos verdes ou ao recurso a empresas de prestação de serviços.

Num contexto em que imperam preocupações com a qualidade dos cuidados, traduzidos em indicadores mensuráveis, reconhece-se a necessidade de adoptar metodologias e critérios que coadunem os objectivos organizacionais e que os convertam em necessidades de profissionais para calcular o número de enfermeiros necessários nos diferentes contextos da prestação de cuidados (MS & OE, 2011). Em Portugal estas metodologias e fórmulas de cálculo derivam do cruzamento dos dados do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCDE) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SCDE “visa, de forma objectiva e uniforme, identificar e caracterizar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, através da categorização por indicadores críticos e segundo um padrão de qualidade definidos” (MS & OE, 2011, p. 6). Os dados obtidos derivam da informação produzida no decurso de 23 anos, condensando aproximadamente 25 milhões de registos numa base de dados nacional. Por sua vez o SAPE procura traduzir o pensamento em enfermagem através de uma linguagem universal que procura “padronizar e documentar a caracterização da saúde da pessoa, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, bem como os resultados consequentes à optimização do processo de decisão clínica” (MS & OE, 2011, p. 6). Da análise dos resultados destes instrumentos resultam as HCN por Dia de Internamento (DI). Não obstante, estes instrumentos “carecem de aperfeiçoamento articulado e disseminação a fim de permitirem evidenciar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e a obtenção da carga de trabalho (em HCN) para efeitos de dotação dos recursos necessários” (MS & OE, 2011, p. 6). Ademais estas metodologias foram baseadas em dados de 2009, sendo que as recomendações só foram emitidas em 2011. Dadas as rápidas e profundas alterações sentidas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e nos seus clientes desde 2009, pode-se questionar a actualidade e adequabilidade destas recomendações.

As organizações, aquando do dimensionamento de pessoal, procuram prever a longo prazo as necessidades de cuidados globais. Estas são orçamentadas e aprovadas num período pré-determinado do ano. Contudo, existem variações diárias e sazonais do número de clientes e da complexidade de cuidados dos mesmos, para os quais muitas organizações não têm mecanismos formais de resposta (Meglino, 1979). Há, deste modo, um desfasamento entre a aprovação orçamental e a variação das necessidades de cuidados. O MS e a OE (2011) apresentam fórmulas de cálculo da dotação de enfermeiros nos diversos contextos da prestação de cuidados, especificando as HCN por DI por valência/serviço. Estas fórmulas constituem linhas orientadoras para as organizações de saúde a quem é reservada a flexibilidade de as ajustar de acordo com indicadores próprios.

A optimização de recursos deriva de um difícil equilíbrio entre um número mínimo e um número máximo de enfermeiros, uma vez que qualquer um dos extremos cria situações que são prejudiciais aos *outcomes* do cliente, enfermeiro e organização. O número máximo de enfermeiros pretende prevenir, assim, situações em que, não ocorrendo absentismo, haja enfermeiros disponíveis para a prestação de cuidados que ultrapassem as necessidades de cuidados. Este é um desafio com que a GRH desde sempre se deparou. Já em 1959 Kong-Ming, Nite & Callahan (referido por Meglino, 1979) escreveram sobre os efeitos adversos do sobre dimensionamento referindo que pode induzir tédio e inquietude, e resultar numa maior sensação de cansaço. Por outro lado, o número mínimo de enfermeiros pretende assegurar uma prática de enfermagem segura (*outcomes* do cliente, enfermeiro e organização) em situações de absentismo previsível e imprevisível e de aumento das HCN, mesmo que por períodos de tempo reduzidos.

A inadequação dos RH em enfermagem pode, assim, sentir-se em duas frentes. Na primeira situação pode dar-se o caso, de por diminuição das HCN, por exemplo, haver horas de cuidados disponíveis, havendo portanto enfermeiros disponíveis. A disponibilidade de horas de cuidados, se não forem realocados, é prejudicial ao orçamento da organização, dado o trabalhador estar a ser pago, sem no entanto produzir. Para além disto, a falta de produtividade fomenta a inércia e pode ainda contribuir para a insatisfação laboral e um menor sentimento de concretização profissional. Na segunda situação temos um aumento das HCN às horas de cuidados disponíveis. Isto é, há falta de enfermeiros para prestar os necessários cuidados a um conjunto de clientes num determinado contexto da prestação de

cuidados. A literatura demonstra haver uma relação inversa entre a dotação e a morbilidade e a mortalidade e efeitos adversos. Para além disto,

as dotações seguras mostraram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressaram à força de trabalho activa (CIE, 2006, p. 15).

O agendamento, ou feitura dos horários de enfermagem nos diferentes serviços é essencial à prestação dos cuidados, utilização dos recursos e satisfação dos trabalhadores (Silvestro & Silvestro, 2000), mas acresce-lhe o desafio de equilibrar as necessidades do serviço e do pessoal com os requisitos de equilíbrio financeiro da organização. O dimensionamento do pessoal para a realidade de um serviço e a respectiva distribuição dos mesmos pelos diferentes turnos procura abranger o tamanho do serviço, a variabilidade das necessidades de cuidados, a previsibilidade de taxa de ocupação e a complexidade do *skill mix*. O gestor encarregue de fazer os horários tem ainda de equacionar estes fatores face às necessidades pessoais dos enfermeiros alocados ao serviço; exigências nem sempre em perfeita sintonia. Quando as necessidades pessoais e a organização familiar são dificultadas, observa-se a insatisfação dos trabalhadores com impacto negativo sobre os *outcomes* e custos para a organização por aumento do absentismo e *turnover* (Ovretveit, 1992, referido por Silvestro & Silvestro, 2000).

Os gestores de RH precisam de compreender o que motiva as pessoas e o que motiva os grupos para poder influenciá-los e inspirá-los a contribuírem para os objectivos comuns.

a motivação pode ser entendida de forma mais simples como o que dá energia, dirige e mantém o comportamento humano. Em GRH, muitas vezes entende-se a motivação como o desejo pessoal para fazer o melhor possível o seu trabalho ou para fazer todo o esforço que for possível para cumprir as tarefas ou atingir os objectivos que foram propostos e aceites (Bilhim, 2007, p. 194).

No contexto da organização Maslow apresenta uma escala hierárquica das necessidades humanas, adaptada à realidade organizacional (Benson & Dundis, 2003). Nele os cinco níveis hierárquicos, da mais básica à mais complexa, são as seguintes: necessidades fisiológicas (salário); necessidades de segurança (ambiente de trabalho seguro); necessidades sociais (pertença social aos grupos laborais); necessidade de estima (reconhecimento do trabalho); necessidade de auto-realização (desafios no trabalho) (Benson & Dundis, 2003).

Por sua vez, a Teoria da Motivação de Herzberg apresenta dois conjuntos de factores motivacionais, que vão de encontro às necessidades de Maslow: os factores extrínsecos ou

higiénicos (condições laborais, o salário, políticas organizacionais, a supervisão e as relações interpessoais) e os factores motivadores intrínsecos (realização, reconhecimento, responsabilidade, a natureza do trabalho em si e as promoções) (Bilhim, 2007). Esta teoria postula que factores intrínsecos ou extrínsecos, que incidem sobre a satisfação e ausência de satisfação respectivamente, permitem aos indivíduos satisfazer as suas necessidades pessoais e experienciar satisfação laboral (Ball, 2003, referido por Lephalala, Ehlers & Oosthuizen, 2008). Os gestores estão numa posição vantajosa para influenciar os factores que motivam os indivíduos e os grupos para que estes sejam mais produtivos e alcancem o seu potencial.

As motivações dos indivíduos vão desde motivações sociais a morais e requerem uma atenção da gestão que vai para lá da adequação salarial. Implica a criação de ambientes estimulantes, de desenvolvimento pessoal e profissional contínuos através da criação de oportunidades de formação, do reforço de redes sociais de confiança e cooperação que estimulem o empenhamento, a criação de sentimentos de afiliação dentro da organização através do reforço da identificação dos indivíduos com a mesma, da definição de carreiras e da justa avaliação de desempenho (Biscaia, Conceição, Martins & Ferreirinha, 2003; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, Cabral-Cardoso, Marques & Gomes, 2010). Contudo, o supra citado depende de dotações seguras para ser viabilizado. Isto porque as dotações seguras não só contribuem para *outcomes* dos doentes, como também dos enfermeiros. Assim, dotações seguras contribuem positivamente para a saúde, a exaustão emocional e a insatisfação laboral, situações amplamente descritas na literatura e penosas para as organizações.

O desfasamento entre as reais necessidades de cuidados e as horas de cuidados disponíveis, traduzidos em RH cria contextos que exigem a intervenção dos gestores de modo a colmatar as falhas e redistribuir os excessos. Têm à sua disposição uma panóplia de estratégias de GRH, a flutuação, o Banco de Horas (BH), as horas suplementares, o chamar enfermeiros nos seus dias de folga, recorrer a enfermeiros de empresas de prestação de serviços, ou viver com a falta de enfermeiros, sobrecarregando os enfermeiros que ficam a assegurar a prestação de cuidados (Bard & Purnomo, 2005). Nos casos em que a estratégia de GRH escolhida resulta numa sobrecarga laboral ou horária para os enfermeiros existem consequências a contabilizar.

A flutuação é pontual, na qual um enfermeiro, por um período limitado de tempo, é mobilizado para prestar cuidados noutra serviço. Por um lado, permite o aproveitamento de

RH disponíveis num serviço onde ele faz falta, procurando-se assim assegurar rácios que assegurem a prestação de cuidados seguros.

O BH é um regime na qual é contabilizado o diferencial horário entre as horas contratadas e as horas efectivamente trabalhadas, podendo ser negativo (o enfermeiro trabalhou menos horas do que aquelas para os quais foi contratado) ou positivo (o enfermeiro trabalhou mais horas do que aquelas para as quais foi contratado). Em qualquer um dos casos este saldo horário é contabilizado e pode ser saldado no mês seguinte. Na situação em que não é possível saldar um diferencial horário positivo com o respectivo período de descansos ou folgas, pode ainda optar-se pelo pagamento de parte ou da totalidade das horas a haver, conforme seja acordado entre trabalhador e organização. O artigo 208º da subsecção II do Capítulo II do Código de Trabalho aprovado pela Lei 7/2009, de 12 de Fevereiro (Diário da República, 1.ª série — N.º 30 — 12 de Fevereiro de 2009) dispõe o enquadramento legal dentro do qual este instrumento pode ser aplicado e utilizado.

O Código de Trabalho define ainda o regime de horas suplementares. De modo resumido estas correspondem, no caso dos enfermeiros, à prestação de cuidados, num período que acresce ao horário contratualizado e pelo qual recebem uma compensação monetária por cada hora de trabalho em regime de trabalho suplementar. O recurso às horas suplementares prevê-se uma solução de último recurso. Em primeiro lugar pela sobrecarga laboral que impõe aos profissionais e por não prever a compensação do trabalho extra com descansos correspondentes. Numa ficha técnica apresentada pelo ICN, *A Enfermagem Importa* (ICN, 2009), são salientadas as consequências nefastas da sobrecarga laboral dos enfermeiros para a sua saúde, trabalho e vida familiar. Estas consequências incluem o aumento da ocorrência de acidentes e lesões em serviço, de *burnout* e um impacto negativo sobre a vida social (ICN, 2009). As horas suplementares podem realizar-se continuando a jornada de trabalho, ou prestando cuidados num dia anteriormente destinado ao descanso. Há ainda o esforço financeiro a que obriga as organizações, sendo assim uma solução financeiramente pesada e à qual se procura recorrer por períodos finitos de tempo enquanto outra solução de GRH não se torna viável. Como refere o CIE “os enfermeiros que trabalham continuamente em horas extraordinárias ou que trabalham sem apoios adequados tendem a ter um maior absentismo e pior saúde” (2006, p. 13).

Outra solução que é evidenciada na literatura é o recurso a empresas de prestação de serviços. A literatura não é consensual ao apresentar as vantagens e desvantagens desta estratégia, até porque os moldes da sua implementação variam de contexto para contexto. Contudo, do ponto de vista organizacional pode ser uma estratégia economicamente vantajosa, no sentido em que apenas são pagas as horas de trabalho efectuadas, contratualizadas de acordo com as necessidades. Por outro lado, são apresentadas desvantagens para os enfermeiros na medida em que este regime de trabalho não confere a sensação de segurança, afiliação e pertença a uma equipa, necessárias a uma prática profissional satisfatória (Pronger, 1998; Hall & Doran, 2001).

Por último, a organização pode viver com a falta de enfermeiros, quer por opção, quer por impossibilidade de recorrer a estratégias de GRH que maximizam os recursos existentes, ou por impossibilidade de contratar ou ainda recorrer a empresas de prestação de serviços. Neste caso, a organização vê-se a braços com a falta de enfermeiros e o respetivo impacto nos *outcomes*, sendo que todos os intervenientes ficam a perder, tanto os clientes, os enfermeiros e a organização.

## 2. GESTÃO DE EQUIPAS E OUTCOMES

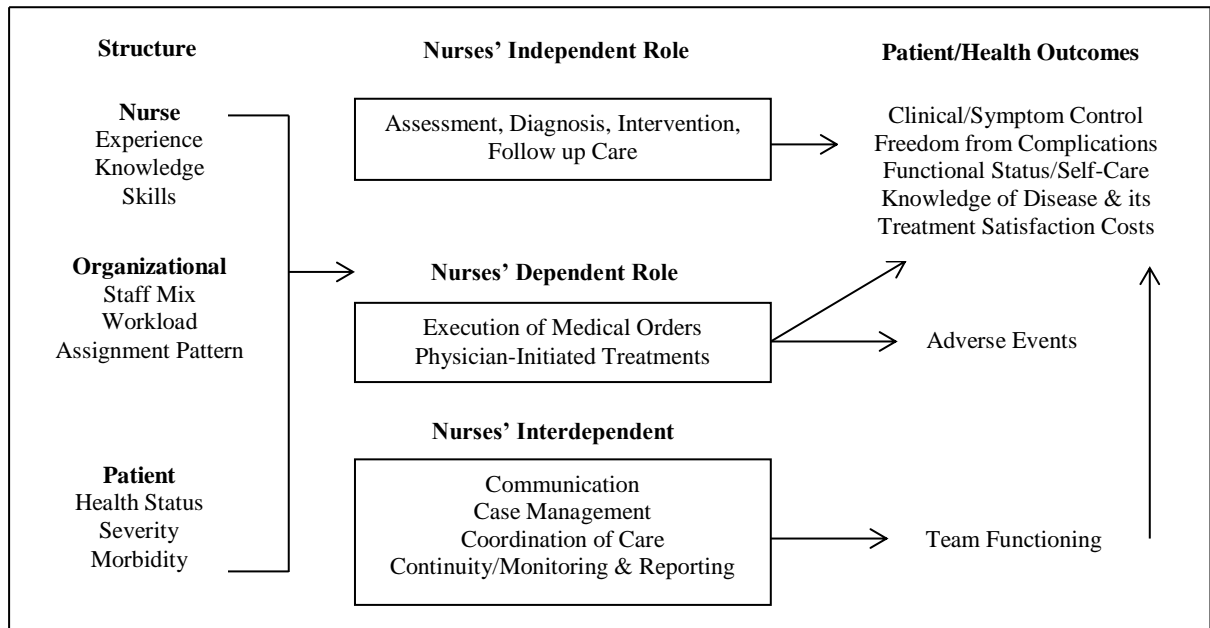
A disciplina de enfermagem compreende a prestação de cuidados a pessoas, por pessoas que, necessitam também de ser cuidadas. Os enfermeiros são, assim, pessoas que cuidam de pessoas. Porém estes cuidados derivam da gestão dos prestadores de cuidados, os enfermeiros. Os enfermeiros necessitam de ter as condições contextuais, materiais e humanas para o óptimo desempenho das suas funções. Os gestores e enfermeiros com responsabilidades de gestão são elementos estratégicos para moldar e influenciar a envolvente dos enfermeiros, bem como intervir junto deles de modo a potenciar os talentos individuais no seio de uma prestação que se preconiza em equipa.

O MS e a OE (2011) relevam a responsabilidade pelos serviços de saúde e o conceito de prestação de cuidados nas discussões políticas. Reconhecem, contudo, que a responsabilidade é dificultada pelo inadequado fornecimento de pessoal. A prática de enfermagem rege-se segundo um enquadramento e normativo legal que responsabiliza o indivíduo, o enfermeiro, pela prestação de cuidados, mesmo quando estes são prestados no contexto de uma equipa multiprofissional. Isto significa, em última análise, que o enfermeiro é sempre responsável. “As dotações seguras constituem portanto um elemento crítico para os enfermeiros, já que têm impacto sobre a sua capacidade para efectuar cuidados adequados. A responsabilidade aumenta num contexto clínico no qual haja infra estruturas e dotações inadequadas” (MS & OE, 2011, p. 14).

A prestação de cuidados de saúde aos clientes envolve um sistema de prestadores de cuidados de saúde que interagem e providenciam cuidados com o propósito de alcançar *outcomes* desejados (Irvine, Sidani & Hall, 1998). Para compreender os *outcomes* e o percurso subjacente é necessário olhar o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) que tem por base o modelo estrutura-processo-outcome da qualidade dos cuidados proposto por Donaedian em 1980 (referido por Irvine, Sidani & Hall, 1998).

Os *outcomes*, no contexto dos cuidados de saúde referem-se aos resultados dos cuidados (Doran et al, 2006). O NREM dá enfoque aos *outcomes* sensíveis ao processo, isto é, aos cuidados de enfermagem quer estes sejam cuidados dependentes, interdependentes ou independentes, inseridos num contexto ou variável estrutural que compreende o enfermeiro, a organização e o cliente.

**Quadro 1.** *The Nursing Role Effectiveness Model.*



**Fonte:** Irvine, Sidani & Hall, 1998.

Como referido anteriormente as dotações seguras referem-se a mais que o número de enfermeiros por cliente, ou por horas de cuidados. O conceito das dotações seguras engloba as variáveis de estrutura que são determinantes para os *outcomes*. Irvine, Sidani & Hall (1998) mencionam **três variáveis estruturais: o enfermeiro, a organização e o cliente**, que influenciam os processos e *outcomes* dos cuidados.

A **variável estrutural enfermeiro** refere-se à experiência, conhecimentos e competências dos enfermeiros que afectam a qualidade dos cuidados de enfermagem (Irvine, Sidani & Hall, 1998). Estes são factores a contabilizar no momento de elaborar os horários para que o conjunto de enfermeiros a prestar os cuidados aos clientes em cada turno assegurem cuidados seguros e de qualidade.

A **variável estrutural do cliente** reporta-se aos factores que o caracterizam enquanto cliente e alvo dos cuidados de enfermagem e que condicionam o impacto das variáveis estruturais do enfermeiro nos *outcomes* de saúde/cliente (Irvine, Sidani & Hall, 1998). São portanto a idade, função física no momento da admissão, o estado de saúde, a gravidade da doença e a(s) comorbilidade(s). Estes factores são, assim, tidos em conta quando considerada a combinação de pessoal em cada turno. São as variáveis estruturais do cliente que determinam as necessidades

de cuidados condicionando e face às quais a gestão de recursos humanos é planeada e ajustada.

São **variáveis estruturais da organização** as variáveis com enfoque nas medidas e padrões de dimensionamento de pessoal, o que inclui a carga laboral, a disponibilidade de enfermeiros (*staff mix*, dotações diárias de enfermeiros, rácios de enfermeiros/clientes) padrões de atribuição de clientes (métodos de organização do trabalho de enfermagem) (Irvine, Sidani & Hall, 1998). A literatura dos *outcomes* menciona o *staff mix*, contudo este conceito não é aplicável à realidade nacional da prática de enfermagem. O *staff mix* refere-se à combinação de enfermeiros com diferentes graus académicos e diferentes graus de competências profissionais. Isto é, o curso base de enfermagem pode corresponder a diferentes graus académicos, havendo diferentes “níveis” de enfermeiros. Em Portugal todos os enfermeiros são formados como enfermeiros generalistas com o grau académico de Licenciatura, pelo que é mais correto falar em *skill mix*. As variáveis estruturais são cruciais para a GRH pois condensam os fatores com influência direta na qualidade da prestação de cuidados e nos quais os gestores podem ter um papel interventivo, ajustando-os à medida das necessidades.

A prática de enfermagem desenvolve-se no seio de uma equipa multiprofissional e multidisciplinar em colaboração com os seus diferentes membros. A disciplina de enfermagem tem áreas nas quais tem uma atuação autónoma, isto é, um **papel independente** nas acções que incluem a avaliação, o diagnóstico de enfermagem, a intervenção e o acompanhamento dos cuidados; uma actuação dependente, ou seja, um **papel dependente** aquando da execução de ordens e tratamentos prescritos por médicos e uma actuação interdependente, ou **papel interdependente** na comunicação, aos colegas e membros da equipa multiprofissional, de mudanças no estado de saúde do cliente, na gestão dos casos clínicos, na coordenação dos cuidados, na continuidade dos cuidados, na continuada monitorização e no reportar de informações pertinentes. São estes diferentes papéis que compõem a variável do processo do NREM (Irvine, Sidani & Hall, 1998).

O papel interdependente dos enfermeiros contribui directamente para o trabalho em equipa e a sua funcionalidade, influenciando os *outcomes* do cliente/saúde. Por sua vez o papel dependente dos enfermeiros é determinante na prevenção dos efeitos adversos e assim por sua vez nos *outcomes* do cliente/saúde. Por último o papel independente dos enfermeiros é determinante nos *outcomes* do cliente/saúde e referem-se, então, ao controlo clínico/de

sintomas, à inexistência de complicações, aos *status* funcional/autocuidado, ao conhecimento da doença e seu tratamento, à satisfação do cliente e aos custos associados aos seus cuidados.

O componente *outcome* inclui os *outcomes* sensíveis aos cuidados de enfermagem entendido, segundo Johnson & Maas (1997, p. 22, citado por Irvine, Sidani & Hall, 1998) como o estado geral, comportamento ou percepção do cliente que resultam dos cuidados de enfermagem (*outcome* do cliente). Irvine, Sidani & Hall (1998) apresentam seis categorias principais de *outcomes* de saúde/cliente. São eles a prevenção de complicações (segurança ou prevenção de lesões, infecção, complicações associadas à imobilidade, complicações associadas aos desequilíbrios hídricos); o controlo de sintomas e indicadores do estado de saúde; conhecimento da doença e seu tratamento (conhecimentos do cliente do processo de doença, da medicação administrada, conhecimento e atitudes de saúde, e comportamentos de adesão); a saúde funcional (função física e social, cognitiva e mental, continência e mobilidade, autocuidado, e função no domicílio); a satisfação do cliente e os custos associados aos cuidados de saúde.

A efectiva capacidade dos enfermeiros de se empenharem nas funções dos seus papéis dependente, interdependente e independente é influenciada pelas variáveis estruturais do enfermeiro, cliente e organização. A literatura internacional evidencia uma ligação directa entre adequadas dotações de enfermeiros e a diminuição da morbidade e mortalidade associados ao erro.

O conceito de dotações seguras compreende a premissa de que adequados rácios de clientes-enfermeiros permitem adequado tempo para prestar os necessários cuidados de enfermagem, dando assim resposta às necessidades dos clientes com impacto nos seus *outcomes* (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002). Irvine, Sidani & Hall (1998) apresentam múltiplos *outcomes* ligados aos cuidados de enfermagem nomeadamente, *outcomes* clínicos, funcionais, de conhecimento, de satisfação dos clientes e custos associados aos cuidados/tratamentos. Está também documentado o esforço financeiro a que obriga a resolução ou tratamento de situações associadas ao erro ou aumento do período de hospitalização (Irvine, Sidani & Hall, 1998). Erros de administração de medicação, maior incidência de úlceras de pressão, maior prevalência de infecções do trato urinário, respiratório, trombose e comprometimento pulmonar após grandes cirurgias, quedas, menor satisfação dos clientes, maior taxa de reinternamento e maior incidência de *stress* e *burnout* nos enfermeiros, entre outros, são

situações adversas decorrentes de inadequadas dotações de enfermeiros (CIE, 2006). Muitos dos estudos no qual o CIE (2006) se baseia, reportam a melhoria de resultados dos clientes mediante o aumento do número de enfermeiros. Contudo, como salientado anteriormente, a dotação adequada de enfermeiros existe entre um número mínimo e máximo de enfermeiros, salvaguardando os fatores que compõem o conceito de dotações e as variáveis estruturais do enfermeiro referidos no NREM, para maximizar a eficiência e eficácia e garantir assim *outcomes* do cliente, enfermeiro e organização.

A gestão económico-financeira de qualquer organização de saúde engloba várias vertentes, sendo que a preocupação com as dotações seguras poderá não receber a devida atenção se não for aliada à preocupação pela segurança dos doentes (CIE, 2006). Apesar de estarem documentados, nalguns contextos, os gastos associados à resolução do erro ou ao tratamento de infeções e úlceras de pressão associadas a menores dotações de enfermeiros, não está documentada a poupança potencial prevista com a diminuição da morbilidade e mortalidade associada ao erro, face às maiores despesas com pessoal referentes a dotações seguras. É este cálculo económico-financeiro que é requerido para que se possam persuadir as entidades decisórias ao nível organizacional e político.

O elemento humano nas organizações de saúde é consensualmente apresentado como determinante para o seu sucesso e longevidade, uma vez que é através dos RH que as organizações operacionalizam e concretizam a sua missão, visão e objectivos. Assim, Perfeito refere que

organizações Excelentes gerem, desenvolvem e libertam o pleno potencial das suas pessoas ao nível do indivíduo, da equipa e da organização, que promovem a justiça e a igualdade, e envolvem e dão autonomia (*empowerment*) às suas pessoas e que recompensam e dão reconhecimento, de um modo que motiva os colaboradores e fomenta o compromisso para a utilização das suas competências e conhecimentos em benefício da organização (2008, p. 39).

A maximização do potencial humano começa com um cuidado planeamento e projecção das necessidades globais de RH e respectivo impacto orçamental para determinado período. Este planeamento é de longo prazo, ocorre ao nível da organização e traduz-se na dotação de enfermeiros. O planeamento que ocorre ao nível dos serviços é de médio prazo e traduz-se na elaboração dos horários que abrangem períodos de 4 semanas a um mês. Por último, há o planeamento de curto prazo que ocorre diariamente aquando de variações abruptas nas necessidades de cuidados ou disponibilidade de horas de cuidados, isto é, de enfermeiros.

Ao nível dos serviços o horário é feito para um período de quatro semanas, nas quais os enfermeiros são distribuídos pelos diversos turnos. Por sua vez, já no serviço, é atribuído um conjunto de clientes a cada enfermeiro. Esta distribuição pode ser feita por “camas”, isto é, são atribuídos os clientes internados num determinado grupo de camas, muitas vezes decidido por proximidade geográfica das mesmas; pode ser feita empiricamente com base no grau de dependência de cada doente, de modo a que a carga de trabalho esteja mais igualmente distribuída ou pode ser feita com base em sistemas de classificação de doentes em enfermagem que procuram prever as HCN e assim otimizar e maximizar os recursos disponíveis, isto é, os enfermeiros.

Existem vários métodos de organização de trabalho dos enfermeiros que Marquis & Huston (2005) e Costa (2004) e Frederico & Leitão (1999) enumeram. O método integral, global, ou individual em que o enfermeiro assume a prestação da totalidade dos cuidados aos clientes que lhe foram atribuídos. O método funcional, no qual as tarefas relacionadas com os cuidados são distribuídas pelos vários elementos da equipa de enfermagem, segmentando-se o trabalho. O método de Enfermagem em equipa na qual a totalidade dos cuidados são prestados por um grupo de enfermeiros a um conjunto de clientes sob o comando de um enfermeiro, maximizando os conhecimentos e experiência individuais em prol do grupo. Por último, o método de Enfermagem primária, de Enfermeiro de referência ou de Enfermeiro Responsável reporta-se à prestação de cuidados na qual um enfermeiro assume a responsabilidade pela totalidade dos cuidados referentes ao cliente que lhe foi atribuído durante a duração do internamento. Nesta situação, o planeamento dos cuidados, a preparação para a alta e a transmissão da informação necessária à equipa multiprofissional são da sua competência, com vista a uma maior individualização dos cuidados e colaboração com o cliente e seus cuidadores.

Independentemente do modo como o trabalho é dividido e organizado, a prestação dos necessários cuidados preconiza-se como o fruto de trabalho de equipa: equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar ou equipa multiprofissional. O trabalho em equipa é quase uma bandeira consensualmente defendida quando o tema em destaque se relaciona com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ou a satisfação profissional (Lopes, 2006). Até ao final dos anos oitenta o trabalho em equipa era um tema dominante apenas no meio académico (Pina e Cunha, Rego, Campo e Cunha & Cabral-Cardoso, 2007). “As organizações esforçam-se para que os grupos de trabalho sejam unidades coordenadas e autocorretivas” (Bilhim,

2001, p. 375), isto porque o comportamento das pessoas em grupo é mais do que a soma das acções individuais.

Os grupos surgem, quer por constituição formal da estrutura organizacional com atribuição de funções e tarefas, quer informalmente para satisfação das necessidades sociais dos membros da organização (Bilhim, 2001). Ao processo de socialização, a que estamos sujeitos desde o nascimento, está inerente a constituição de grupos, formais, informais, familiares e laborais. Bilhim (2001) refere que os grupos surgem para dar resposta a necessidades de segurança, *status*, auto-estima, poder e alcance de objectivos, sendo o potencial do grupo superior ao do indivíduo.

No seio de uma organização falamos de equipa de trabalho compreendida como “colectivos de trabalho que desejam otimizar o funcionamento da sua área: o conjunto de empregados de diferentes níveis hierárquicos ou de diferentes áreas da organização, que desejam melhorar a coordenação e aumentar a produtividade” (Barbier, Berton & Boru, 1996, referidos por Bilhim, 2007, p. 192). Segundo Bilhim (2007) para a eficácia das equipas de trabalho são necessários dois factores, a missão, responsável pela animação e exercício da liderança das equipas, e as competências, que materializados em cada pessoa são a base para a criação de grupos de trabalho. A eficácia das equipas baseia-se no pressuposto de que os esforços coletivos superam a soma dos esforços individuais.

Em todos estes grupos existem regras de conduta que determinam a pertença aos mesmos. As relações e dinâmicas estabelecidas influenciam, com particular interesse, o desempenho do indivíduo e do grupo nos contextos formais. Por esta razão é de reconhecida importância o grupo como unidade de análise, uma vez que “o comportamento dos grupos difere consideravelmente do comportamento individual, introduzindo uma nova série de considerações e factores que vêm complicar o trabalho do gestor” (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2007, p. 402). Importa aos gestores trabalharem as forças e fricções do grupo/equipa de modo a efectivar o potencial do mesmo e assim caminhar para a consecução de *outcomes*.

Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso (2007) definem grupo como três ou mais pessoas que interagem entre si, que estão psicologicamente conscientes uns dos outros e têm a percepção de constituir um grupo, compreendendo a nomenclatura de grupo e equipa como equiparáveis. Williams (1996, referido por Stonehouse, 2011) apresenta uma distinção

entre grupo e equipa que tem na sua base o tipo de gestão a que está sujeito e o envolvimento dos seus membros. Isto é, as equipas necessitam de líderes e os seus elementos estão envolvidos na mudança e inovação. Por sua vez os grupos precisam de gestores e estão envolvidos no trabalho diário da organização. Bilhim (2007) faz esta mesma distinção referindo que a equipa é um grupo muito coeso envolvido nas metas e objectivos que unem os elementos. Por sua vez, o grupo de trabalho é mais formal, exigindo menor envolvimento e coesão dos seus elementos e menor liderança.

Não obstante a nomenclatura defendida, a coesão do grupo é factor de importância nas equipas de trabalho e assim de interesse para a gestão. A coesão por si só não aumenta a produtividade, ao invés, reduz a variabilidade de produtividade entre os membros do grupo ou equipa de trabalho (Bilhim, 2007). Apesar do supramencionado, a coesão contribui positivamente para o clima organizacional tornando a vida na organização mais fácil, serena e com menor tensão, potenciando a eficácia da cooperação dos membros. Do mesmo modo o maior apoio percebido pelos membros da equipa pela gestão fomenta maior produtividade. Bilhim (2007, p. 193) diz ainda:

reconhece-se que o facto de os gestores conhecerem o processo de nascimento das normas de um grupo e a forma como reforçam os padrões de comportamento lhes serve de ajuda no diagnóstico das tensões latentes e na gestão dos problemas enfrentados no dia-a-dia da organização.

Num estudo levado a cabo por Kalisch, Lee & Rochman (2010), no qual procuram explorar a influência das características do serviço, do pessoal e do trabalho de equipa na satisfação laboral dos profissionais, eles ressaltam o trabalho em equipa como propício à satisfação dos profissionais, *outcome* dos enfermeiros.

Independentemente das características do grupo ou equipa, em última análise, os profissionais de saúde, de maior interesse ao presente estudo, os enfermeiros, trabalham uns com os outros numa dinâmica que lhes é particular. Os clientes atribuídos a cada enfermeiro podem variar nos diferentes turnos, sendo que a cada turno há um enfermeiro diferente a assegurar os necessários cuidados aos mesmos, continuando, deste modo, o trabalho iniciado por outro seu colega. Garante-se deste modo a continuidade dos cuidados. Irvine, Sidani & Hall (1998) referem que as variáveis estruturais do enfermeiro e da organização condicionam o processo com variáveis impactos nos *outcomes*. O desempenho do papel interdependente dos enfermeiros pode afectar a qualidade da comunicação e coordenação interprofissional (Irvine Sidani & Hall, 1998) condicionando o desempenho e dinâmica da equipa, assim como a

qualidade da comunicação interprofissional (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002), de vital importância para a efectiva continuidade dos cuidados. Num estudo desenvolvido por Kalisch, Lee & Rochman (2010) eles aferiram que maiores níveis de trabalho de equipa e melhores percepções de adequado pessoal, isto é, rácios, resultam em maior satisfação laboral e profissional dos enfermeiros. Eles inferem no seu estudo que o melhor trabalho em equipa é preditor de cuidados mais seguros e de maior qualidade, enfatizando o papel do gestor na implementação de medidas que reforcem o trabalho de equipa e melhorem as suas dinâmicas.

Deste modo, um outro factor com impacto no desempenho da equipa é a liderança, ou estilo de liderança. A liderança efetiva influencia os *outcomes* organizacionais tais como a satisfação dos profissionais, a retenção dos profissionais de enfermagem e a qualidade dos cuidados (Doran et al, 2004). A liderança refere-se à capacidade de influenciar, motivar e capacitar os outros a contribuir para a efectividade e sucesso das organizações dos quais são membros (House & Aditya, 1997, citado por Doran et al, 2004). Num estudo desenvolvido por Hall e Doran (2001) a liderança em enfermagem foi identificada como tendo uma influência importante em todos os *outcomes* do estudo. Estas autoras referem que enfermeiros cuja percepção da liderança era positiva apresentavam maior satisfação laboral, menores percepções de pressão e ameaça laboral e tensão com os papéis, *role tension*. A tensão com os papéis, ou *role tension*, reflete a falta de clareza na definição dos papéis e responsabilidades entre os elementos da equipa e/ou conflitantes responsabilidades associadas aos diferentes papéis (Hall & Doran, 2001). Acrescentam ainda que a satisfação dos enfermeiros pode afetar os *outcomes* dos clientes uma vez que influencia a qualidade das interacções com os mesmos.

Transversal aos diferentes estilos de liderança apresentados pela literatura, é a amplitude de controlo, *span of control*, compreendido como o número de pessoas abrangido pela liderança do gestor. Esta teoria diz-nos que, à semelhança da dotação de enfermeiros, o número óptimo de enfermeiros sob a tutela de um mesmo gestor existe entre um número mínimo, de modo a prevenir o “excesso de chefias”, e um número máximo de enfermeiros, número até ao qual o gestor consegue exercer influência sobre os seus subordinados (Pina e Cunha, 2000). Quando excedido, diminui a capacidade de efectiva liderança, podendo até ser prejudicial aos *outcomes* (Doran et al, 2004). A perda de efectividade da liderança influencia o desempenho da equipa o que, por sua vez, influencia a variável do processo do NREM e, consequentemente, os *outcomes* do cliente (satisfação do cliente), enfermeiro (satisfação do enfermeiro com impacto positivo no *turnover*) e organização (com impacto positivo na coesão

grupais e stress laboral e conseqüentemente na satisfação laboral e *turnover*) (Doran et al, 2004). Stonehouse (2011) refere ainda que quando o trabalho em equipa é mal desempenhado, a organização enfrenta dificuldades na consecução dos seus objectivos, há uma diminuição na qualidade dos cuidados e serviços prestados, a moral e satisfação dos trabalhadores diminui e os clientes podem ter uma experiência de cuidados insatisfatório ou até negativa.

A gestão de equipas é do interesse da GRH em enfermagem na medida em que o seu sucesso contribui para a consecução dos objectivos organizacionais, a qualidade dos cuidados e serviços prestados, a moral da equipa e a satisfação dos enfermeiros e clientes e uma experiência positiva de cuidados (Stonehouse, 2011). Os grupos/equipas passam por um processo de desenvolvimento no qual há uma definição de papéis para os elementos destas equipas (Stonehouse, 2011; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2007 e Bilhim, 2001). Esta formação contempla 4 etapas, a formação, a tempestuosidade, a formação de normas e o desempenho (Stonehouse, 2011; Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha & Cabral-Cardoso, 2007), sendo que Bilhim (2001) acrescenta uma quinta etapa. Na formação os elementos conhecem-se e começam a compreender os papéis uns dos outros, testando-se mutuamente. É durante a etapa da tempestuosidade que são decididas as funções de cada um. Esta segunda etapa só termina quando a autoridade vigente se encontra clarificada e aceite. Na terceira etapa são definidas as normas, ideias partilhadas pelos diferentes elementos sobre os códigos de conduta. É nesta etapa que a coesão e relação próxima entre os elementos do grupo se faz sentir, prevalecendo um forte sentido de identidade e camaradagem. Na fase do desempenho o grupo trabalha em equipa e cumpre os objectivos a que se propõe. A quinta etapa apresentada por Bilhim (2001) refere-se à eminente dissolução da equipa período durante a qual há uma maior preocupação com a perda de amizade e companheirismo do que com a concretização das necessárias tarefas.

### **3. PRÁTICAS DE FLUTUAÇÃO E TRANSIÇÕES**

A GRH em enfermagem debate-se com desafios que são próprios à natureza da sua prestação de cuidados. Os clientes de enfermagem, em contexto hospitalar, são mutáveis e de complexidade variável. Os cuidados são prestados por enfermeiros que trabalham por turnos, com diferentes dotações, graus de especialização e experiência. Esta dotação é pré-estabelecida tendo em conta as especificidades do serviço, o número médio e complexidade média de cuidados dos clientes e a preocupação com a qualidade dos cuidados e a segurança dos profissionais e clientes em mente. Não obstante o cuidado planeamento e a criteriosa projecção das necessidades de RH, existem variáveis que minam estes esforços, tais como alterações abruptas das variáveis dos clientes, aumento do número de clientes, diminuição do número de enfermeiros, entre outros. Estas dotações, prevendo situações de absentismo - descansos, folgas, férias, etc. - não contabilizam situações imprevisíveis, criando necessidades para as quais a GRH em enfermagem precisa de dar resposta.

Acresce, portanto, o desafio de suprir as necessidades pontuais e não previsíveis decorrentes em particular do absentismo incontrolável que se deve a doença do trabalhador ou familiar, acidentes, funerais, audiências jurídicas, tempestades ou outros acontecimentos inesperados (McDonal e Shaver, 1981, referido por Echer, Moura, Magalhães & Piovesan, 1999; Chiavenato, 1999). Estas resultam numa alteração das dotações previstas, podendo comprometer ademais a segurança dos profissionais e clientes. A escassez de enfermeiros na prestação de cuidados é uma realidade que preocupa os gestores sendo que o absentismo de um enfermeiro tem um impacto tanto mais significativo quanto maior o rácio clientes-enfermeiros nos vários contextos da prestação de cuidados, isto é, quanto mais clientes há para um menor número de clientes.

Como referido anteriormente existem várias estratégias de GRH à disposição dos gestores, nomeadamente as práticas de flutuação, o BH, as horas suplementares, a chamada de enfermeiros nos seus dias de folga, o recurso a enfermeiros de empresas de prestação de serviços, o recurso a trabalhadores independentes, na gíria designados de “recibos verdes”, ou o viver com a falta de enfermeiros, sobrecarregando os enfermeiros que ficam a assegurar a prestação de cuidados a um número acrescido de clientes e por um maior número de horas semanais (Bard & Purnomo, 2005).

Decorrente da nossa experiência profissional, para fazer face à escassez de enfermeiros, é prática dos hospitais nacionais usarem os enfermeiros contratados e alocados aos diferentes serviços para fazer turnos/horas suplementares, continuando a jornada de trabalho ou trabalhando nos dias de folga, horas essas que podem ser pagas ou reverter para o BH, ou ainda viver com a falta de enfermeiros, sobrecarregando os que ficam a assegurar os cuidados a um número acrescido de clientes e por um maior número de horas semanais, comprometendo os períodos previstos para descanso.

Nos casos em que é solicitado ao enfermeiro alocado a um serviço, ou contratado especificamente para o efeito, que preste cuidados noutra serviço no cumprimento do seu horário ou em acréscimo de horário (a reverter para BH ou como turno suplementar) durante um período variável de tempo, mas sempre temporário, considera-se uma prática de flutuação. Uma vez que esta flutuação pode decorrer de várias formas, com diferentes estruturas e com maior ou menor grau de formalização por parte da GRH, utilizamos a nomenclatura *práticas de flutuação* de modo a abranger todas as variantes da flutuação. No decurso da sua explicitação serão apresentadas diferentes designações que se reportam às especificidades na abordagem da GRH a estas práticas de flutuação.

A flutuação vem descrita na literatura internacional como fazendo parte da história da enfermagem. Os primeiros registos na literatura internacional, referidos como *Float Pools*, surgem em 1961 (Dziuba-Ellis, 2006) e referem-se a práticas desestruturadas, informais e pontuais de flutuação de enfermeiros dentro de uma mesma organização. A produção literária sobre esta temática não tem sido constante, acompanhando as tendências na sua implementação (Dziuba-Ellis, 2006) e as tendências evolutivas da GRH, sendo que não se conhecem estudos nacionais. Ademais a literatura sobre as práticas de flutuação não é consensual na apresentação dos resultados nem na abordagem à temática pela escassez, desfasamento temporal e superficialidade dos estudos.

As *float pools* traduzem uma prática informal e pontual de um enfermeiro do seu serviço para um outro ou de uma equipa de enfermeiros constituída para a prestação de cuidados em regime de flutuação. Contudo, com o crescente enfoque na qualidade e na necessidade de equilibrar com o aspecto financeiro da RGH, a flutuação de enfermeiros tem sido alvo de maior organização e estruturação, constituindo-se como estratégia formal da mesma, e, neste contexto, recebendo a designação de *resource teams*.

O conceito de *float pool*, ou equipa flutuante é apresentado por Dziuba-Ellis (2006) como sendo equiparável ao de *resource team* ou equipa de recurso, por darem resposta à mesma necessidade. São ambos definidos como grupos casuais de pessoas, de recurso pontual ou permanente, contratados por uma organização para trabalhar quando necessário de modo a preencher turnos vagos, não preenchidos ou com falta de pessoal. Apesar de referir que são conceitos equiparáveis e que partilham uma mesma definição, as diferentes nomenclaturas são referidas por Dziuba-Ellis (2006) como resultantes de uma evolução nas estratégias de gestão destas equipas. Esta autora faz contudo, a ressalva de que estas nomenclaturas não são ainda universalmente empregues, em parte pela escassez de produção científica sobre a matéria, havendo sobreposição de designações. Isto é, de acordo com a diferenciação proposta por Dziuba-Ellis (2006), existem autores que designam por equipas flutuantes a estratégia de recursos humanos que melhor se enquadra no conceito de equipas de recurso.

Decorrente da nossa experiência sabemos que os enfermeiros são de há muito “emprestados” do serviço onde foram alocados, para outro(s) serviço(s) de acordo com as necessidades. As **práticas de flutuação** referem-se então a todos os contextos de flutuação na qual o enfermeiro alocado ao serviço A se desloca informalmente ao serviço B para nele prestar cuidados por um período variável de tempo, mas sempre com carácter temporário. A flutuação pode, assim, decorrer individualmente, apenas um enfermeiro flutua, ou em grupo, havendo um grupo, mais ou menos definido, de pessoas que flutuam.

Da revisão da literatura internacional são identificadas múltiplas nomenclaturas referentes às diferentes práticas de flutuação. Entre elas estão a *unclustered unit floating* (UUF), a *clustered unit floating* (CUF), as *float pool nurses* e as *resource teams*. A UUF é definida como a realocação de um enfermeiro do seu serviço permanente para um outro serviço da organização, tendo a duração de um turno (McHugh, 1997). A diferença entre a UUF e a CUF reporta-se ao local para onde os enfermeiros flutuam. Assim, esta flutuação pode ser **centralizada**, UUF, isto é, o enfermeiro flutua para qualquer serviço da organização independentemente da especialidade clínica do seu serviço de origem e do seu serviço de destino, ou **descentralizada**, CUF, isto é, o enfermeiro flutua para um serviço cuja especialidade clínica seja semelhante à do seu serviço de destino, dentro de um mesmo departamento, por exemplo (McHugh, 1997). A distinção entre os conceitos de **equipas flutuantes** ou **equipas de recurso** não é claro na literatura, sobrepondo-se o seu entendimento. As equipas flutuantes referem-se a grupos casuais de pessoas contratados

especificamente para flutuar para diferentes contextos de prestação de cuidados de acordo com as necessidades. Estes enfermeiros são orientados por um gestor da organização mas não têm uma gestão própria nem são alvos de uma estratégia formal de GRH em enfermagem (Dziuba-Ellis, 2006).

As equipas de recurso surgem mais recentemente na história da enfermagem, decorrentes da evolução na GRH e impulsionadas pelas crescentes necessidades e exigências com a qualidade e os resultados. Stenske, Biordi, Gillies & Holm (1988) define as equipas de recurso como uma equipa interna e flexível, através do qual pessoal suplementar é usado para acrescer ao pessoal permanente aquando de necessidade de RH. São caracterizadas por serem uma equipa definida cujos elementos são seleccionados com base nas características da personalidade, competências e experiência profissional. Têm uma gestão própria e recebem variáveis benefícios, dos quais o mais atractivo é a flexibilidade horária (Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988), que visam compensar a natureza particular dos cuidados que prestam. Estes incentivos são vistos como importantes no processo de recrutamento e retenção de pessoal, tornando-se uma estratégia formal de recursos humanos (Dziuba-Ellis, 2006; Balik, 2011; Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988).

Stenske, Biordi, Gillies & Holm (1988) levaram a cabo uma revisão sistemática da literatura na qual procuraram identificar a organização formal das equipas de recurso. Neste estudo, verificou-se considerável variabilidade nas estruturas financeiras, requerimentos mínimos de horário e organização formal das equipas de recurso. Em paralelo com as UUF e CUF, das *float pool*, estas podiam ser *unit based* - centradas num serviço, *divisional* – abrangendo um departamento, ambas uma prática de flutuação descentralizada, *central* – central abrangendo a totalidade da organização, flutuação centralizada, ou *combination*, flutuação mista. A contratação externa para as equipas de recurso não era consensual na exigência de experiência profissional prévia, sendo que outros hospitais recrutavam internamente, eliminando assim a necessidade de período de integração (Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988). Do mesmo modo, os incentivos a estas equipas também variavam sendo os mais comuns o incentivo salarial, a escolha do horário, do turno e tratamento preferencial aquando de uma transferência interna. Não obstante a variabilidade na estrutura e organização formal das equipas de recurso, todas estas modalidades de equipas se enquadram na nomenclatura de equipas de recurso dado terem uma abordagem formal por parte da GRH, um gestor próprio, critérios definidos de selecção dos elementos das equipas e receberem incentivos vários.

Qualquer que seja a prática de flutuação, a envolvente em que decorre a prestação de cuidados de enfermagem está sujeita a um conjunto de condicionantes e especificidades cujo impacto no enfermeiro, cliente e organização se fazem sentir. A teoria de médio alcance sobre as **Transições** de Meleis auxilia a compreensão deste impacto e do importante papel que os gestores podem ter na gestão das práticas de flutuação. Resumidamente a teoria das Transições apresenta um quadro conceptual no qual procura explicitar os processos de vida (Chick & Meleis, 1986). As transições ocorrem aquando de mudanças que causam disrupções na vida do indivíduo, sendo um conceito essencialmente positivo dado pressupor a aquisição de um conjunto de competências e uma redefinição do *self* que capacita o indivíduo a superar a disrupção, atingindo, deste modo um novo patamar de acrescida estabilidade.

As transições podem ocorrer em várias áreas da vida podendo ser de saúde-doença, de desenvolvimento, situacionais ou organizacionais (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000), sendo esta categorização baseada na mudança que desencadeou o processo de transição. Pode ocorrer apenas um tipo de transição num dado momento ou podem ocorrer múltiplas transições sobrepondo-se a respectiva durabilidade de cada processo transicional. Para além disto, é um conceito complexo que contempla três elementos: o **processo**, que envolve a disrupção e as respostas do indivíduo à mesma; o **intervalo de tempo** que se estende da antecipação do processo de transição até à consecução do novo patamar de acrescida estabilidade, e a **percepção** que se reporta à percepção que o indivíduo tem da transição nos vários momentos da interacção pessoa-ambiente, estando esta enraizada no contexto e situação.

A passagem de uma prática de enfermagem centrada numa única especialidade e serviço, para uma prática de enfermagem em regime de flutuação é o foco do estudo desenvolvido por Rich (2010). Procura compreender esta mudança à luz da teoria de médio alcance das Transições de Meleis. A mudança para uma prática de flutuação pode ser tumultuosa pelas mudanças incitadas na vida profissional e pessoal do enfermeiro. Rich (2010) refere que esta mudança acarreta não apenas uma transição de desenvolvimento pessoal e profissional, como também mudanças transicionais nas situações de vida como sejam, o horário laboral, as interacções e dinâmicas familiares e mudanças na rede social. Ademais acarreta uma mudança no modo como os RH são alocados aos serviços e uma mudança na consistência e ambiente laboral dos enfermeiros.

Para os enfermeiros há uma radical mudança no contexto no qual prestam cuidados, (desenraizados de um serviço específico); no modo como se perspectivam os cuidados prestados (pela impossibilidade de rotinizar os cuidados); como se vêem no desempenho do papel do enfermeiro e na assunção desse papel perante os restantes colegas, bem como no modo como estes os vêem a eles, enfermeiros flutuantes; como esta mudança tem impacto na sua vida pessoal (pelo assumir de responsabilidades exigentes e absorventes com impacto na vida pessoal pela menor disponibilidade para a mesma ou por uma alteração horária) havendo ainda uma mudança no papel que desempenham dentro da organização e para a organização.

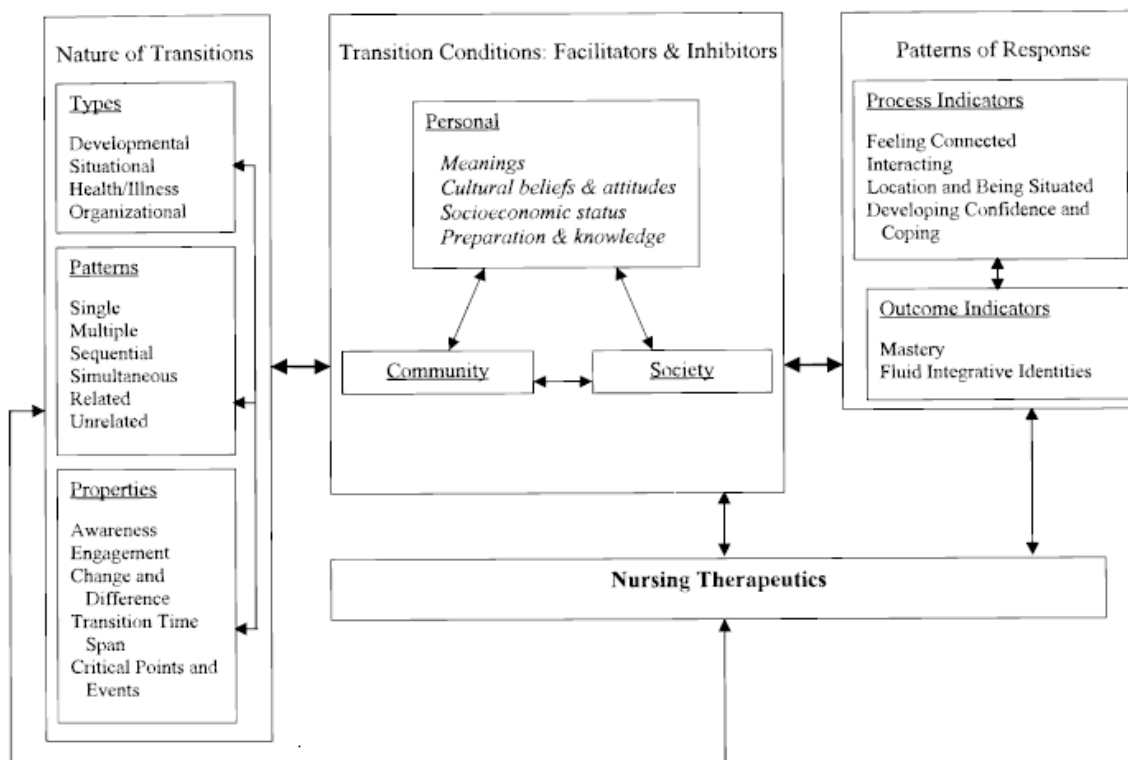
Qualquer que seja a transição, ela é caracterizada pela natureza da transição, pelas condições que a facilitam ou inibem e pelos padrões de resposta. A natureza das transições reporta-se ao tipo, padrão e propriedades da transição. As propriedades da transição referem-se à consciência de que se está numa transição, ao envolvimento ou comprometimento com o processo transicional, à capacidade de identificar as diferenças e mudanças entre o anterior e o novo estado, ao período de tempo no qual decorre a transição e aos pontos e eventos críticos que marcam o processo transicional (Rich, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

As condições transicionais referem-se ao contexto pessoal, social e material no qual ocorre a transição, incluindo o sentido que deriva das experiências de vida, crenças culturais e atitudes, *status* socioeconómico, o nível de preparação e os conhecimentos (Rich, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Contribuem para isto as variáveis do enfermeiro, experiência, conhecimentos e competências, referidas por Irvine, Sidani & Hall (1998) e certas características pessoais, da personalidade apontadas no estudo Linzer, Tilley e Williamson (2011) que verificaram contribuir para a saudável gestão da flutuação. Esta evidência aponta no sentido de haver um perfil mais adequado a esta modalidade de prestação de cuidados e pode ser usada para nortear as perguntas nas entrevistas de selecção de pessoal para as equipas de recurso, como descrito por Marlene Williamson (Balik, 2011), ou na selecção do enfermeiro flutuante.

Os padrões de resposta relacionam-se com os *outcomes* indicando que a transição ocorreu (Rich, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Os padrões de resposta reportam-se ao sentimento de afiliação, à interacção e ao estar localizado e situado no contexto da transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Os indicadores de uma transição bem-sucedida revelam-se no desenvolvimento de maior confiança e estratégias de *coping*, na mestria de novas competências que auxiliam a gestão da transição, o desenvolvimento de uma identidade fluida e integrativa que permite a identificação com os novos papéis desempenhados, bem como o sentimento de pertença a uma nova comunidade de experiências partilhadas (Rich, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

**Quadro 2.** Transições: teoria de médio alcance.



**Fonte:** Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000.

Segundo Dziuba-Ellis (2006), as equipas flutuantes caracterizam-se pela informalidade, menor estruturação das equipas e, muitas vezes, pela obrigatoriedade de participação de qualquer enfermeiro da instituição nas mesmas, podendo a recusa de flutuar ser considerada como incumprimento do contrato laboral. O enfermeiro é contratado pela organização pelo que esta se reserva o direito de realocar permanentemente, transferir, ou temporariamente, isto é flutuar os enfermeiros de acordo com as variáveis necessidades de RH na organização, situação sobreponível com a realidade contratual nacional. Contudo, a obrigatoriedade desta flutuação surge associada a várias referências na literatura analisada por Dziuba-Ellis (2006), de situações de *stress*, *burnout*, desagrado e desmoralização profissional. Nestes casos, não

são tidos em consideração as características pessoais do enfermeiro, as suas competências na sua área da especialização, sendo o enfermeiro escolhido na premissa da disponibilidade e conveniência. Isto pode acarretar dificuldades na gestão pessoal da experiência de flutuação. Neste sentido, a literatura discorre sobre vários factores que facilitam ou dificultam a experiência de flutuação.

Em primeiro lugar há que salientar um factor transversal às diferentes práticas de flutuação e que se impõe como um obstáculo a transpor para um saudável processo de transição. É ele o facto de que o enfermeiro flutuante vai prestar cuidados a um serviço diferente, de acordo com as necessidades, inserindo-se, de cada vez, num novo grupo de trabalho. As interacções consequentemente estabelecidas podem constituir-se como factor facilitador ou inibidor do processo de transição.

A entrada ou saída de um elemento provoca uma disrupção das dinâmicas de grupo instituídas num serviço, dando por vezes lugar a um novo processo de socialização dos elementos da equipa, de modo a acomodar as alterações ocorridas. As práticas de flutuação ditam a introdução de um elemento estranho à equipa desequilibrando o seu funcionamento. Há que redescobrir um novo equilíbrio e definir o lugar do enfermeiro que flutua no seio da equipa, mesmo que temporariamente. Muitas vezes, pela sua curta permanência em cada serviço, o enfermeiro que flutua não tem tempo de se integrar na equipa constituída. Não obstante, a dinâmica da mesma é alterada durante a sua permanência. O elemento, desinserido de uma equipa, desconhecendo-a, pode sentir fraca aceitação da sua presença por parte dos restantes colegas e experienciar dificuldades acrescidas que comprometem os seus *outcomes* e os dos clientes e organização (Dziuba-Ellis, 2006; Rich, 2010). Acresce ainda a tensão com os papéis, ou *role tension*, que reflete a falta de clareza na definição dos papéis e responsabilidades entre os elementos da equipa e/ou conflitantes responsabilidades associadas aos diferentes papéis (Hall & Doran, 2001). Estes podem constituir-se como factores inibidores do processo de transição sendo importante que os gestores abordem estas dificuldades na gestão das práticas de flutuação. O apoio sentido por parte da rede social, quer sejam os amigos ou familiares, mas em especial o apoio sentido por parte do enfermeiro chefe (*nurse manager*), no contexto das equipas de recurso com gestão de enfermagem própria, foi referido como inestimável durante o processo de transição (Rich, 2010).

Ao nível pessoal os enfermeiros que flutuam referem que factores como um maior controlo sobre si mesmos e os vários domínios da sua vida, a excitação dos novos e diários desafios e mudanças e a necessidade de estar em constante aprendizagem e crescimento profissional, se revelam factores facilitadores da transição (Rich, 2010). Isto vai de encontro ao que Linzer, Tilley & Williamson (2011) defendem, tendo identificado características pessoais que predis põem o individuo a melhor gerir a mudança associada à flutuação. Nomeiam características como a independência, a resiliência mental e espiritual, a consciência das regras, a abertura à mudança, a ousadia social e a resistência à tensão. Apesar de as conclusões do estudo não poderem ser generalizadas, são, não obstante, um potencial indicador para a gestão.

As organizações em que se acreditava que as práticas de flutuação, em particular as equipas de recurso tinham maior sucesso, partilhavam características institucionais, tendo um gestor próprio responsável pelos horários, pela comunicação com as equipas (cujas vias diferem de organização para organização) e avaliação dos elementos das equipas de recurso, sendo que esta avaliação em todos os hospitais estudados tinha o *input* das unidades específicas onde os enfermeiros prestaram cuidados (Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988).

Para a constituição e manutenção dos elementos das equipas de recurso as organizações proporcionaram benefícios sendo os mais comuns um diferencial de salário, a escolha do horário, a escolha do turno, e tratamento preferencial aquando de transferências internas na organização (Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988). Estes benefícios constituem uma estratégia organizacional para facilitar o processo de transição, oferecendo uma compensação ao aumento do esforço e entrega exigidos no desempenho destas novas funções.

Segundo os autores Linzer, Tilley & Williamson (2011), Stenske, Biordi, Gillies & Holm (1988) e Strzalka & Havens (1996) as equipas de recurso trazem vantagens para a organização, enfermeiros e clientes. Como benefícios organizacionais descrevem a maior flexibilidade e conseqüente maximização na distribuição de recursos organizacionais, havendo assim uma redução no recrutamento de profissionais através de agências e conseqüente redução dos custos com pessoal. Verifica-se a diminuição do pagamento de horas suplementares e redução da obrigatoriedade de permanência nos serviços, resultante prevenção do *burnout* nos profissionais e maior satisfação das *unit hired nurses* e das *resource team nurses* pois, aquando da inexistência destas equipas, os enfermeiros das *unit*

*hired nurses* podem ser obrigados a flutuar (Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988), ou a trabalhar em acréscimo horário com a respectiva sobrecarga horária.

Como *outcomes* dos enfermeiros estes referem um aumento na confiança em si e na sua prática, sentindo-se enfermeiros mais completos (Rich, 2010). Dá-se uma mudança de atitude que se revela através da maior orientação para o objectivo, serem mais atenciosos e cuidadosos, mais centrados no cliente e a crença de que agora prestam cuidados mais eficientes e de maior qualidade, sendo que todos referiram maior satisfação profissional e realização pessoal (Rich, 2010). Por último, é de referir o orgulho sentido na assunção dos seus novos papéis como enfermeiros flutuantes (Rich, 2010), o que se constitui como indicador de *outcome* de um processo de transição bem concluído.

Um estudo de Strzalka & Havens (1996), não obstante as suas limitações, permite inferir que diferentes realidades contratuais potenciam novas formas de ver os clientes e de perspectivar a prática. São assim priorizados diferentes aspectos dos cuidados que acarretam uma mudança na forma como o enfermeiro perspectiva o seu cliente, a sua prática, o seu *Self* e o seu *Self* profissional, também isto indicativo de uma transição saudável. Rich (2010) também refere o crescimento pessoal em termos de um alargamento da experiência e base de conhecimentos, maior confiança nas competências de enfermagem, capacidade de solucionar problemas, autonomia e flexibilidade, como factores que mudaram as auto percepções dos enfermeiros e da sua prática de enfermagem.

No decurso do enquadramento teórico foram enumeradas as diferentes práticas de flutuação identificadas na literatura internacional. No conjunto podem ser entendidas, como uma estratégia de GRH que visa a manutenção de corretos rácios cliente-enfermeiro através da flutuação de enfermeiros para o serviço onde se verifique uma necessidade de RH. As diferentes práticas de flutuação distinguem-se, apesar do seu propósito comum, pela complexidade, organização, estruturação e abordagem da GRH. Por ordem de complexidade crescente na abordagem da GRH em enfermagem, e em jeito de remate, temos as UUF e CUF, as equipas flutuantes e as equipas de recurso. A UUF e CUF são informais, decididas no momento de acordo com a necessidade identificada, a conveniência e a disponibilidade do enfermeiro que flutua, a nortear as escolhas. As equipas flutuantes denunciam já alguma intencionalidade por parte da GRH pela constituição de uma equipa de enfermagem flutuante, no entanto, carecem de formalização estratégica. Visam suprir as necessidades através do

cumprimento linear dos rácios. Por último, as equipas de recurso traduzem uma estratégia formal e ponderada de GRH. A estrutura, organização, acompanhamento e abordagem por parte da GRH em enfermagem visa não só suprir necessidades pela manutenção de rácios, como também assegurar dotações seguras em todas as áreas deste complexo conceito. Assim, os enfermeiros destas equipas têm experiência prévia ou formação específica que os capacite a prestar cuidados nas diferentes áreas clínicas para as quais flutuam, bem como períodos de integração que os familiarizem com o contexto onde essa prestação decorre. Recebem benefícios que podem ser de várias ordens, com os quais a gestão procura colmatar ou compensar as dificuldades acrescidas que esta modalidade de prestação de cuidados acarreta. Estes enfermeiros podem ainda ser seleccionados com base num conjunto de características pessoais que favorecem a gestão pessoal e profissional da flutuação, tendo ainda uma gestão própria, que, entre outros aspectos, gere as interacções com os diferentes serviços e departamentos e orienta a actuação dos enfermeiros, avaliando o seu desempenho intervindo de acordo. As equipas de recurso visam assim, a manutenção de dotações seguras com vista à consecução de *outcomes* do cliente, enfermeiro e organização.

## **PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO**

### **1. METODOLOGIA**

A nossa questão de investigação é a seguinte:

Que práticas de flutuação utiliza um Hospital nacional como estratégia de gestão de recursos humanos em enfermagem?

Propusemo-nos, assim, chegar às características, natureza e essência do conhecimento em Enfermagem, neste caso referente às práticas de flutuação (Leininger, 1985). Fortin (2009) reforça esta ideia mencionando também que a investigação qualitativa visa descobrir, explorar, descrever os fenómenos e compreender a sua essência, no contexto em que se inserem, pelo que a metodologia de investigação foi a do estudo de caso.

Segundo Yin (2005) este estudo enquadra-se na metodologia de estudo de caso do tipo exploratório. Para além disto, sabemos pela nossa experiência que as práticas de flutuação variam de organização para organização de acordo com os diferentes contextos, pelo que a compreensão dos contextos é de importância ao fenómeno em estudo (Yin, 2005). Assim, a metodologia de estudo de caso é a que mais se adequa aos propósitos deste estudo. Como refere Yin (2005, p. 32) “Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos.”

Os participantes deste estudo foram escolhidos com base na previsão da sua capacidade de dar informações pertinentes sobre as práticas de flutuação enquanto estratégia de GRH. A entrevista visou enfermeiros com competência decisória nas práticas de flutuação enquanto estratégia de GRH em enfermagem, especificamente, enfermeiros dos níveis de topo da gestão, isto é, um enfermeiro supervisor, dois enfermeiros coordenadores de departamento, o enfermeiro director e o enfermeiro adjunto do enfermeiro director. Como refere Ribeiro (1999, p. 55) “por vezes o investigador pretende localizar pessoas que detenham informação pertinente” e que sejam mais convenientemente disponíveis para participarem no estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004). Por este motivo, e segundo estes autores, os nossos participantes foram seleccionados por conveniência.

Assim como critério de inclusão foi definido o seguinte:

- Enfermeiros gestores que participam na cadeia decisória aquando do recurso às práticas de flutuação como estratégia de GRH em enfermagem.

## **1.2. Objectivos**

Com este estudo pretendemos identificar as diferentes práticas de flutuação enquanto estratégia de Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem num hospital nacional. Como objectivos enumeramos os seguintes:

- Objectivo geral:
  - Identificar as estratégias de GRH utilizadas para fazer face aos desafios da GRH em Enfermagem;
- Objectivos específicos:
  - Identificar as diferentes práticas de flutuação existentes;
  - Identificar a respectiva estrutura e organização das diferentes práticas de flutuação enquanto estratégia de GRH em enfermagem;
  - Compreender as práticas de flutuação no contexto organizacional de saúde, enquanto estratégia de gestão de recursos humanos em enfermagem.

## **1.3. Instrumento de colheita de dados**

A entrevista, pela natureza dos dados a colher, constitui-se como o principal instrumento de colheita de dados na investigação qualitativa. A entrevista possibilita a examinação de conceitos e a compreensão de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes, serve como principal instrumento de medida e serve de complemento aos outros métodos de colheita de dados (Fortin, 2009).

Foram exploradas as práticas de flutuação no contexto organizacional enquanto estratégia de GRH em enfermagem através da realização de entrevistas. As entrevistas foram semidirectivas, dado que, como defende Fortin (2009) pretendíamos obter informações particulares sobre um tema. A entrevista semidirectiva permitiu a listagem de um conjunto de questões ou temas a abordar, permitindo simultaneamente ao entrevistado, a liberdade de dar o seu ponto de vista sobre a temática, aspecto de relevância à exploração da presente temática.

A entrevista foi organizada em três partes de acordo com as três principais temáticas de interesse e propôs-se à recolha de dados abrangentes que permitissem uma compreensão das práticas de flutuação nas organizações. Deste modo, foi elaborado um guião de entrevista que

se encontra em anexo II. Para introduzir a entrevista foram colocadas questões através das quais procuramos fazer um enquadramento sociodemográfico dos entrevistados inquirindo sobre as respectivas idades, formação académica, percurso profissional, experiência na gestão e cargos ocupados. De seguida, procuramos identificar e compreender os desafios da GRH em enfermagem e as estratégias a que a GRH em enfermagem recorre para lhes fazer face. A segunda parte da entrevista incidiu sobre as práticas de flutuação com vista a identificar os factores decisivos na sua implementação, estruturação e organização e ainda o impacto organizacional que os entrevistados lhe reconhecem. A última parte da entrevista procurou identificar a existência de *Equipas de Recurso* na organização e a sua estrutura, organização e implementação.

Prévio à realização das entrevistas gravadas, foram explicados os objectivos do estudo, os objectivos da entrevista, foi pedida autorização aos participantes para que a entrevista fosse gravada para posterior transcrição e foi fornecido uma folha de consentimento informado livre e esclarecido para que lessem e, após concordância, assinassem. No consentimento informado, livre e esclarecido foi feita uma garantia de anonimato e confidencialidade dos participantes e informações dadas. Neste sentido, nas entrevistas transcritas os nomes e outros dados identificativos estão codificados. Todos os participantes foram ainda informados que a qualquer momento poderiam recusar ou interromper a entrevista.

Para analisar as entrevistas gravadas, estas foram, em primeiro lugar, transcritas integralmente para o Microsoft Office Word. De seguida, as transcrições das entrevistas foram sujeitas ao trabalho da análise de conteúdo. A análise de conteúdo

oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (...) [e] permite, quando incide sobre um material rico e penetrante, satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 225).

Já Berelson & Lazarsfeld em 1954 (citado por Bardin, 2009, p. 20) referiam que “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

O processo de análise de conteúdo iniciou-se com a categorização que se refere ao cálculo e à comparação das frequências de unidades de registo. É uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo um género (analogia), com os critérios previamente definidos”

(Bardin, 2009, p. 145). Bardin (2009) diz-nos que uma unidade de registo é então a unidade de significação a codificar, isto é, o segmento de conteúdo a considerar para categorização e contagem frequencial. Uma vez que, como o anterior autor refere, visamos o estudo de tendências, os recortes da entrevista transcrita foram semânticos, isto é por temas. No decurso da apresentação e discussão dos resultados foram apresentados unidades de contexto que se referem aos segmentos de mensagem, constituindo-se como unidade de compreensão que visa a codificação da unidade de registo (Bardin, 2009).

A categorização do conteúdo manifesto nas entrevistas visou facilitar a análise, discussão e compreensão dos dados recolhidos face à literatura existente sobre a temática. O processo de categorização pode ser feito de dois modos, *a priori*, definidas previamente repartindo-se à medida que surgem, e *a posteriori*, surgindo as categorias da análise de conteúdo, isto é, da classificação analógica e progressivamente dos elementos, sendo o título da categoria definido por último (Bardin, 2009). No nosso estudo as categorias surgiram *a posteriori*, sendo a análise dos dados qualitativa dado não ser objectivo do presente estudo a análise frequencial dos dados recolhidos.

## 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a realização deste estudo foram entrevistados cinco enfermeiros com funções de gestão e um papel decisório e interventivo nas práticas de flutuação. Estes enfermeiros tinham idades entre os 52 e os 63 anos, com uma idade média de 56 anos. Eram predominantemente do sexo feminino com apenas 1 enfermeiro do sexo masculino. Quatro dos enfermeiros entrevistados tinham um curso de especialidade em enfermagem, dois na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, um em enfermagem de reabilitação e um em enfermagem médico-cirúrgica. Dois dos enfermeiros entrevistados tinham formação específica na área da gestão com um mestrado de especialização em administração em enfermagem e uma pós graduação em administração de serviços de enfermagem. A experiência profissional variava entre os 30 e os 36 anos, sendo que desses a experiência em cargos de gestão variava entre os 18 e os 29 anos.

### 2.1. Desafios da GRH em Enfermagem

O primeiro aspecto que a entrevista abordou reportou-se à percepção dos enfermeiros relativamente aos desafios que enfrentam na gestão em enfermagem. Neste ponto as respostas foram consensuais girando em torno de três preocupações relativas aos RH: o **dimensionamento**, o **absentismo** e a **alocação de recursos humanos**, como explanado no Quadro 3.

**Quadro 3.** Desafios da GRH em enfermagem.

Desafios da GRH em Enfermagem	Categoria	Subcategoria
	Dimensionamento	Rácios cliente-enfermeiro
		Dotações seguras
	Absentismo	Controlável /Previsível
		Incontrolável/Imprevisível
	Alocação de RH	Relação necessidade/recursos

#### Dimensionamento

A GRH tem na sua génese a definição da quantidade e qualidade dos RH necessários para a consecução dos objectivos organizacionais. Começa com o **dimensionamento** de pessoal, a vertente quantitativa, o “ter sempre pessoas e que prestem bons serviços” (E1, p. 1); “manter o número de elementos necessários para as necessidades dos serviços” (E2, p. 4); “a

adequação dos recursos consoante as necessidades dos serviços e as horas de cuidados de que temos necessidade” (E3, p. 2). O dimensionamento é da responsabilidade dos gestores da organização e define, assim, os rácios cliente-enfermeiro para o médio e longo prazo procurando antecipar os períodos de absentismo previsível (descansos, folgas, férias, etc.). Trata-se da “adequação de pessoal em aspectos quantitativos e qualitativos, para desenvolver o cuidado de enfermagem para um determinado número de pacientes” (Echer, Moura, Magalhães & Piovesan, 1999, p. 66).

Com o advento das questões relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados surge o conceito de dotações seguras, que contribui com a componente da qualidade ao dimensionamento dos enfermeiros. “Os maiores desafios são a adequação de recursos” (E3, p. 3) e ter enfermeiros para atingir “dotações seguras” (E3, p. 3). Este conceito é complexo e revela os desafios na sua manutenção, englobando a “carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação aos resultados dos doentes e de enfermagem” (CIE, 2006, p. 5).

No contexto estudado as necessidades de RH são definidos segundo as normas da DGS “o que nós utilizamos para determinar o número de enfermeiros por serviço é o que está preconizado pela DGS” (E3, p. 2). As orientações apresentadas pelo MS e OE (2011) no *Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência* basearam as suas fórmulas de cálculo em dados de 2009. Se aceitarmos a premissa de que os cuidados de saúde e os serviços que os provêm têm sofrido rápidas e profundas alterações, então poderemos aceitar também que o dimensionamento proposto carece de constante actualização, potenciando o desfasamento entre as reais necessidades de cuidados e a disponibilidade de RH para os prestar.

#### Absentismo

Este desfasamento agrava o impacto sentido pelas situações de **absentismo**, a segunda categoria identificada. Os desafios na manutenção de dotações seguras, impregnadas pelas condicionantes socioeconómicas e as dificuldades na contratação de enfermeiros e livre recurso ao trabalho suplementar, agravam o impacto das situações de absentismo: “falta de pessoal. É fazer mais com menos pessoal” (E4, p. 3); “outro grande problema é o absentismo. Portanto há muito absentismo e nem sempre é fácil a substituição dessas pessoas. Há alturas

em que chegamos a ter 20 a 24 enfermeiras ausentes por gravidez por exemplo” (E3, p. 3). É feita, assim, referência ao absentismo incontrolável que se reporta a situações de baixas por doença do trabalhador ou família, acidentes, funerais, audiências jurídicas, tempestades ou outros acontecimentos inesperados (McDonald & Shaver, 1981, citado por Echer, Moura, Magalhães & Piovesan, 1999; Chiavenato, 1999, p. 68). Foram referidas, como causas mais frequentes de absentismo incontrolável “a gravidez é a principal. Em segundo é a assistência à família (...) depois há as situações de doença” (E3, p. 3). Num contexto em que as dotações seguras já constituem um desafio em si, quanto maior o rácio cliente-enfermeiro, maior o impacto do absentismo, porque menos soluções se afiguram com possíveis aos gestores.

#### Alocação de RH

Surge por este motivo a preocupação seguinte identificada pelos participantes do estudo, a distribuição dos recursos, isto é, a **alocação de RH**. Esta preocupação não se pode dissociar do segundo aspecto apontado como desafio da GRH em enfermagem, o **absentismo**. Isto, porque o absentismo condiciona a necessidade de repensar a alocação de recursos, quer esta seja de modo pontual e temporário, flutuação, quer de modo permanente, transferência de serviço.

Na prática, aquilo que acontece perante situações de menor disponibilidade de RH em enfermagem é o aumento da respectiva carga laboral dos enfermeiros traduzindo-se num maior rácio cliente-enfermeiro. Este aumento da carga laboral pode ocorrer por dois motivos: por aumento do número ou complexidade dos clientes, resultando em maior número de HCN ou por diminuição do número de enfermeiros disponíveis para prestar os necessários cuidados, ou ainda por conjunção dos anteriores factores.

A variabilidade das HCN tem como consequência uma variável necessidade de RH para manter dotações seguras. O problema que se impõe é que, não obstante a causa do aumento das HCN, há um impacto nos cuidados que os enfermeiros prestam, na sua motivação e satisfação profissional e na sua capacidade de responder às expectativas e exigências organizacionais.

O consequente aumento da carga laboral para os enfermeiros compromete as dotações seguras almejadas e tem um impacto nos *outcomes* do cliente, enfermeiro e organização. A ICN (2009) aponta para o aumento da ocorrência de acidentes e lesões em serviço, de *burnout* e num impacto negativo sobre a vida social dos enfermeiros. Um estudo recente vai mais longe

e apresenta resultados estatísticos sobre os efeitos de maiores rácios na mortalidade em vários contextos de cuidados (Aiken et al, 2014). Este estudo refere que o aumento da carga laboral, de um cliente para o enfermeiro, aumenta a probabilidade de ocorrência de morte, num internamento de 30 dias, em cerca de 7% (Aiken et al, 2014).

Erros de administração de medicação, maior incidência de úlceras de pressão, maior prevalência de infeções do trato urinário, respiratório, trombose e comprometimento pulmonar após grandes cirurgias, quedas, menor satisfação dos clientes, maior taxa de reinternamento e maior incidência de *stress* e *burnout* nos enfermeiros, entre outros, são situações adversas decorrentes de inadequadas dotações de enfermeiros (CIE, 2006).

É nesta conjuntura que as situações diárias de absentismo incontável e de variabilidade das necessidades de cuidados relevam o imperativo de maior eficiência das estratégias de GRH em enfermagem. Há, deste modo, que repensar os RH em termos da relação necessidades/recursos e mobilizá-los para que não haja excedente num serviço e falta noutro “as pessoas não estão distribuídas de acordo com as necessidades dos serviços” (E5, p. 2). Como referido anteriormente, trata-se de tentar maximizar os RH existentes.

#### Estratégias da GRH em Enfermagem

Relativamente ao tema *Estratégias da GRH em Enfermagem* foram identificadas 2 categorias com duas subcategorias cada.

**Quadro 4.** Estratégias de GRH em enfermagem.

Estratégias de GRH em enfermagem	Categoria	Subcategoria
	Banco de Horas	No próprio serviço
		Em regime de flutuação
	Trabalho Suplementar	No próprio serviço
Em regime de flutuação		

Os participantes referiram várias estratégias de GRH face aos desafios identificados: o recurso ao **BH**, “recurso a horas” (E2, p. 5), “disponibilizar um elemento” (E2, p. 5) e o **trabalho suplementare**: “mobilizamos pessoal através do pagamento de horas extraordinárias” (E3, p. 4). Bard & Purnomo (2005) mencionam que as organizações podem recorrer à flutuação, ao BH, às horas suplementares, ao chamar os enfermeiros nos seus dias de folga ou viver com a

falta de enfermeiros, aumentando a respectiva carga laboral dos enfermeiros que ficam a prestar cuidados.

#### Banco de Horas

Relativamente à primeira categoria, o **BH** visa a contabilização do diferencial horário entre as horas contratadas e as horas efectivamente trabalhadas: “para as equipas de enfermagem as estratégias passam essencialmente por o recurso a horas” (E2, p. 5). Dependendo da carga laboral, ou da disponibilidade de RH, o saldo horário pode ser positivo ou negativo. O saldo positivo significa que os enfermeiros trabalharam mais horas das que as contratadas, aumentando o período de trabalho. O saldo negativo reflecte um período de trabalho efectivo menor que o contratado, traduzindo um possível excedente de RH naquele contexto. É neste cenário, de desequilíbrio entre as necessidades e a disponibilidade de RH, que os gestores podem intervir.

A sub e a sobrecarga laboral são situações descritas na literatura como prejudiciais ao desempenho profissional. No primeiro caso por poder induzir tédio e inquietude e potenciar uma maior sensação de cansaço (Kong-Ming, Nite & Callahan, 1959, referido por Meglino, 1979), fomentando a inércia. A sobrecarga laboral, por sua vez, tem um impacto na saúde, trabalho e vida familiar dos enfermeiros, traduzindo-se num aumento da ocorrência de acidentes e lesões em serviço, de *burnout* e prejuízo da vida social (ICN, 2009).

A gestão do BH permite o planeamento do horário de trabalho para que, quem tem um saldo horário negativo possa trabalhar mais horas (dentro dos limites previstos na lei) e para que, quem tem um saldo horário positivo, possa gozar os correspondentes períodos de descanso, ou receber a remuneração referente a essas horas. No caso do saldo horário negativo o ajuste horário pode ocorrer no serviço onde o enfermeiro está alocado de um horário para o outro. Quando isto não é possível, ou quando a necessidade de RH noutro serviço se revela imperiosa, o enfermeiro pode prestar cuidados noutro serviço.

#### Trabalho Suplementar

Nas situações em que a gestão do BH não possibilita a realocação temporária de um enfermeiro para outro serviço, pode recorrer-se ao **trabalho suplementar**, a segunda categoria identificada. O trabalho suplementar pode ser prestado continuando a jornada de trabalho, ou pode ser prestado num período ou dia anteriormente destinado ao descanso. Em qualquer um dos casos, há uma diminuição do período destinado ao repouso e à dedicação à

vida pessoal, social e familiar. Não obstante, se por um lado a organização consegue assegurar rácios, por outro lado há um conseqüente aumento dos custos associados com o pessoal, factor que condiciona o recurso a esta estratégia de GRH. Ademais o acréscimo horário contribui para o cansaço e exaustão dos enfermeiros. O CIE refere que “os enfermeiros que trabalham continuamente em horas extraordinárias ou que trabalham sem apoios adequados tendem a ter um maior absentismo e pior saúde” (2006, p. 13).

Ambas as estratégias, o BH e o trabalho suplementar, visam assegurar adequados rácios cliente-enfermeiro, através da gestão das horas de trabalho. Esta gestão dita, que esse trabalho possa não ser prestado no serviço ao qual o enfermeiro “pertence”. Decorre em simultâneo com uma gestão do contexto no qual os enfermeiros prestam cuidados, ou seja uma gestão das práticas de flutuação.

#### Práticas de Flutuação

Surge, deste modo o tema seguinte, as **práticas de flutuação**, tendo sido identificadas cinco categorias com duas a três subcategorias respectivamente, que permitem a compreensão da estrutura, organização, implementação e outcomes destas práticas, como se pode ver no Quadro 5.

**Quadro 5.** Práticas de flutuação e abordagem da GRH em enfermagem.

	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Práticas de Flutuação</b>	Poder decisório	Centralizado
		Descentralizado
	Critérios de selecção dos enfermeiros	Disponibilidade
		Características pessoais e/ou competências profissionais
	Seleccção do destino da flutuação	Flutuação centralizada
		Flutuação descentralizada
	Motivação	Factores intrínsecos
		Factores extrínsecos
	<i>Outcomes</i>	Cliente
		Enfermeiro
		Organização

As práticas de flutuação vêm descritas na literatura internacional como fazendo parte da realidade da GRH em enfermagem, sendo inconsistente a implementação desta prática ao

longo da história. A literatura internacional descreve uma prática muito variável, com diferentes abordagens da GRH em enfermagem a ditarem diferentes realidades.

As práticas de flutuação, no contexto estudado, são uma realidade da gestão em enfermagem através dos quais se procura dar resposta aos desafios encontrados. São referidas como “mobilidade interna” (E3, p. 4), no sentido de estabelecer a distinção com as situações de transferência. Deste modo, entendemos as nomenclaturas de flutuação e mobilidade interna, como equiparáveis. Os enfermeiros são contratados para trabalharem na organização, não constando dos seus contratos a alocação a serviços específicos, pelo que os gestores se reservam o direito de transferir, ou flutuar um enfermeiro. Esta flutuação não altera o centro de custos do enfermeiro e caracteriza-se por ser sempre por períodos de tempo variáveis mas temporários.

#### Poder decisório

A vida organizacional obedece a um conjunto de normas e regras que norteiam o trabalho, coordenação e comunicação entre os vários níveis da organização. A estrutura organizacional dita a complexidade, a formalização e a centralização da mesma, sendo que a estrutura organizacional estudada está estruturada em departamentos que, por sua vez, abarcam serviços com especialidades clínicas semelhantes.

De acordo com o defendido na literatura, a organização apresenta uma tendência para a menor complexidade organizacional ao ter uma estrutura organizacional predominantemente horizontal. “A tendência dos últimos anos é a adoção de estruturas organizacionais achatadas, de forma a reduzir os custos associados aos diferentes níveis de gestão e acelerar o processo de tomada de decisão” (Frederico & Leitão, 1999, p. 46), sendo mais complexos os canais de comunicação. Por uma questão de agilidade dos processos decisórios e da eficácia organizacional existem benefícios a ser obtidos na delegação de poder e na flexibilização organizacional (Câmara, Guerra & Rodrigues, 2007).

A agilidade dos processos decisórios está intimamente ligada aos centros de poder decisório, à **centralização** ou **descentralização**, isto é, à dispersão decisional (Pina e Cunha, 2000), primeira categoria identificada no tema práticas de flutuação. Deste modo quanto mais centrado num único ponto estiver o poder decisório, isto é, quanto mais centralizado ele estiver, mais demorada é a tomada de decisão ao ter que percorrer os vários canais de comunicação e os diferentes níveis hierárquicos. Em oposição está a descentralização,

conceito que determina um menor locus de controlo, ou seja, um maior número de centros de poder decisório, alcançados através da delegação desse poder (Frederico & Leitão, 1999; Pina e Cunha, 2000). O maior número de centros de poder agiliza o processo decisório ao conferir certo grau de autonomia a diferentes gestores na hierarquia. Contudo, nenhuma organização é puramente centralizada nem descentralizada, existindo, em determinado grau, num equilíbrio entre os dois. Como referem Pina e Cunha (2000, p. 225) “Em vez de tomar as estruturas como centralizadas ou descentralizadas, é preferível falar em grau de centralização/descentralização, uma vez que esta variável deve ser assumida como percorrendo diversas gradações entre dois extremos possíveis”. Esta situação é patente nas unidades de registo seguintes:

outras vezes, porque também não podemos centralizar e temos que descentralizar o poder e a tomada de decisão, obriga as enfermeiras coordenadoras dos departamentos de cirurgia e medicina interna a se coordenarem com a enfermeira coordenadora do departamento da mulher e da criança ou com a enfermeira coordenadora do departamento de psiquiatria. Se eu tenho uma noção de que há enfermeiros disponíveis num serviço digo: “olha fala com fulana e vocês articulam-se”. Isso aí eu delego bastante. (E3, p. 6).

por vezes a enfermeira diretora pergunta-me quem é que eu tenho para ir para outros serviços. (...) mas quem faz esse trabalho diretamente é a enfermeira diretora com o enfermeiro adjunto da direcção de enfermagem, recebendo os pedidos dos departamentos, mais diretamente das medicinas, da urgência (E1, p. 3/4).

Nas unidades de registo atrás citadas está patente a coexistência entre a centralização e a descentralização do poder decisório. Se por um lado os enfermeiros coordenadores de departamento têm autonomia para coordenarem e gerirem os RH conjuntos, por outro lado, essa decisão é partilhada com o enfermeiro director do hospital, ou no mínimo comunicada “há sempre também diálogo entre mim e a enfermeira directora” (E2, p. 8).

As práticas de flutuação têm o seu início na identificação de uma necessidade de RH que desencadeia a cadeia decisória e culmina numa prática de flutuação. A identificação das necessidades de RH é feita pelos enfermeiros com funções de gestão que estão mais próximos da prestação de cuidados, isto é, os enfermeiros chefes e/ou responsáveis dos serviços. Quem dá o alerta: “normalmente são as chefias, ou alguém por eles indicado, como sejam os segundos elementos ou os chefes de equipa, serão sempre eles a avisar da necessidade de mais pessoal.” (E3, p. 5); “são os enfermeiros chefes que alertam para a necessidade” (E5, p. 3). Este alerta é então transmitido aos superiores hierárquicos, os enfermeiros coordenadores de

departamento: “na altura o enfermeiro chefe diz-me que precisa de alguém e eu facilito a articulação entre chefes” (E5, p. 3). Os enfermeiros coordenadores de departamento por sua vez articulam-se e comunicam para a tomada de decisão com a enfermeira directora: “Mobilizar e canalizar também a informação para a enfermeira directora no sentido de alguma outra solução. Há sempre também diálogo entre mim e a enfermeira directora” (E2, p. 8); “O enfermeiro coordenador de departamento vem ao enfermeiro diretor ou ao enfermeiro adjunto, normalmente vem ao enfermeiro diretor e depois delego” (E3, p. 5). Como demonstrado atrás, a tomada de decisão pode então ser delegada nos enfermeiros chefes, o que cede os enfermeiros para a flutuação e o que recebe o enfermeiro flutuante, ou entre os enfermeiros coordenadores de departamento, que por sua vez se articulam com os enfermeiros chefes: “depois os nomes que não-de ser mobilizados, depois pode ser por comum acordo ou reunião informal” (E4, p. 4), leia-se entre os enfermeiros chefes/responsáveis desse departamento.

#### Seleção dos enfermeiros

A mobilidade requer a identificação dos enfermeiros que podem flutuar. Decorrente da análise das entrevistas gravadas, a **seleção dos enfermeiros**, segunda categoria identificada nesta temática, pode fundamentar-se em dois conjuntos de critérios, o da disponibilidade horária do enfermeiro e/ou o das características pessoais e profissionais. A disponibilidade de um enfermeiro para flutuar está relacionada com a gestão horária, sendo que esse enfermeiro, se o serviço onde está alocado o comportar, isto é, conseguir manter dotações seguras na sua ausência, pode flutuar no cumprimento da sua jornada de trabalho: “portanto mudar de um serviço para outro; um serviço que consiga assegurar serviços mínimos colocando alguém de outro serviço que consiga manter os serviços mínimos naquele serviço” (E4, p. 3).

Em alternativa, o enfermeiro que flutua pode ser escolhido de um serviço cujos elementos tenham um saldo horário negativo: “é fazer uma gestão racional dos recursos que temos. Temos serviços que têm períodos que não têm doentes internados (...), então vamos aproveitar as pessoas que têm mais horas disponíveis” (E3, p. 4/5); “Portanto serviços que têm saldos horários dos enfermeiros muito altos colocamos lá enfermeiros para baixar os saldos horários” (E4, p.4). Esta compensação horária é então prestada para além da jornada de trabalho no serviço de origem, ou quando determinada com a necessária antecedência é incorporada no planeamento da jornada de trabalho do horário seguinte. Pode ainda ser

necessário recorrer ao trabalho suplementar. Este é prestado em acréscimo à jornada de trabalho podendo o enfermeiro seguir turno ou trabalhar num dia anteriormente previsto para descanso: “muitas vezes também mobilizamos pessoal através do pagamento de horas extraordinárias, o que também é mobilidade” (E3, p. 5).

Qualquer que seja o critério de disponibilidade os gestores têm ainda que escolher, de entre os enfermeiros disponíveis, qual o que vai flutuar. Os enfermeiros entrevistados referiram um segundo conjunto de critérios na selecção dos enfermeiros flutuantes, centrados nas características pessoais e competências profissionais como visível nas seguintes unidades de registo:

para além de haver horas de cuidados disponíveis entre os enfermeiros do bloco de partos, era minha opinião que deviam ser eles a assegurar as consultas. (...) os enfermeiros do bloco de partos são enfermeiros especialistas, logo as pessoas indicadas para realizar estas consultas. (...) Os enfermeiros tinham tempo, conhecimentos e experiência (E5, p. 4).

A gestão da disponibilidade reporta-se à gestão das variáveis organizacionais em resposta às variáveis do cliente do NREM e absentismo imprevisível, com vista à obtenção de *outcomes* (Irvine, Sidani & Hall, 1998; Hall & Doran, 2001). No entanto, a gestão percebida da análise às entrevistas, deixa antever uma gestão das práticas de flutuação que incorpora as variáveis do enfermeiro (Irvine, Sidani & Hall, 1998; Hall & Doran, 2001), bem como os factores facilitadores de uma transição saudável para um contexto de prestação de cuidados em regime de flutuação (Chick & Meleis, 1986; Rich, 2010), que desenvolveremos mais à frente. Linzer, Tilley & Williamson (2011) identificam características pessoais favoráveis à flutuação e descrevem um enfermeiro com boa aceitação da mudança, confiante, engenhoso, que abraça o desafio da flutuação como um momento de aprendizagem e crescimento pessoal.

#### Flutuação centralizada/descentralizada

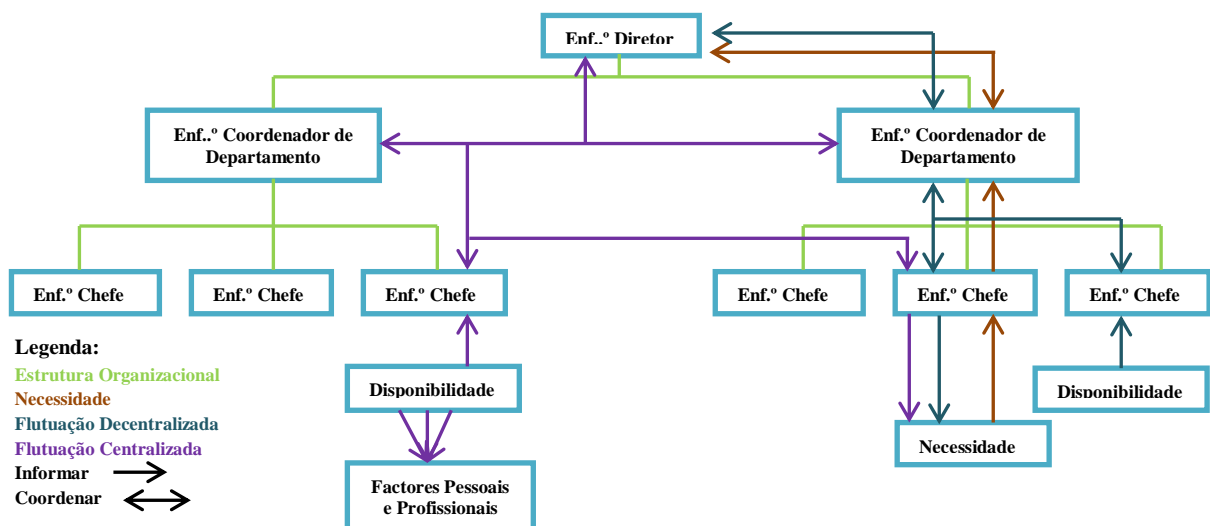
O esforço empreendido na selecção dos enfermeiros visa a adequação das competências às necessidades de cuidados do serviço para onde flutuam, determinando também se a flutuação é centralizada, descentralizada ou mista (Dziuba-Ellis, 2006; Stenske, Biordi, Gillies & Holm, 1988; McHugh, 1997). Apesar de generalistas a experiência aliada à constante aquisição de novos conhecimentos especializa a prestação de cuidados de enfermagem. Contudo, no contexto da flutuação centralizada é como generalistas que os enfermeiros flutuam, podendo flutuar para qualquer serviço. Em contrapartida, a flutuação descentralizada procura aproveitar a especialização teórico-prática dos enfermeiros na sua flutuação, limitando a

flutuação para serviços dentro de um departamento, por exemplo. Podem ainda coexistir numa mesma organização práticas de flutuação mistas, isto é, centralizadas e descentralizadas. Deste modo, procuram-se casar as variáveis estruturais do enfermeiro do NREM com as necessidades de cuidados do serviço para onde se flutua, potenciando estas variáveis como facilitadores do processo de transição.

No contexto estudado observa-se uma flutuação mista, isto é, práticas de flutuação centralizada, na qual o enfermeiro pode flutuar para qualquer serviço do hospital, ou descentralizada, na qual o enfermeiro flutua dentro do departamento, como exposto nas seguintes unidades de registo: “obriga as enfermeiras coordenadoras dos departamentos de cirurgia e medicina interna a se coordenarem com a enfermeira coordenadora do departamento da mulher e da criança ou com a enfermeira coordenadora do departamento de psiquiatria” (E3, p. 6); “anualmente em agosto o serviço de ortopedia fecha uma ala e esses enfermeiros são colocados noutros serviços com dificuldades, ou para diminuir horas. São colocados noutros serviços, geralmente dentro do departamento, mas podendo ser enviados para outro departamento” (E4, p. 4); “em termos do departamento rentabilizar o mais possível os recursos existentes, portanto utilizamos em períodos de maior dificuldade, de falhas, de défice, mobilizando os recursos” (E2, p. 4).

Todo o processo decisório, desde a identificação da necessidade, à comunicação e coordenação entre os enfermeiros dos vários níveis hierárquicos, até à tomada de decisão que tem como resultado a flutuação de um ou mais enfermeiros, está esquematizado abaixo:

**Esquema 1.** Processo decisório subjacente às práticas de flutuação



## Motivação

A GRH trata da gestão de pessoas e visa influenciá-las no sentido de motivá-las, isto é levá-las, em certo grau, a querer trabalhar com vista ao alcançar dos objetivos organizacionais (Bilhim, 2007). Auxilia esta pretensão a compreensão dos factores que motivam o indivíduo. Maslow apresenta uma hierarquia de necessidades que adapta à realidade organizacional nomeando cinco categorias que, por ordem crescente de complexidade, se referem ao salário, ambiente seguro, pertença aos grupos sociais, reconhecimento do trabalho feito e desafios e oportunidades de promoção (Maslow, 2000, referido por Benson & Dundis, 2003).

Por sua vez, Herzberg divide os fatores motivacionais em higiênicos ou extrínsecos (condições laborais, salário, políticas organizacionais, supervisão e relações interpessoais) e os factores motivadores intrínsecos (realização, reconhecimento, responsabilidade, a natureza do trabalho em si e as promoções) (Bilhim, 2007; Lephala, Ehlers & Oosthuizen, 2008). Os factores intrínsecos centram-se na ausência de satisfação, sendo que a satisfação advém dos factores motivadores intrínsecos. Deste modo, Maslow enumera e hierarquiza as necessidades que requerem satisfação para que a pessoa se sinta realizada, sendo que, Herzberg aponta os factores, as variáveis que podem ser influenciadas. “A teoria do ajustamento do trabalho sustenta que a motivação é o resultado do «ajustamento» entre as capacidades, habilidades e expectativas da pessoa e as características da função e da organização” (Bilhim, 2007, p. 194). O quadro seguinte estrutura e organiza a visualização das necessidades de Maslow, adaptadas à realidade organizacional (Maslow, 2000, referido por Benson & Dundis, 2003), sendo que considerámos as variáveis motivacionais, referidas por Herzberg, sobreponíveis às necessidades de Maslow. São apresentadas as necessidades por ordem de complexidade, começando na mais básica e terminando na mais complexa. Apresentamos ainda, os âmbitos de intervenção possível para os gestores e as unidades de registo que reflectem a possibilidade de intervenção.

**Quadro 6.** Necessidades, factores motivacionais e âmbitos de influência possível.

Herzberg	Maslow	Âmbito de Influência	Unidades de Registo
Factores extrínsecos	Salário	Trabalho suplementar	“mobilizamos pessoal através do pagamento de horas extraordinárias, (...) o enfermeiro (...) é aliciado digamos a ir a outro serviço. (...) Muitas vezes as pessoas vão é pelas horas extraordinárias” (E3, p. 4/5); “a flutuação funciona muito bem em trabalho extraordinário” (E4, p. 7).
	Ambiente de trabalho seguro	Flutuação descentralizada	“nesse departamento portanto deve-se rentabilizar o mais possível (...) a mobilização de recursos dentro do departamento” (E2, p. 7).
		Seleção com base em critérios pessoais e profissionais	“há pessoas que pelas suas características, (...) a experiência profissional, (...) as suas características intrínsecas, (...) porque conhecem porque são mais dinâmicos, porque não se importam” (E3, p. 4).
		Manutenção de dotações seguras	“se tivermos dotações seguras todos os projectos de melhoria são conseguidos” (E3, p. 4); “esta flutuação é muito pontual. (...) Primeiro há uma coisa, que dá são cuidados seguros porque, pelo menos a dotação é segura” (E3, p. 6).
	Pertença aos grupos sociais	Acolhimento no serviço que recebe	“mesmo para quem recebe, se a pessoa vier para qui em trabalho extraordinário é recebido de uma forma, se vier em turnos normais é recebido de outra forma” (E4, p. 7/8).
Factores intrínsecos	Reconhecimento do trabalho	Comunicação dos critérios de selecção	“portanto a pessoa tem que saber que é ela porque é nela que eu confio plenamente, nela porque tem as capacidades e características que garantam a prestação de cuidados de qualidade” (E3, p. 4).
		<i>Feedback</i>	“houve uma experiência recente (...) gostou da experiência, partilhou depois o que foi importante. Portanto foi uma experiência positiva” (E2, p. 9)
	Desafios no trabalho	Responsabilidade atribuída	“se eu confio em alguém e sei que tem capacidades e condições para ir a outro serviço eu tenho que dizer isso” (E3, p. 4); “estou convencida que as pessoas vão porque gostam de ser enfermeiros e que gostam do hospital e que percebem que a sua participação é determinante para o êxito e funcionamento da organização” (E3, p. 5).
		Oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional	“mais positivo foi para ela, foi conhecer outra realidade dentro de outro serviço, outro tipo de organização de serviço. E a experiência com colegas, a relação com colegas diferentes e o impacto delas já com alguns anos do serviço.” (E2, p. 9).

Nas entrevistas ficou patente a preocupação com a satisfação das necessidades mais básicas, isto é, preocupações salariais, cuja resolução, no actual contexto socioeconómico, não está totalmente ao alcance das organizações. Contudo, a preocupação com a criação e manutenção de um ambiente de trabalho seguro está espelhado nos desafios de GRH em enfermagem identificados pelos entrevistados. Do mesmo modo, o esforço empreendido na resolução desses desafios procura dar resposta às necessidades dos enfermeiros de terem um ambiente

de trabalho seguro através, entre outros, da manutenção de dotações seguras. Esta preocupação estabelece a ponte com a última categoria deste tema, os *outcomes*.

### Outcomes

As características pessoais e competências profissionais são referidas na literatura como facilitadores da adaptação à mudança de contexto no qual os enfermeiros prestam cuidados e potenciadores de *outcomes* para o cliente, enfermeiro e organização (Rich, 2010; Hall & Doran, 2001). O NREM apresenta a variável estrutural do enfermeiro, que contempla a experiência, conhecimentos e competências profissionais, características sobreponíveis com as condições facilitadoras de uma transição saudável, nomeadamente a preparação e o conhecimento. O NREM acrescenta a variável estrutural da organização, que abarca o *skill mix*, carga laboral e padrão de atribuição de clientes como determinantes na consecução de *outcomes*, condicionando o potencial das variáveis estruturais do enfermeiro (Chick & Meleis, 1986; Rich, 2010; Hall & Doran, 2001). O NREM enquadra as práticas de flutuação, permitindo a compreensão da interacção entre as variáveis que influenciam os resultados. A teoria de médio alcance das transições, acresce a compreensão da vivência particular do enfermeiro, que por sua vez, limitam ou potenciam a interacção das variáveis do enfermeiro na consecução de *outcomes*:

bem normalmente são sempre as mesmas, porque há pessoas que pelas suas características, por um lado a experiência profissional e por outro lado as suas características intrínsecas que têm condições para ir a vários serviços, porque conhecem, porque são mais dinâmicos, porque não se importam, e nós utilizamos muito essas pessoas para ir colmatar necessidades noutros lados (E3, p. 4).

Na selecção dos enfermeiros tenta-se que não seja feita de modo unilateral, procurando apelar-se à voluntariedade dos enfermeiros: “falamos com esses enfermeiros, (...) falamos com as pessoas e tentamos apelar” (E3, p. 4); “agora fazê-lo de forma a que as pessoas o entendam, o trabalhador, o profissional entenda e aceite (...) nunca por imposição” (E2, p. 7). A obrigatoriedade de flutuar está associada a vivências negativas de prestação de cuidados, com impacto nos *outcomes*. Dziuba-Ellis (2006) salienta da literatura o aumento do *stress*, *burnout*, desagrado e desmoralização. O desconhecimento do serviço, dos diagnósticos e processos de saúde, dos tratamentos, medicação e vias de administração da medicação, podem exceder os conhecimentos e competências dos enfermeiros que podem obstar à saúde e segurança dos clientes (Pronger, 1998): “alio a consensualidade, o feitio da pessoa, a personalidade da pessoa, ao desenvolvimento técnico (...) acho que qualquer gestor tem de

aliar as características de personalidade de uma pessoa ao desenvolvimento técnico” (E1, p. 4). Pronger (1998) refere que aumento do *stress* torna os enfermeiros mais suscetíveis a *stressores* adicionais, diminuindo o potencial de um desempenho óptimo.

Este esforço de adequar as características pessoais e profissionais dos enfermeiros seleccionados para flutuar, com as características do serviço de destino e necessidades de cuidados dos clientes, está em linha com a visão do NREM e a teoria de médio alcance das transições. Quanto mais predispostos estiverem os enfermeiros, pelas suas características pessoais e mais competentes forem, mais experiência e conhecimentos tiverem para as necessidades específicas de cuidados do serviço para onde vão flutuar, mais seguros se sentirão na sua prestação de cuidados e maiores são as probabilidades de uma prestação de cuidados de qualidade e segura.

Esta selecção coaduna-se com práticas de flutuação mais formais e estruturadas, que na literatura internacional se referem à estratégia de GRH de equipas de recurso (Dziuba-Ellis, 2006). Não obstante, a pontualidade e inconsistência desta prática, a ausência de abordagem formal, equipa pré-definida, gestor próprio, formação e benefícios específicos, tornam a prática de flutuação da organização estudada mais em linha com o que a literatura nomeia como UUF e/ou CUF.

A teoria das transições propõe que a pessoa passa por um conjunto de processos de vida nos quais uma disrupção desencadeia a necessidade de adaptação à mudança (Chick & Meleis, 1986). Neste período a pessoa procura alcançar um novo patamar de estabilidade através do desenvolvimento e aquisição de novas capacidades, competências e comportamentos que determinam uma redefinição do *self* e permitem a superação da disrupção (Chick & Meleis, 1986). O desenraizar do enfermeiro do seu serviço de origem para a prestação de cuidados num serviço de destino, constitui-se como uma disrupção que desencadeia um processo de transição (Rich, 2010). As mudanças nas situações de vida, horário laboral, interações, dinâmicas familiares e mudanças na rede social, mesmo que por períodos de tempo variável mas sempre temporário, incitam uma transição de desenvolvimento pessoal e profissional (Rich, 2010). As características que pesam na selecção dos enfermeiros potenciam a sua capacidade de adaptação à mudança, agilizando o processo de transição. As variáveis referidas por Chick & Meleis (1986) e Doran (1998) traçam uma previsão do modo como o enfermeiro se vai adaptar ao novo contexto da prestação de cuidados. A compreensão das

necessidades e as motivações dos trabalhadores ajuda a influenciá-los no sentido da consecução dos objectivos organizacionais: “um grande problema actualmente é manter o pessoal satisfeito. Portanto a satisfação dos profissionais, a motivação” (E3, p. 4).

A remuneração é apontada por Maslow no contexto organizacional (Maslow, 2000, referido por Benson & Dundis, 2003) como a necessidade mais básica a satisfazer, isto porque, é através de uma remuneração salarial que as pessoas conseguem satisfazer as necessidades fisiológicas mais básicas (comer, beber, protecção, entre outros):

as pessoas precisam de outro tipo de incentivo que nós não conseguimos dar. Logo as necessidades começam a não ser satisfeitas, as mais básicas quase e a segurança que as pessoas têm que ter, quer no emprego, quer na vida familiar. No emprego com dotações seguras e com os meios necessários a uma boa prática e depois em casa são os recursos económicos (E3, p. 4).

As restrições socioeconómicas actuais impõem limites à flexibilidade remuneratória da organização. Por restrições orçamentais, e imperativo de sustentabilidade organizacional, é necessário fazer uma gestão dos recursos existentes, tentando maximiza-los e potenciá-los no sentido da sua otimização. Não obstante, as limitações sentidas, os gestores podem continuar a intervir no sentido de contribuir positivamente para as variáveis no Quadro 6. Deste modo, contribuem para a satisfação do enfermeiro e continuam a poder contar com a disponibilidade e voluntariedade dos enfermeiros para flutuarem, garantindo *outcomes* da organização pela gestão de custos e manutenção de dotações seguras, e ainda, contribuem para a consecução de *outcomes* do cliente e satisfação dos enfermeiros, *outcome* dos enfermeiros.

Hall & Doran (2001) referem que a influência exercida sobre as variáveis do enfermeiro e organização afectam a natureza da comunicação e coordenação interprofissional, com impacto nos *outcomes* dos clientes e enfermeiros, nomeadamente a satisfação laboral, o *stress*, o absentismo, o *turnover* (Blegen, 1993 e Irvine & Evans, 1995, referidos por Hall & Doran, 2001) e tensão sentido no desempenho dos seus papéis. Estes autores salientam a importância da satisfação laboral, dado ser simultaneamente um meio para alcançar *outcomes*, e um fim em si mesmo, ou seja, um *outcome* a atingir, dado influenciar a qualidade da interacção com os clientes. A relação entre a experiência da flutuação (teoria de médio alcance das Transições) e as variáveis, papéis do enfermeiro e *outcomes* do NREM, é visível no Esquema 2.

Este esquema ilustra a perspectiva do gestor de RH face às práticas de flutuação instituídas. Nesta perspectiva podemos então inferir que alterações/disrupções às variáveis do NREM

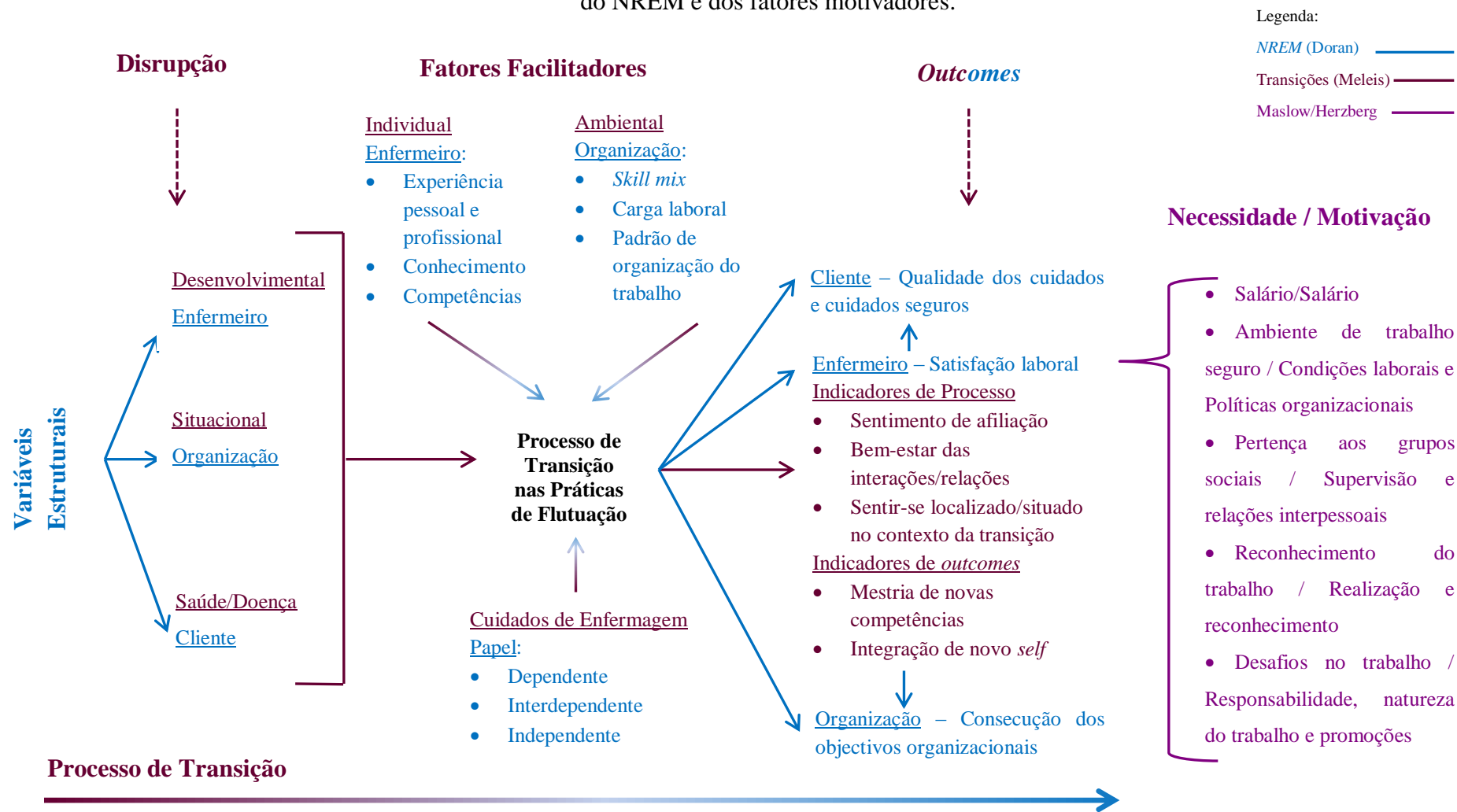
(enfermeiro, organização e cliente) desencadeiam diferentes tipos de processos de transição, com o respetivo impacto no enfermeiro e na sua experiência de flutuação. Por sua vez, as variáveis estruturais constituem-se ainda como fatores facilitadores ou inibidores do processo de transição, como demonstrado no esquema abaixo. A escolha do enfermeiro (variável estrutural do enfermeiro/fator individual) e a sua adequação ao serviço de destino (variável estrutural da organização/fator ambiental), em resposta às HCN (variável estrutural do cliente), bem como o desempenho do seu papel no decorrer da prestação de cuidados (papéis de enfermagem/cuidados de enfermagem), são determinantes para o processo de transição e suas repercussões nos *outcomes* do cliente, enfermeiro e organização.

As interações entre as componentes do esquema, e as repercussões dos componentes entre si não são lineares, mas antes formam um complexo sistema na qual a influência numa das suas vertentes, vai ter um impacto conseqüente noutra, que por sua vez influencia uma terceira. Deste modo a análise a este processo não pode ser feita a uma parte desinserida do todo, pois só no todo, é visível a extensão do seu alcance.

O papel do gestor releva-se na influência que pode exercer nas variáveis estruturais e fatores facilitadores/inibidores. Acrescem os fatores motivadores que contribuem diretamente para *outcomes* do enfermeiro, e indiretamente, do cliente e organização. Sendo a flutuação uma prática que suscita tantos sentimentos e vivências negativas, como mencionado no enquadramento teórico, é do interesse dos gestores, influenciar as variáveis possíveis de modo a minimizar o desagrado, e possivelmente, até contribuir para a satisfação laboral, mesmo face à flutuação.

No decorrer da análise das entrevistas verificou-se a existência de outras equipas na organização. Contudo, estas não figuram desta apresentação, análise e discussão dos resultados uma vez que a sua constituição visa responder a uma necessidade, que não a de suprir necessidades de RH para a manutenção de dotações seguras, pelo que não se constituem como equipas de recurso. Por este motivo, e uma vez que não respondem à pergunta de investigação, os respectivos dados não foram incluídos nos resultados do presente trabalho.

**Esquema 2.** Processo de transição nas práticas de flutuação para a consecução de *outcomes* através da influência das variáveis estruturais do NREM e dos fatores motivadores.



**Fonte:** Esquema adaptado de: NREM (Irvine, Sidani & Hall, 1998); Transições: teoria de médio alcance (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000); Bilhim (2007) e Ball (2003) referido por Lephala, Ehlers & Oosthuizen (2008).

## CONCLUSÃO

As dotações seguras são uma preocupação de sempre da GRH em enfermagem, contudo ganham relevo perante situações de menor disponibilidade de RH. O planeamento de RH dimensiona em função do absentismo previsível, mas não consegue prever o absentismo incontroável, nem as variáveis necessidades dos clientes que traduzem diferentes e variáveis HCN. Deste modo, a GRH vê-se a braços com a necessidade de encontrar estratégias que façam face aos seus desafios.

A literatura internacional aponta para o recurso às práticas de flutuação como resposta aos desafios apontados. Com o presente estudo identificamos a utilização de práticas de flutuação como estratégia de GRH em enfermagem num hospital nacional, para fazer face a variáveis necessidades de RH. Esta prática reflecte uma abordagem informal, desestruturada, pontual e gerida com base numa relação necessidade/disponibilidade de RH, em linha com as *UUF* e as *CUF*. No contexto estudado o critério decisório primário é o da disponibilidade de RH para flutuar. Quando possível, o critério decisório secundário incide sobre as características pessoais e profissionais que o enfermeiro flutuante apresenta, num esforço de adequar as necessidades de cuidados aos conhecimentos, características e experiência do enfermeiro. A utilização destes critérios de selecção dos enfermeiros não está formalmente definida, nem empregue de modo consistente, sendo aplicada quando possível e de modo empírico. Não obstante, as práticas identificadas vão de encontro ao que está defendido na literatura internacional relativamente às variáveis consideradas do NREM, e dos factores facilitadores da experiência de flutuação das transições.

A definição dos serviços entre os quais os enfermeiros flutuam, traduzem uma flutuação mista, isto é, uma flutuação que tanto pode ser centralizada como descentralizada, dependendo da disponibilidade dos RH. Os participantes do estudo expressaram uma preferência perante a flutuação descentralizada pela proximidade entre os seus conhecimentos, experiência e preparação e as necessidades de cuidados dos clientes. Os benefícios desta flutuação, apontados pelos entrevistados, estão em linha com a literatura, na medida em que permite a manutenção de dotações seguras. Evitam a sobrecarga laboral, e permitem experiências novas e desafiadoras aos enfermeiros flutuantes, nos quais são referidas a exposição a novas aprendizagens e experiências, bem como o estabelecimento de novas relações.

A modalidade de flutuação, na jornada de trabalho, através do BH ou como trabalho suplementar, é novamente decidida com base na disponibilidade de enfermeiros, preferindo-se, quando possível as modalidades financeiramente mais vantajosas para a organização por imperativo da sustentabilidade. Não obstante estes critérios, os participantes referiram tentar apelar à voluntariedade dos enfermeiros e à compreensão das necessidades subjacentes à flutuação, para estimular a motivação intrínseca. No entanto, a GRH não pode depender unicamente na boa vontade dos trabalhadores. Num contexto socioeconómico em que se impõem restrições financeiras que limitam o recurso a outras estratégias de GRH, compreender o modo como se podem potenciar e melhorar as práticas existentes, revela-se importante. Não se trata de sugerir novas modalidades da prática de flutuação, mas antes contribuir com conhecimentos que permitam otimizar e alertar os gestores para as intervenções passíveis de otimizar *outcomes* do cliente, enfermeiro e organização.

Como referido ao longo do trabalho os factores motivadores influenciam o desempenho e *outcomes* dos enfermeiros, o que por sua vez tem impacto nos *outcomes* do cliente e organização. A adequação das características pessoais e conhecimentos, competências e experiência profissionais potenciam o desempenho do enfermeiro e visam assegurar a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Facilitam ainda a experiência de flutuação para o enfermeiro, ao minimizar a sua insegurança. A intervenção dos gestores pode ainda contribuir para um bom acolhimento por parte da equipa que recebe o elemento, determinante para uma experiência positiva de flutuação. A gestão em enfermagem, ao contribuir para um experiência positiva e saudável de flutuação, fomenta a satisfação profissional dos seus enfermeiros, assegurando a disponibilidade dos mesmos para voluntariamente flutuar, garante a segurança e qualidade da prestação de cuidados e dos clientes, uma gestão sustentável dos RH, e ainda obtêm o *input* comparativo das práticas nos diferentes serviços, dos enfermeiros que flutuaram.

Num contexto socioeconómico restritivo e, como referido atrás, não propomos a criação de novas estratégias, antes contribuir com conhecimento científico, para a melhoria das estratégias já empregues pelos gestores nacionais. As práticas de flutuação carecem de continuada investigação, nomeadamente um levantamento mais compreensivo das práticas de flutuação utilizadas em organizações nacionais, o conhecimento das variáveis que contribuem para os seus *outcomes*, bem como avaliar os *outcomes* das práticas de flutuação nacionais. Fica para reflexão o seguinte: quanto mais soubermos sobre o modo como gerimos pessoas,

melhor saberemos geri-las para maximizar os contributos individuais e colectivos, e mais eficazmente responder às necessidades emergentes, contribuindo continuamente para os *outcomes* desejados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Busse, R., ..., Sermeus, W. (2014), Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Antunes, V.; Moreira, J. (2013). Skill mix in healthcare: An international update for the management debate. *International Journal of Healthcare Management*. 6 (1) 12-17. Acedido em 03/06/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db&AN=87354475&site=ehost-live>
- Balik, B. (2011). Creating a Team That Thrives: An Annotated Conversation With Marlene Williamson. *Creative Nursing* (em linha). 17(3), 148 - 155. Acedido em: 15/11/2011 Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011258018&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Bard, J. & Purnomo, H. (2005). Short-Term Scheduling in Response to Daily Fluctuations in Supply and Demand. *Health Care Management Science*. 8, 315-324. Acedido em: 27/02/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=19169027&site=ehost-live>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benson, S. & Dundis, S. (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*. 11, 315-320. Acedido em 20-03-2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=10651067&site=ehost-live>
- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas*. 2ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. (2007). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2007.

- Biscaia, A.; Conceição, C.; Martins, J. & Ferreira, P. (2003). Política e gestão dos recursos humanos na saúde em Portugal – controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 281-299. Acedido em: 29/03/2013. Disponível em: [info.worldbank.org/etools/docs/library/206753/rechumportugalpolemicasRPCGpdf.pdf](http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206753/rechumportugalpolemicasRPCGpdf.pdf)
- Buchan, J.; Poz, M. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*. 80 (7). 575-580. Acedido em 13/10/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED478944&site=ehost-live>
- Caetano, A. & Vala, J. (Coord.) (2007). *Gestão de Recursos Humanos – contextos, processos e técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Editora RH
- Câmara, P.; Guerra, P.; Rodrigues, J. (2007). *Novo Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Publicações D.Quixote
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel de recursos humanos*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Chiavenato, I. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In Chin, P., (Ed.). *Nursing Research Methodology*. (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publications.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra (Suíça): ICN.
- Costa, José dos Santos (Outubro de 2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium – Revista do ISPV*. (30), 234-251. Acedido a 16/10/2013. Disponível em: [www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf)
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 38(1), 29-39.

- Doran, D., McCutcheon, A., Evans, M., MacMillan, K., Hall, L., Pringle, D., ..., Valente, A. (2004). Impact of the Manager's Span of Control on Leadership and Performance. *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., ..., Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing & Health*. 29, 61-70.
- Dziuba-Ellis, J. (2006). Equipas flutuantes and resource teams: a review of the literature. *Journal of Nursing Care Quality* (em linha). 21 (4), 352-359. Acedido em: 15/11/11. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009292121&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Echer, I. C., Moura, G. M., Magalhães, A. M., & Piovesan, R. (1999). Absenteeism as a variable in human resource planning in nursing. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Vol. 20(2), 65-76. Acedido em 15/11/1011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11998107&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Fagerström, L. (2009). Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *Journal of Nursing Management*. 17 (4), 415-425. Acedido em: 18/02/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=41044134&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999) – *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Hall, L. & Doran, D. (Coord) (2001). *The Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes*. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto. Acedido em: 17-02-2013. Disponível em: [http://www.mcgillishall.com/wp-content/uploads/2010/05/ImpactOfNursingStaffMix\\_Report.pdf](http://www.mcgillishall.com/wp-content/uploads/2010/05/ImpactOfNursingStaffMix_Report.pdf)

- International Council of Nurses (2008). *Nursing Matters: Health Human Resources Planning*.  
Acedido em 27-02-2013. Disponível em:  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/9a\\_FS-Health\\_Human\\_Resources\\_Planning.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9a_FS-Health_Human_Resources_Planning.pdf)
- International Council of Nurses. (2009). *Nursing Matters: Nurses and Overtime*. Acedido em 27-02-2013. Disponível em:  
[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/9b\\_FS-Overtime.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9b_FS-Overtime.pdf)
- Irvine, D., Sidani, S. & Hall, L. (1998). Linking Outcomes to Nurses' Roles in Health Care. *Nursing Economics*. 16(2), 58- 87.
- Kalisch, B., Lee, H. & Rochman, M., (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 18, 938-947.
- Lei n.º7/2009 de 12 de Fevereiro (2009). Aprova a revisão do Código de Trabalho. *Diário da República, 1.ª série*, N.º 30 (12-02- 2009), 926-1029.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*. New York: Grune & Stratton, Ltd.
- Lephalala, RP., Ehlers, VJ. & Oosthuizen, MJ. (2008). Factores influencing nurses' job satisfaction in selected private hospitals in England. *Curationis*. 31(3), 60-69. Acedido em: 20-03-2014. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010290139&site=ehost-live>
- Linzer, P., Tilley, A. M., & Williamson, M. V. (2011). What floats a float nurse's boat?. *Creative Nursing*. 17(3), 130-138. Acedido em: 15/11/2011. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011258016&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Lopes, N. (2006). Equipas de Saúde: Uma perspectiva sociológica sobre o exercício profissional. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*. (3), 25-35. Acedido em 10/01/2013. Disponível em: [http://www.essa.pt/revista/docs/n\\_3/Re\\_habilitar\\_3\\_2.pdf](http://www.essa.pt/revista/docs/n_3/Re_habilitar_3_2.pdf)
- Marquis, B., Huston, C. (2005). *Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Ed.

- McHugh, M. (1997). Cost-Effectiveness of Clustered vs. Unclustered Nurse Floating. *Nursing Economics*. 15(6). 294-300.
- Meglino, B. (1979). A methodology for nurse staffing. *California Management Review*. 21(3), 82-93. Acedido em: 18/02/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=6346679&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23(1), 12-28. Acedido em 20/02/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10970036&site=ehost-live>
- Ministério da Saúde & Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros No Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência*. Acedido em: 27/02/2013. Disponível em: [https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes\\_DotacaoEnfermeirosSNS\\_VF\\_site.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes_DotacaoEnfermeirosSNS_VF_site.pdf)
- Pina e Cunha, M. (Coordenação) (2000). *Teoria Organizacional: Perspectivas e Prospetivas*. Publicações Dom Quixote.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª ed. Lisboa: Editora RH.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., Marques, C. & Gomes, J. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004) – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Pronger, L. (1995). Floating: Sink or Swim. *Canadian Nurse*. 91(11), 28-32. Acedido em: 20-03-2014. Disponível em: [www.canadian-nurse.com/~media/canadian%20nurse/secure%20page%20content/doc%20en/issues/cn-ic%20vol%2091%20no%2011%201995.pdf](http://www.canadian-nurse.com/~media/canadian%20nurse/secure%20page%20content/doc%20en/issues/cn-ic%20vol%2091%20no%2011%201995.pdf)

- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (1999) – *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rich, V. (2010). *On becoming a flexible pool nurse: expansion of the transition framework*. Meleis, A. (Ed.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. 423-430. New York: Springer Publishing Company
- Silvestro, R. & Silvestro, C. (September, 2000). An evaluation of nurse rostering practices in the National Health Service. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 525-535. Acedido em: 18/02/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=6058387&lang=pt-r&site=ehost-live>
- Stenske, J. E., Biordi, D. L., Gillies, D. A., & Holm, K. (1988). Resource teams: their structure and use. *Journal of Nursing Administration*. 18 (4), 34-38. Acedido em 15/11/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1988078900&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Stonehouse, D. (2011). Teamwork, support workers and conduct at work. *British Journal of Healthcare Assistants*. 5(7), 350-355. Acedido em 15/06/2012. Disponível em : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011230128&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Strzalka, A., & Havens, D. S. (1996). Nursing care quality: comparison of unit-hired, hospital float pool, and agency nurses. *Journal of Nursing Care Quality*. 10(4), 59-65. Acedido em: 15/11/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1996032119&lang=ptbr&site=ehost-live>
- Yin, Robert K. (2005). *Estudo de caso – planejamento e métodos* (Grassi, Daniel, Trad.). (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

## **ANEXOS**