

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

A Prática de Flutuação em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos: Condições Facilitadoras

Ana Filipa Baptista Afonso

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

A Prática de Flutuação em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos: Condições Facilitadoras

Ana Filipa Baptista Afonso

Professor Pedro Lucas

2013



“afinal de contas tudo muda – os ambientes desestabilizam-se, os nichos desaparecem, as oportunidades banalizam-se”

(MINTZBERG, AHLSTRAND & LAMPEL, 2003, p.18)

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado marca o final de uma etapa importante na minha vida. Como tal, e consciente da impossibilidade de mencionar todos os que para mim foram essenciais neste percurso, deixo desde já as minhas desculpas aos que não mencionei.

Ao Professor Pedro Lucas, orientador deste estudo, por acreditar tanto como eu que é possível e vale a pena trabalhar em áreas ainda pouco investigadas.

Aos colegas que se dispuseram a dar o seu contributo para que este estudo fosse possível de concretizar.

Ao meu grupo de trabalho durante o mestrado que me acompanhou nesta caminhada.

À minha equipa, pelo apoio e disposição para me ajudarem.

Aos meus familiares e amigos que foram mais uma vez o grande pilar para o término desta etapa, pela confiança, apoio e paciência que tiveram comigo....

Muito Obrigado!

RESUMO

Os recursos humanos são comumente aceitos como fator competitivo das organizações, situação que se torna ainda mais verdade quando se trata das organizações de saúde. No entanto, dada a conjuntura político-econômica, estas não estão autorizadas a recrutar profissionais de saúde, tornando-se emergente para os enfermeiros gestores a adoção de estratégias de recursos humanos eficazes e eficientes de modo a não comprometer os cuidados prestados.

A prática de flutuação surge como uma destas estratégias, sendo referenciada como benéfica para a organização, profissionais e clientes. No entanto, a evidência científica, apesar de escassa, demonstra também a necessidade de algumas condições para que esta seja frutífera para todos.

O objetivo deste trabalho é identificar as condições facilitadoras da prática de flutuação, enquanto estratégia de gestão de recursos humanos (GRH) em Enfermagem, quer junto dos enfermeiros gestores como dos profissionais de enfermagem que participam nesta prática. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, realizado a partir de vinte entrevistas.

O resultado orienta-nos para a existência de condições que facilitam a prática de flutuação quer ao nível dos enfermeiros, das organizações e dos clientes, havendo por isso a necessidade da existência de critérios para a escolha dos profissionais a participarem nesta estratégia.

Palavras-chave: Enfermagem, Gestão de recursos humanos, prática de flutuação

ABSTRACT

Human resources are commonly accepted as a competitive factor within organizations, and all the more so when considering health organizations. However, given the political and economic juncture, health organizations are not authorized to recruit health professionals, making it imperative that nurse managers adopt effective and efficient human resource strategies so as not to compromise care giving.

Floating appears as a human resource strategy, being referenced as beneficial for the organization, nurse workers and clients. However, scientific evidence, although scarce, also shows the need for certain conditions to be in place so that this is a fruitful venture for all involved.

The purpose of this study is to identify facilitating conditions to floating for nurse practitioners and nurse managers, as a nursing human resource strategy (HRS). This is a descriptive and exploratory study, conducted by way of twenty interviews.

The result orients us to the existence of conditions that facilitate floating for nurses, clients and the organization, therefor reinforcing the need for the establishment of criteria in the choice of nurse personnel that participate in floating.

Key words: Nursing, Human resource management, Floating

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	12
2. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM.....	20
2.1 Equipa de flutuação como estratégia de Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem.....	24
3.1.2 Contextualização com o modelo teórico de Afaf Meleis.....	29
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	31
1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	31
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	31
3. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	32
3.1. Tipo de Estudo	32
3.2. Participantes.....	32
3.3. Instrumento de Colheita de Dados	33
3.4. Considerações ético-legais	34
3.5. Análise e Discussão dos Dados.....	35
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
5. CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES.....	61
I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO	
II – GUIÃO DAS ENTREVISTAS	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – A prática de flutuação em enfermagem percebida pelos enfermeiros gestores	39
Quadro 2 – A prática de flutuação em enfermagem percebida pelos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das respostas relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros gestores..... 37

Tabela 2 - Distribuição das respostas relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH 38

INTRODUÇÃO

Um dos recursos indispensável de qualquer organização é o capital humano, assumindo por isso, ao longo dos tempos, um crescente investimento e importância a GRH. A evidência demonstra que tal importância se deve ao seu nível de influência na parte: 1- social, tentando responder às necessidades e desafios da comunidade; 2- organizacional, dado que cabe à GRH gerir as pessoas de modo a atingirem os objetivos da própria organização; 3- funcional, atuando de modo a maximizar o potencial de cada um e 4- individual, uma vez que é crucial que facilite e auxilie cada colaborador a atingir os seus próprios objetivos, promovendo assim a satisfação de cada um (GOMES, 2008).

As pessoas que estão incumbidas desta gestão têm cada vez mais uma tarefa difícil e de grande responsabilidade. Considera-se que numa sociedade em constante mudança, aliada aos constrangimentos económicos que se têm feito sentir ao longo dos anos, é o fator humano das organizações a sua grande vantagem competitiva, devendo por isso cada organização procurar maximizar o capital humano tentando potencializar as características individuais e adequá-las às especificidades do trabalho.

Para além desta realidade a GRH enfrenta ainda o desafio de suprir as necessidades de recursos humanos que advêm das ausências imprevistas de pessoal.

As Organizações de Saúde não estão à margem destas preocupações, encontrando-se também elas com constrangimentos, entre outros, em termos de dotações seguras. A literatura em enfermagem salienta a importância de dotações seguras para a prestação de cuidados de qualidade, surgindo na literatura internacional, como resposta a este desafio, as *float pools*, definidas como grupos casuais de pessoas, de recurso pontual ou permanente, contratadas por uma organização para trabalhar, quando necessário, de modo a fortalecer as equipas de enfermeiros permanentes dos diversos serviços, para dar resposta às necessidades diárias de trabalho dos mesmos (DZIUBA-ELLIS, 2006). Neste trabalho designei-as como equipas de flutuação.

Esta estratégia de GRH apresenta desafios ao nível da gestão pessoal e profissional do enfermeiro. A literatura internacional refere a importância da escolha de indivíduos que, pelas características pessoais, estejam mais capacitados para o exercício destas funções, demonstrando as consequências negativas que podem ocorrer se tal não se verificar.

Estudos internacionais têm evidenciado que a adequação das características dos indivíduos ao desempenho de funções, favorece mais *outcomes* dos clientes, enfermeiros e organizações, potenciando a qualidade dos cuidados (LINZER, TILLEY & WILLIAMSON, 2011).

Perante esta evidência e sendo a prática de flutuação uma estratégia de GRH pouco explorada em Portugal, propusemo-nos realizar um estudo, de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, onde procurámos identificar quais as condições reconhecidas como facilitadoras da prática de flutuação pelos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH, bem como pelos enfermeiros gestores; comparámos com a evidência científica e propusemos orientações para o futuro.

Tendo em conta que o processo de flutuação é único e influenciado pelas variáveis pessoais e contextuais, é consequentemente vivenciado por cada um de modo distinto. Uma vez que a teoria de médio alcance de Afaf Meleis e seus colaboradores (1997) tem em conta as características pessoais nos processos de transição e refere a existência de condições pessoais, sociais e culturais que podem ser facilitadoras ou inibidoras de um evento de transição e que portanto condicionarão a boa ou má adaptação ao fenómeno, utilizámos esta teoria como suporte do trabalho.

Até à data cabia aos Enfermeiros-chefes as questões relativas a estratégias de GRH. Atualmente, com a Lei nº. 248/2009 de 22 de Setembro, deixa de haver na carreira de Enfermagem a categoria de Enfermeiro-chefe, passando a ser a categoria de Enfermeiro Principal que poderá exercer funções de direção e chefia. Assim sendo, e uma vez que esta transição é morosa existindo ainda Enfermeiros-chefes, optei por neste trabalho utilizar o termo de Enfermeiro gestor.

Para consecução deste trabalho procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura (RSL), nas bases de dados disponíveis na plataforma *EBSCO HOST* e colocaram-se

como limitadores texto completo e texto revisto. Não se limitou a janela temporal, devido à escassez de literatura sobre o tema. Utilizaram-se como descritores *float pool*, *resource team* e *nurs** e como operador booleano o “OR” entre os descritores *float pool* e *resource team* e “AND” para *nurs**. Como resultado obtiveram-se 56 resultados. Após leitura dos resumos para confirmação da sua adaptação à temática em estudo, selecionaram-se 11 artigos. Destes, apenas 8 artigos estavam em texto completo, tendo-se procurado obtê-los da base de dados *online* da Universidade de Toronto, através da solicitação de uma estudante universitária canadiana, que nos enviou, por correio eletrónico, 5 artigos integrais. Dos 8 artigos conseguidos em texto completo, apenas 4 eram artigos de investigação e foram incluídos na RSL.

Este trabalho está dividido em três partes. Na primeira encontra-se o enquadramento conceptual que sustenta o estudo; na segunda define-se as opções metodológicas do estudo; na terceira apresentam-se os resultados e faz-se a análise e discussão dos mesmos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

O estudo das organizações tem adquirido cada vez mais importância na sociedade atual, talvez pelo facto de “a nossa sociedade [ser] uma sociedade de organizações. Nascemos numa organização, somos educados em organizações e durante a maior parte das nossas vidas somos membros de alguma organização: uma escola, um hospital, um grupo desportivo, uma empresa, etc” (FREDERICO & LEITÃO, 1999, p. 29). Para Chiavenato (2003, p. 19)

“as organizações são constituídas de pessoas e dependem delas para atingir os seus objectivos e cumprir as suas missões. Para as pessoas, as organizações constituem um meio pelo qual elas podem alcançar vários objectivos pessoais. (...) As organizações surgem exatamente para aproveitar a sinergia dos esforços de vários indivíduos que trabalham em conjunto”.

Este mesmo autor (2003) realça que com o crescimento das organizações, maior se torna a variabilidade de recursos necessários à sua sobrevivência.

Perante tal evidência, torna-se comumente aceite falar-se de GRH quando se fala de organizações, pois com a evolução deste conceito, os recursos humanos nas organizações passaram de fator apenas de produção a fator estratégico da organização, segundo Bilhim (2007, p. 19) “as actividades de gestão de recursos humanos (GRH) possuem um impacto significativo no desempenho e na realização (*performance*) individual e, por conseguinte, na produtividade e na realização global de qualquer organização”. Para este autor não existe uma melhor maneira de gerir os recursos humanos. No entanto, para tal, a organização deve ter em conta os seus objetivos, a especificidade dos clientes, tentando articular as características que possui com as necessidades dos mesmos.

Se por um lado é importante falar de recursos humanos, por outro é necessário não esquecer que a estrutura da organização onde esses mesmos recursos humanos estão inseridos os afeta e é afetada pelos mesmos. A estrutura de uma organização é composta pelo subsistema organizacional e comportamental. Para Bilhim (2007, p. 24) o comportamento organizacional constitui uma área de estudo que trata do impacto “que os indivíduos, grupos e estruturas organizacionais têm no

comportamento humano dentro de uma determinada organização com o objectivo de usar tal conhecimento na melhoria da sua eficiência, eficácia e economia”.

A estrutura organizacional “refere-se ao modo como as actividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas” (FREDERICO & LEITÃO, 1999, p. 44), havendo três características na estrutura organizacional que são a complexidade, a formalização e a centralização.

A complexidade diz respeito aos níveis de diferenciação, isto é, graus de especialização, níveis hierárquicos, divisão de trabalho, extensões e filiais das organizações (FREDERICO & LEITÃO, 1999 e BILHIM, 2007).

A formalização “é constituída pelas regras e os procedimentos que as organizações têm para orientar o comportamento dos seus membros, e pelas suas normas escritas” (BILHIM, 2007, p. 22). Por fim a centralização refere-se ao lugar onde se encontra o poder na organização.

Segundo Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 52)

“às estruturas fortemente hierarquizadas, herdadas do passado, vão sucedendo as organizações flexíveis com 2, ou, quando muito, 3 níveis hierárquicos; a tomada de decisão no topo da pirâmide organizacional está a ser substituída pela delegação de competências e a atribuição do poder decisório às equipas que realizam o trabalho e estão mais próximas dos clientes” (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007, p. 52).

Estes mesmos autores (2007) referem também algumas vantagens da descentralização do poder, uma vez que é possível uma tomada de decisão mais rápida para resolução de problemas, a participação de mais pessoas no processo decisório e uma maior satisfação dos colaboradores. Corroboram com esta descentralização Sant’anna, Moraes e Kilimnik (2005, p. 19) que no seu estudo “reforçam a necessidade de mudanças no comportamento das organizações, de modo que estruturas verticalizadas e centralizadas cedam espaço àquelas mais horizontais e descentralizadas, favorecedoras de maior autonomia, participação e envolvimento dos trabalhadores”.

Também Mezomo (2001) realça a importância de, em tempos de mudança e num ambiente competitivo, as organizações de saúde precisarem cada vez mais para além de um gestor, de um gestor que tenha competências de liderança para a

obtenção de uma maior qualidade em saúde, pois segundo o mesmo autor (2001, p. 36) o líder “adopta uma atitude pessoal e ativa face aos objectivos e muda a maneira de as pessoas pensarem a respeito do que é desejável, possível e necessário” e como habilidades a desenvolver para tal, Mezomo (2001, p. 41) refere que o gestor deve ser descentralizador do poder “porque a transformação da organização exige o esforço de todos. A delegação é o verdadeiro caminho de fortalecimento dos funcionários.” Borges (2009) vai mais além e refere que é clara a necessidade de mudança nas organizações devido a todas as demandas que existem (novas leis, regulamentos, introdução de novas tecnologias, situação económica), mas é necessário que as organizações estejam conscientes de todos os obstáculos que podem surgir na implementação dessas mudanças estratégicas. No seu estudo sobre a implementação de mudança organizacional e o papel de práticas de recursos humanos, os resultados revelaram “(...) que o sucesso de uma implementação de mudança também depende de como as práticas dos RH são percebidas. Esta é uma ferramenta poderosa que os gestores podem usar para minimizar o impacto negativo das mudanças” (BORGES, 2009, p. 299).

De acordo com Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 304) as componentes complexidade, formalização e centralização podem ser conjugadas ou combinadas de diversas formas, no entanto existem dois modelos em que o desenho organizacional acaba por se integrar, são eles a estrutura mecanicista “caracterizada por uma elevada complexidade (...), grande formalização e pequena participação por gestores intermédios na tomada de decisão” e a estrutura orgânica “com baixo grau de complexidade e formalização, uma rede de disseminação de informação sofisticada (...) e um elevado grau de participação na tomada de decisão”.

A variabilidade das estruturas nas organizações deve-se a quatro variáveis que são: estratégia, dimensão, tecnologia e envolvente (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007). Para estes mesmos autores (2007, p. 35) “a estratégia de uma organização, consiste (...) na identificação e caracterização dos objectivos ou resultados que ela pretende alcançar no curto, médio e longo prazo”, a dimensão refere-se à dimensão da própria organização, sendo natural que numa organização de grandes dimensões onde há distanciamento geográfico e físico se proceda à descentralização da tomada de decisão, a tecnologia refere-se à “metodologia utilizada por uma

organização para transformar os seus *inputs* em *outputs*” (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007, p. 307) e a envolvente está relacionada com o ambiente exterior em que a organização está inserida.

Perante toda esta variedade e complexidade organizacional, como tornar uma organização mais bem-sucedida?

Esta é a questão que tanto trabalho tem dado aos investigadores de diversas áreas e, apesar de não haver uma “receita pronta”, parece que a conclusão dos recursos humanos como fator estratégico e competitivo é cada vez mais aceite.

Segundo Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 51) “a diferença entre Sucesso e Insucesso Empresarial está, portanto, na capacidade da Empresa se adaptar (ou não) de forma pronta e eficaz às mutações do meio. Todavia, a rapidez de resposta dependem da dinâmica interna dos Recursos Humano”. Estes mesmos autores (2007, p. 51) referem que “a Gestão dos Recursos Humanos é o factor decisivo para o Sucesso Empresarial”.

As pessoas, nas organizações, têm sido vistas e valorizadas de maneira diferente ao longo do tempo. A área de recursos humanos surgiu no final do século XVIII, quando a revolução industrial provocou a substituição do trabalho manual pelo trabalho maquinizado. Esta situação promoveu o desenvolvimento de Teorias Clássicas das Organizações, nomeadamente as teorias de Taylor, Fayol e Weber, onde o trabalhador era considerado apenas como um fator de produção.

Posteriormente e reactivamente a estas teorias, surgiu, pelo desenvolvimento das Ciências Sociais, a escola das Relações Humanas, onde o trabalhador passou a ser visto como tendo um papel importante para o sucesso da organização. Para tal, foi crucial o estudo desenvolvido por Mayo e os seus colaboradores entre 1923 e 1927 na fábrica de Hawthorne da Western Electric, onde encontraram relação entre a produtividade dos empregados e as más condições de trabalho, começando por isso a ser contestados os princípios clássicos que persistiam até então. Esta experiência permitiu o delineamento de alguns princípios básicos tais como: o nível de produção como resultante da integração social, o comportamento social dos empregados, a importância de grupos informais dentro da organização, a importância da compreensão da natureza das relações humanas, a importância do conteúdo do

cargo em detrimento da fragmentação do trabalho e a ênfase nos aspetos emocionais.

Perante isto, começam a surgir palavras como dinâmica de grupo, liderança, comunicação, motivação, que serviram de mote para a teoria das necessidades humanas de Maslow. Este autor defendeu cinco níveis de necessidades humanas (fisiológicas, de segurança, sociais, de autoestima e de autorrealização) organizadas hierarquicamente em que, apenas depois de satisfeitas as necessidades de nível inferior, se poderia progredir para as de nível superior e que a forma de motivar o indivíduo é ir satisfazendo sucessivamente estas necessidades.

Mais tarde, McGregor apresentou a teoria X e Y na qual colocou “em evidência a filosofia do gestor sobre a natureza humana e a sua relação com a motivação dos subordinados” (TEIXEIRA, 2005, p. 142). Na perspetiva da teoria X, as pessoas, de uma maneira geral, não gostam de trabalhar e evitam-no sempre que possível, logo a gestão das organizações deve dar ênfase ao controlo, supervisão e punição dos trabalhadores, enquadrando-se esta teoria nos modelos clássicos. Antagonicamente, a teoria Y defende que os trabalhadores encaram o trabalho com prazer, logo, é possível motivar os indivíduos de uma maneira assente no desenvolvimento, na autonomia e na recompensa dos indivíduos, havendo uma relação desta teoria com a das relações humanas.

Também Herzberg, na sua teoria das necessidades, defendeu duas classes distintas que são responsáveis pelo desempenho dos indivíduos nas organizações e que classificou como fatores higiénicos e motivacionais. Os fatores higiénicos estão de certa forma equiparados às necessidades de segurança e sociais de Maslow e relacionam-se com os contextos decorrentes da prestação do trabalho (como a segurança, o estatuto, as relações interpessoais, a remuneração e as condições de trabalho), enquanto os fatores motivacionais estão equiparados às necessidades de estima e autorrealização, diretamente ligados ao conteúdo do trabalho, tais como o crescimento dentro da organização, responsabilidade, reconhecimento e realização profissional. Segundo Teixeira (2005, p. 147) “Herzberg considera que os factores higiénicos são capazes de reduzir ou anular a insatisfação mas não conseguem conduzir à motivação das pessoas. (...) Pelo contrário, os factores motivacionais

podem contribuir para elevados níveis de satisfação e assim resultar em motivação das pessoas”.

Impulsionada pelas alterações económicas, sociais, culturais, políticas e tecnológicas, foi desenvolvida a Teoria Contingencial que veio dar ênfase à importância exercida pelo meio envolvente no desempenho organizacional, alterando a visão de dentro para fora da organização. Deste modo, a organização passa a ser vista como um sistema em constante interação com o meio ambiente, sendo influenciada por este e simultaneamente influenciando o mesmo.

Tal como estas teorias, o conceito de GRH também tem evoluído. Inicialmente designada por Administração de Pessoal, encarregue de tarefas essencialmente administrativas, passou entre as décadas de 60 a 80 do século XX a ser denominada de Gestão de Pessoal, em que apesar de ser uma fase onde já se verifica uma procura de equilíbrio dentro da organização ao nível de gestão de pessoas zelando pela defesa de valores humanísticos, ainda não são tidos em conta os seus objetivos pessoais. Por último, nos anos 80 do século passado, a GRH surge como uma área estratégica da organização, onde os colaboradores passam a ser vistos como fator crucial da competitividade e do sucesso organizacional.

Segundo Chiavenato (1999, p.xxvii)

“com a globalização dos negócios, o desenvolvimento tecnológico, o forte impacto da mudança e o intenso movimento pela qualidade e produtividade, surge uma eloquente constatação na maioria das organizações: o grande diferencial, a principal vantagem competitiva das empresas, decorre das pessoas que nelas trabalham”.

Há mesmo quem assuma que nos dias de hoje a GRH devia ser denominada por Gestão Estratégica de Recursos Humanos, uma vez que, para sobreviverem a um ambiente progressivamente mais concorrencial, as organizações começaram a colocar ênfase nas pessoas e no seu envolvimento, pois percebeu-se que só através do aproveitamento das habilidades e potencial intelectual das mesmas se poderia criar vantagem relativamente a outras organizações. Também Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 52) realçam que

“o reconhecimento de que não basta dispor da mais avançada tecnologia, de uma sólida base financeira ou de uma posição dominante no mercado para assegurar o sucesso, se as mesmas não forem sustentadas por uma força de trabalho motivada,

com um perfil de aptidões virado para o futuro e elevada produtividade, constitui, de *per si*, uma notável alteração de mentalidade de muitos gestores”.

Segundo Chiavenato (1999), a GRH deve contribuir para a eficácia da organização da seguinte forma: ajudar a organização a alcançar os seus objetivos e realizar a sua missão; proporcionar competitividade à organização com empregados bem treinados e bem motivados; aumentar a auto atualização e a satisfação dos empregados no trabalho; desenvolver e manter a qualidade de vida no trabalho, administrar a mudança, manter políticas éticas e um comportamento socialmente responsável. De forma a cumprir com estes objetivos a GRH tem como funções

“o planeamento (antecipar as necessidades e antecipar os excessos de Recursos Humanos), a obtenção (recrutar e selecionar Recursos Humanos), aplicação (descrever conteúdos funcionais e afectar pessoas às tarefas), manutenção (gerir sistemas de remunerações e de incentivos, promover boas condições de trabalho), desenvolvimento (promoção de cursos de formação, apoiar acções de desenvolvimento pessoal e organizar planos de carreira) e controlo (acompanhar e avaliar o desempenho)” (GOMES, 2008, p. 3).

Contudo, devido a todas as alterações do meio envolvente às empresas, bem como das estruturas das mesmas, o gestor de recursos humanos começa também a ser fundamental “como facilitador no processo de desenvolvimento organizacional [e] como agente activo na gestão da mudança” (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2002, p. 53). Tanto para o processo de desenvolvimento organizacional como para a gestão da mudança, as empresas começam a preocupar-se em contratar e reter os melhores talentos e para isso percebem que é necessário definir um perfil de competências-chave que se adequem à empresa, ou seja, definir determinadas competências (de liderança e gestão, técnico-profissionais e comportamentais) que em determinado posto são essenciais para o sucesso do negócio (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007).

Atrás ditam-se as funções da GRH que alguns autores referem. No entanto, no que respeita à operacionalização desta gestão as opiniões divergem

“num pólo, estão aqueles que entendem que, tratando-se de um recurso confiado aos gestores de linha, nada justifica a criação de uma estrutura própria para o gerir, que não traz valor acrescido ao negócio e constitui uma componente adicional de custo de estrutura. No extremo oposto, perfilam-se os defensores duma gestão de RH

profissionalizada e confiada a especialistas na matéria, alegando que os gestores de linha não têm a preparação, nem o distanciamento e a isenção para conseguirem sozinho dirimir, com sucesso, as situações de conflito que, porventura, surjam entre os seus Colaboradores” (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007, p. 15).

Segundo os mesmos (2007, p. 316), verifica-se que a maioria das empresas recorreu a uma solução mista “baseada na interactividade e na parceria entre o *line management* e os especialistas de RH”, ficando os gestores de linha com a gestão das suas pessoas e os especialistas uma coordenação global procurando garantir os valores e cultura da empresa, a equidade interna, o recrutamento, selecção, formação, remuneração e actividades de consultadoria.

2. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM

A Lei de Bases da Saúde preconiza como algumas das suas características um Serviço Nacional de Saúde universal e que garanta a “equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Lei 48/90, Capítulo III, Base XXIV). Para tal têm-se realizado reformas no setor da saúde no âmbito hospitalar e de cuidados de saúde primários. No entanto, essas reformas organizacionais não têm carácter explícito no que se refere à GRH, tal como referido por Santana e Vaz (2009, p. 128)

“o sector dos cuidados hospitalares em Portugal, à semelhança da situação global no sector da saúde, tem sido sujeito a um processo de reorganização, embora os respectivos contornos assumam um carácter bastante difuso no que respeita ao impacto sobre os recursos humanos (em termos quantitativos)”,

como tal também os mesmos autores mencionam a clara necessidade de repensar estas políticas de GRH.

Com o predomínio da ideologia economicista, ao longo dos tempos, “os recursos humanos do sector da saúde têm sido o alvo preferencial de várias medidas, sobretudo os profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde (médicos e enfermeiros)” (VIEGAS, 2010, p.14). Tal deve-se possivelmente, ao facto do Ministério da Saúde constituir o segundo maior empregador do Estado. Além disso, dos 42% que representa a despesa total do Serviço Nacional de Saúde com pessoal, 64% é despendido com os profissionais de enfermagem e medicina (RODRIGUES, 2002). Estas medidas repercutem-se ao nível das contratualizações dos profissionais, já que os períodos de maior segurança laboral deram lugar à incerteza e instabilidade no trabalho. Martins *et al* (2003, p. 627) refere que em 1999 “78,6% dos efectivos do Ministério da Saúde pertenciam aos quadros”, no entanto já “de 2000 a 2002 registou-se um aumento global de 88% nos contratos a termo certo e de 52% nos contratos de prestação de serviços” (CORREIA, 2008, p. 19). Num estudo realizado por Poeira e Mamede (2011), a fim de identificar os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros, que se sabe terem impacto negativo para a organização, entre outros fatores, na diminuição de qualidade de

cuidados prestados (POEIRA & MAMEDE, 2011 citando SHIELDS & WARD, 2001) chegaram à conclusão que um desses fatores era a falta de estabilidade contratual.

Segundo Frederico e Leitão (1999), fazem parte da GRH em enfermagem a dotação e cálculo de pessoal, o recrutamento e seleção, a integração, a formação, a avaliação de desempenho e a carreira. A dotação e cálculo de pessoal servem para que se garantam os recursos humanos necessários à prestação de cuidados de excelência aos clientes. No entanto, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde em maior quantidade nas instituições de saúde, são também os que representam maior custo financeiro, possibilitando deste modo, por motivos de ordem económica e política, entre outros, a interferência de outros profissionais de saúde na decisão da quantidade destes profissionais.

Como tal, é premente a necessidade de demonstrar a efetividade dos cuidados de enfermagem, existindo já alguns estudos, referidos de seguida, que revelam a importância de dotações seguras para cuidados de enfermagem de qualidade.

Segundo Doran *et al* (2006) os resultados dos clientes são uma forma de demonstrar a efetividade dos cuidados de enfermagem. São vários os estudos que evidenciam que a falta de dotações seguras levam a um aumento de ocorrências adversas, por exemplo White, Hall e Lalonde (2011) e Brady, Malone e Fleming (2009) referem que dotações de enfermeiros inadequadas, nomeadamente a escassez dos mesmos, entre outros fatores, podem resultar em erros de administração terapêutica, devido ao aumento da carga de trabalho. Também num estudo realizado por Doran e Hall (2001) verificou-se que menores dotações de enfermeiros estão associadas a uma maior ocorrência de feridas infetadas e de erros de medicação. Cho *et al* (2003) concluíram que o aumento de uma hora de trabalho por dia-cliente reduzia em 8,9% a probabilidade de pneumonia e um aumento de 10% na proporção de enfermeiros estava relacionado com uma redução de 9,5% na probabilidade do mesmo tipo de infeção.

Existem também estudos que revelam que uma elevada proporção de enfermeiros, com elevados rácios enfermeiro-cliente e mais horas de cuidados de enfermagem por dia levam a menores taxas de quedas (LAKE *et al*, 2010 e WHITE, HALL & LALONDE, 2011). Neste mesmo estudo, conclui-se que o aumento de uma hora de

trabalho por um enfermeiro por dia-cliente estava associado a uma redução em 2,26% nas taxas de úlceras de pressão.

Em suma, e referenciando o relatório dos Recursos Humanos para a Saúde, Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, os enfermeiros com excesso de trabalho, devido a dotações inadequadas, podem cometer mais erros, originando menores *outcomes* para os clientes (DUSSAULT & FRONTEIRA, 2010).

Para Filha *et al* (2008, p. 4) “cabe ao enfermeiro [gestor] discutir e participar activamente na definição da política de recursos humanos na instituição e estabelecer estratégias que permitam a introdução do dimensionamento de pessoal de enfermagem, proposto pelo serviço de enfermagem.” Mas para tal torna-se cada vez mais premente a consciência de que, para que as dotações sejam eficazes, eficientes e de modo a ajustar os recursos humanos em função do trabalho, é necessária a utilização de instrumentos fiáveis que o demonstrem e de uma linguagem comum que reflita o desempenho dos profissionais de enfermagem bem como o seu contributo para a sociedade no geral e profissão de Enfermagem, tendo surgido como resposta a esta necessidade efetiva a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)¹.

Machado (2001, p. 12) refere que existe uma panóplia de métodos de cálculo de pessoal, todos eles tendo vantagens e desvantagens, no entanto nenhum é exato dado que existem várias “vertentes do trabalho de enfermagem que não só não são mensuráveis, como dificilmente serão quantificados com total rigor.” Apesar disto, através destes instrumentos mais facilmente se conseguirão obter dados mensuráveis que contribuirão para a GRH. Atualmente parece ser o Sistema de Classificação de Doentes o considerado como mais adequado e o mesmo tem sido implementado gradualmente nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Após o consenso da necessidade de contratar enfermeiros para as instituições, dá-se a fase do recrutamento, a qual tem adquirido cada vez mais relevância devido ao

¹ Instrumento criado e desenvolvido pelo *International Council of Nurses* de modo a permitir uma linguagem uniformizada para todos os Enfermeiros a nível mundial, facilitando a documentação padronizada dos cuidados prestados aos clientes. Os dados resultantes facilitarão o planeamento e gestão de cuidados de Enfermagem e poderão/deverão servir de suporte nas tomadas de decisão favorecendo a qualidade dos cuidados prestados.

reconhecimento dos recursos humanos como fator competitivo. Segundo Assis (2010, p. 26) no recrutamento

“(...) há que fazer uma investigação acerca do melhor profissional, aquele que melhor se adapta ao cargo correspondente e pretendido pela organização, isto é, escolher a pessoa com melhores qualificações para o cargo.(...) Torna-se muito importante que desde logo se defina os critérios de selecção dos profissionais”.

Caetano e Vala (2002, p. 208) defendem que a má selecção de pessoas traz consequências para a organização, nomeadamente ao nível da produção, a qual tem tendência a diminuir, da ocorrência mais fácil de acidentes de trabalho e de maior frequência de doenças nesses mesmos sujeitos. A Teoria das Transições de Afaf Meleis, apresentada na secção 2.1.2, que orientou o desenvolvimento deste estudo, sustenta e explica esta situação ao referir que o cliente está em constante interação com o meio ambiente e tem capacidade de se adaptar a este, podendo, no entanto, entrar em desequilíbrio por necessidades não satisfeitas e respostas não adaptativas, neste caso, as características individuais do profissional, bem como as variáveis contextuais podem ou não ser facilitadoras para determinada tarefa.

Segundo Caetano e Vala (2002, p. 270) o empenho e a motivação estão relacionados com o posto de trabalho onde o trabalhador exerce funções e a “selecção óptima corresponderia à escolha da pessoa que possuísse as características do foro psicológico (motivação, aptidões e personalidade) exigidas pelo posto de trabalho no seu nível mais elevado”. Apesar de não haver um modo de selecção que seja sempre eficaz, preconiza-se que a associação “da pessoa certa, para o trabalho certo” permite que o trabalhador esteja mais satisfeito, motivado e empenhado no seu trabalho levando, consequentemente, a maior produtividade para a organização, menor *turnover* e menor absentismo. Em Portugal, à semelhança do que tem acontecido em outros países, novas modalidades de recrutamento de profissionais de enfermagem têm vindo a adquirir cada vez mais relevância no mercado nacional, nomeadamente a subcontratação através de empresas de prestação de serviços. No entanto, segundo Kovács (2004 p. 35) estas formas de emprego significam um retorno à precariedade, “(...) ao trabalho mal pago, pouco reconhecido e que provoca um sentimento de inutilidade, (...) à instabilidade do

emprego, à ameaça do desemprego, à restrição dos direitos sociais e também à falta de perspectivas de evolução profissional.”

Assim sendo, pode supor-se que com as condições laborais presentes nesta modalidade de recrutamento de profissionais, estes mais facilmente estão suscetíveis a uma maior ansiedade, devido à precariedade em que se encontram, verificando-se uma “vaga de emigração” (OE, 2012).

Perante esta realidade torna-se premente olhar criticamente para as medidas políticas e economicistas que têm vindo a tomar lugar nas decisões de saúde e que têm repercussões na qualidade dos cuidados prestados.

2.1 Equipa de flutuação como estratégia de Gestão de Recursos Humanos em Enfermagem

Como já referido, a GRH é responsável pelo dimensionamento de pessoal e é com os recursos humanos que há a maior despesa financeira das instituições de saúde. As restrições económicas que se enfrentam têm impacto na dotação de profissionais de saúde que se encontram nas organizações, nomeadamente ao nível de enfermagem, no entanto os clientes continuam, cada vez mais, a exigir um cuidado de qualidade. Os gestores deparam-se, assim, com a coexistência de conflitos entre as necessidades efetivas de recursos humanos em enfermagem e as disponibilidades reais nas instituições.

Segundo Chiavenato (2003, p.67) “ a administração estratégica é uma função de administração de topo (...) que analisa, desenvolve e modifica os processos internos e externos da organização para torná-la *eficiente e eficaz* sob condições constantemente mutáveis”.

Assim sendo, que estratégias de GRH poderão adotar os gestores para fazer face a esta situação?

As equipas de flutuação são descritas como grupos casuais de pessoas, de recurso pontual ou permanente, contratadas por uma organização para trabalhar quando necessário de modo a fortalecer as equipas de enfermeiros permanentes dos diversos serviços, de forma a dar resposta às necessidades diárias de trabalho dos mesmos (DZIUBA-ELLIS, 2006). Estas equipas são uma estratégia de recursos

humanos, que surge nos Estados Unidos, Canadá e Austrália para fazer face a situações de escassez de pessoal de enfermagem, com a finalidade de assegurar dotações seguras, apesar das restrições económicas que os países atravessam. Estas restrições têm repercussões na limitação da contratação de pessoal, bem como na redução do mesmo, levando a um baixo rácio de enfermeiro-cliente que, aliado ao absentismo imprevisível, colocam em risco a qualidade dos cuidados.

Segundo Hemann e Davidson (2012) citando Dziuba-Ellis (2006) e Strzalka e Havens (1996) as práticas de flutuação podem ser realizadas por: profissionais que a instituição subcontrata através de empresas, equipas de flutuação, equipas de recurso ou mudança temporária de um enfermeiro da unidade onde exerce funções para outra unidade da organização. Os conceitos de equipa de flutuação e equipa de recurso, segundo Dziuba-Ellis (2006), são equiparáveis, pois ambos têm a mesma definição. No entanto, apesar de referir que são conceitos equiparáveis, a autora distingue-os salvaguardando que esta distinção não é universalmente utilizada.

Segundo Dziuba-Ellis (2006), as equipas de flutuação caracterizam-se pela informalidade, menor estruturação das equipas e, por vezes, pela obrigatoriedade de participação de qualquer enfermeiro da instituição nas mesmas. Não são tomadas em consideração as características pessoais do enfermeiro que flutua, as suas competências nem a sua área da especialização (DZIUBA-ELLIS, 2006). Contrariamente, as equipas de recurso são caracterizadas por serem uma equipa formal, criadas com base nas características da personalidade e experiência profissional, têm uma gestão própria e tornam-se, deste modo, uma estratégia formal de recursos humanos (DZIUBA-ELLIS, 2006; BALIK, 2011 e STENSKE *et al*, 1988).

No que se refere aos enfermeiros subcontratados por empresa, esta tendência tem-se verificado cada vez mais em Portugal, à semelhança de outros países ocidentais, colocando-se como causa as restrições económicas que se fazem sentir e que impedem a contratação de profissionais de saúde por parte das organizações do Estado. Este acréscimo de subcontratação através de empresas pode colocar em causa, não só a dignificação da profissão de enfermagem, devido aos critérios desprestigiantes com que, por vezes, as empresas são escolhidas (isto é, ganha a

empresa que apresenta menor despesa para o Estado) como também os cuidados prestados, pois geralmente estes profissionais apresentam menor autonomia e confiança nos cuidados que prestam relativamente aos enfermeiros de equipa de flutuação, devido à falta de familiaridade com a organização (LARSON *et al*, 2012). Num estudo realizado por Strzalka e Havens (1996), onde determinaram as diferenças existentes na qualidade dos cuidados prestados pelas equipas de flutuação, enfermeiros subcontratados através de empresas e enfermeiros de equipas fixas, em nove indicadores clínicos sobre segurança e gestão do padrão intestinal (grades laterais levantadas, avaliação de sons intestinais, sistema de chamamento por campainha próximo do cliente, avaliação de sinais vitais, resposta motora, estado mental, dieta, hidratação e medidas de conforto), conclui-se que a equipa de flutuação foi a que mais documentou todos os indicadores, exceto no indicador de resposta motora. Apresentam como possível justificação, o facto de os profissionais da equipa de flutuação não se focalizarem tanto nos processos burocráticos de cada serviço, mas sim nos cuidados prestados bem como nos respetivos registos.

Empiricamente sabe-se que Portugal está a vivenciar uma situação de alguma fragilidade ao nível da contratação de pessoal, não se colocará a prática de flutuação como uma estratégia de GRH eficaz e eficiente ao nível da maximização de recursos internos?

Linzer, Tilley e Williamson (2011) apresentam vantagens das equipas de flutuação para a organização, para os enfermeiros e para os clientes. Como benefícios organizacionais descrevem a maior flexibilidade na distribuição de recursos hospitalares, havendo assim uma redução no recrutamento de profissionais através de empresas. Como benefícios para a organização e enfermeiros referem a redução de horas extraordinárias, redução da obrigatoriedade de permanência nos serviços, prevenção do *burnout* nos profissionais e satisfação da equipa pois, normalmente, aquando da inexistência destas equipas, os enfermeiros das equipas fixas são obrigados a suprir necessidades pontuais de outros serviços, podendo tal medida afetar a sua satisfação e provocar sentimentos desconfortáveis, de insatisfação e *stress*. Os benefícios repercutem-se nos cuidados prestados aos clientes.

No entanto, a literatura também evidencia alguns medos e expectativas negativas por parte dos profissionais que experienciam a prática de flutuação como, por exemplo, a falta de familiaridade com a área de especialidade para onde flutuam tendo receio da falta de competência; a diferente estrutura física da unidade que se repercute na arrumação de material em locais diferentes perdendo, por vezes, tempo à procura do mesmo; as diferenças na cultura e dinâmica do grupo bem como nas relações de trabalho (DZIUBA-ELLIS, 2006). Posto isto, como deverão, então, ser selecionados os profissionais a experienciarem a prática de flutuação e que condições deve a organização procurar garantir?

Doran, Sidani e Hall (1998) desenvolveram um modelo, *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), fornecedor de um quadro conceptual que ajuda a descrever a relação que existe entre a estrutura, processo e resultado com a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste modelo, a estrutura é constituída pelas variáveis dos enfermeiros (experiência, conhecimento, educação e competências), dos clientes (idade, género, tipo, comorbilidades e severidade de doença que influenciam não só os resultados como os cuidados de enfermagem prestados) e das organizações (dotações, combinação de pessoal, ambiente e carga de trabalho). A componente processo é constituída pelas intervenções de enfermagem autónomas, interdependentes e dependentes e, por fim, a componente resultados, correspondente aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que dizem respeito ao estado geral do cliente, comportamentos ou perceções resultantes das intervenções de enfermagem (DORAN, SIDANI & HALL, 1998), ao estado funcional, ao autocuidado, ao controlo de sintomas, à segurança/ausência de ocorrências adversas, à satisfação como cuidado e aos custos (DORAN *et al*, 2006). Este modelo reflete e orienta para as diversas variáveis que estão em causa, para a obtenção de cuidados de enfermagem de qualidade, interessando-nos neste trabalho em particular, ou seja, no caso da prática de flutuação em enfermagem, perceber se existe relação entre as componentes estrutura e processo como condições que facilitam ou dificultam essa mesma qualidade dos cuidados.

Linzer, Tilley e Williamson (2011), após aplicarem um questionário de personalidade, que avalia 16 fatores da personalidade, nomeadamente: cordialidade, racionalidade, estabilidade emocional, domínio, vivacidade, consciência das regras, ousadia social,

sensibilidade, vigilância, capacidade de abstração, privacidade, apreensão, abertura à mudança, autoconfiança, perfeccionismo e ansiedade, a enfermeiros que flutuam ($n = 26$) e enfermeiros de equipas fixas ($n = 31$) de um hospital comunitário nos subúrbios da cidade de Boston, concluíram que os enfermeiros que fazem parte da prática de flutuação tiveram pontuação mais elevada nos fatores “abertura à mudança e ousadia social/sociabilidade”. Contrariamente, tiveram pontuação mais baixa relativamente aos enfermeiros de equipa fixa nos fatores “consciência das regras e ansiedade”. Nos restantes itens não se verificou discrepância significativa de pontuações.

Nestes resultados, verifica-se que os profissionais pertencentes à equipa de enfermeiros que flutuam estão mais recetivos à mudança, a novas ideias, são mais ousados, independentes, com níveis de *stress* mais baixos, enquanto os enfermeiros que trabalham numa unidade específica sentem-se mais confortáveis a trabalhar numa unidade com regras bem definidas, provavelmente com tipo e volume de trabalho mais previsível. Também Marlene Williamson (2011), numa entrevista realizada por Balik (2011), especificou como características importantes na escolha dos enfermeiros para fazerem parte de uma equipa de flutuação a flexibilidade, abertura à mudança e vontade de aprender, reconhecendo por isso a importância da componente estrutura de que nos fala Doran *et al* (1998), nomeadamente variável enfermeiros, como um elemento essencial para esta prática de flutuação.

Por sua vez, Linzer, Tilley e Williamson (2011) fazem referência à existência de algumas organizações que já utilizam testes de personalidade para enriquecer o processo de recrutamento, seleção e desenvolvimento profissional. Este instrumento de avaliação considera-se bastante útil para proporcionar um ambiente de trabalho saudável, uma vez que a escolha da pessoa certa para a tarefa certa trará mais benefícios para todos, havendo uma coerência entre os objetivos individuais e organizacionais. Santana e Vaz (2009, p. 140) referem ser “estratégico que os hospitais consigam recrutar e fixar os profissionais mais adequados à prossecução dos seus objetivos de atividade e qualidade e que consigam, igualmente, manter a “pressão motivadora” que permita níveis de envolvimento e compromisso adequado por parte dos colaboradores”, acrescentam ainda que:

“(...) se os hospitais públicos não conseguirem ter a criatividade e a capacidade para desenvolverem políticas adequadas e efectivas de gestão de recursos humanos, correm o risco de ver comprometido o seu sucesso organizacional (...). A exigência dos processos de contratualização requer recursos humanos profissionalmente realizados, produtivos e alinhados com os objetivos institucionais.” (SANTANA & VAZ, 2009, p. 140)

Tal como já mencionado, as condições existentes nas unidades para onde o enfermeiro flutua podem condicionar a boa ou má experiência do mesmo.

2.1.1 Contextualização com o modelo teórico de Afaf Meleis

Segundo Meleis e Chick (2010, p. 25) citando Webster's Third International Dictionary transição é uma “passagem ou movimento de um estado, condição, ou lugar para outro”. Esta pode ser iniciada em alguns casos por procura do próprio indivíduo, noutros por eventos que não são controláveis pelo mesmo.

As transições podem ser de quatro tipos: de desenvolvimento, saúde-doença, organizacionais e situacionais e podem ocorrer simultaneamente ou individualmente (MELEIS *et al*, 2000).

A transição organizacional reporta-se às mudanças intra organizacionais na estrutura ou dinâmicas próprias (SCHUMACHER & MELEIS, 2010), neste caso, a passagem de uma prática organizacional em que os enfermeiros estão afetos a um determinado serviço, para uma estratégia de GRH em que há uma mudança no contexto em que os enfermeiros prestam cuidados, desenraizados de um serviço específico, através da prática de flutuação é uma mudança na dinâmica da organização.

Esta transição organizacional pode levar simultaneamente a uma mudança situacional, uma vez que a transição situacional diz respeito a mudanças no papel profissional dos enfermeiros e os processos de adaptação a novos ambientes de trabalho. A não pertença a uma especialidade de cuidados, a um serviço e a uma equipa altera o papel dos enfermeiros na organização e perante os colegas. A par desta transição está a transição pessoal e profissional de desenvolvimento (RICH,

2010) que se reporta à redefinição da identidade pessoal e profissional do enfermeiro.

Todas estas transições são complexas e multidimensionais e as suas propriedades incluem a consciência/conhecimento (*awareness*) da transição, Meleis e Chick (2010) referem mesmo que se o individuo não tiver consciência da mudança pela qual está a passar não está numa transição; o empenho/envolvimento (*engagement*) no processo transicional, isto é, caso haja um maior envolvimento e até se o evento for procurado pelo individuo será mais fácil a mesma, no entanto este envolvimento só é possível caso haja a consciência falada anteriormente; as mudanças e as diferenças (*change and difference*) que nela ocorrem, o período de tempo (*time span*), e os eventos e momentos críticos (*critical points and events*) que a pautam, pois durante um período de incerteza há sempre pontos críticos que o marcam. Estas propriedades são influenciadas por um conjunto de condições da transição que podem facilitar ou dificultar. As condições podem ser pessoais, da comunidade ou sociais.

Tal como Dziuba-Ellis (2006) referem, os profissionais que participam na prática de flutuação têm alguns receios e medos, situação que pode levar o profissional a experimentar sentimentos negativos de *stress* ou podendo até mesmo chegar a *burnout*, o que se explica pelas transições situacionais, pois o modo de adaptação que irão ter dependerá, entre outras coisas, das suas características individuais, das características da equipa onde serão integrados, bem como das condições estruturais dos serviços, que terão impacto no sentimento de pertença, na interação, na mestria e desenvolvimento de mecanismos de *coping*. (MELEIS *et al*, 2000).

Segundo Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 72) “a mudança é, em si mesma, um processo gerador de insegurança e *stress* nas pessoas envolvidas, sendo essencial criar e manter o impulso necessário para que ela arranque e prossiga, sem vacilações nem riscos de retrocesso”, sendo da responsabilidade do gestor de recursos humanos proporcionar um clima organizacional que prepare e propicie a mudança, uma vez que, segundo os mesmos autores “a resistência à mudança pode ser uma fonte de conflito funcional e diminuir a capacidade de adaptação e o progresso organizacional” (CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007, p. 252).

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

As nossas opções em termos de metodologia foram as que se encontram de seguida definidas.

1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Sustentada na revisão da literatura sobre GRH, GRH em enfermagem, equipa de flutuação como estratégia de GRH em enfermagem e o conhecimento da importância de ter em consideração as características facilitadoras desta prática, a questão de investigação que surgiu foi:

Quais as condições reconhecidas como facilitadoras da prática de flutuação, enquanto estratégia de GRH?

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Sabe-se, empiricamente, que em Portugal esta prática já se realiza nas organizações há algum tempo, tendo mesmo o hospital de Abrantes, com o intuito de facilitar a mesma, iniciado a uniformização da estrutura física de todos os pisos. No entanto, esta prática tem um carácter informal não se encontrando literatura sobre a mesma.

Posto isto, e com base na questão de investigação elaborada, pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:
 - ✓ Identificar as condições facilitadoras da prática de flutuação, enquanto estratégia de GRH em Enfermagem.
- Objetivos específicos:
 - ✓ Identificar, junto dos enfermeiros que participam nesta estratégia, as condições individuais, profissionais e estruturais que reconhecem como facilitadoras da prática de flutuação, enquanto estratégia de GRH.
 - ✓ Identificar, junto dos enfermeiros gestores, as condições individuais, profissionais e estruturais que reconhecem como sendo facilitadoras da

prática de flutuação em enfermagem, enquanto estratégia de GRH.

3. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo pois os seus resultados “(...) são, tipicamente, baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenómeno (...)” (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004, p. 30) assim como, nestes estudos, o objetivo dos investigadores não é procurar uma verdade, mas antes “acreditam que os indivíduos participam activamente nas acções sociais, através das quais conhecem e compreendem os fenómenos, de diversos modos” (STREUBERT & CARPENTER, 2002, p. 18), que foi o que se pretendeu através deste trabalho, ao tentar compreender junto dos enfermeiros gestores e prestadores de cuidados, quais as características que reconhecem como facilitadoras da prática de flutuação, enquanto estratégia de GRH em Enfermagem.

Considera-se um estudo de carácter exploratório-descritivo. É descritivo, uma vez que discrimina “(...) os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo” (FORTIN, 2003, p.162) e exploratório pois “(...)mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado” e porque explora uma nova área de investigação, pouco desenvolvida (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004, p.34).

3.2. Participantes

Os participantes deste estudo são enfermeiros gestores e enfermeiros prestadores de cuidados que desempenham as suas funções num hospital distrital e numa unidade de internamento de Cuidados Continuados Integrados. A opção por estes dois locais para colheita de dados deveu-se ao conhecimento de que nestes há a prática usual da estratégia de GRH em estudo.

A escolha dos entrevistados foi não probabilística, mas sim por conveniência do investigador uma vez que “para melhor estudar certos aspectos da organização

social, comunitária e da sociedade em geral, assumindo que o conhecimento não está igualmente distribuído, por vezes o investigador pretende localizar pessoas que detenham informação pertinente” (RIBEIRO, 1999, p. 55), assim sendo, a escolha dos informadores “acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo” (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004, p. 226).

Deste modo foram definidos como critérios de inclusão:

- Enfermeiros gestores que utilizam como estratégia de GRH a prática de flutuação.
- Enfermeiros gestores que recebam no seu serviço enfermeiros que flutuam de outros serviços.
- Enfermeiros que façam parte desta estratégia de GRH.

3.3. Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta a questão de investigação, os objetivos do estudo e a revisão sistemática da literatura efetuada, utilizou-se como instrumento de colheita de dados a entrevista, visto que é pretendido neste estudo a percepção humana do fenómeno e segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 251) “nas ciências humanas, uma boa parte da informação pode ser obtida pelo questionamento direto das pessoas”, também para Fortin (2003, p. 245)

“(...) se um investigador quer explorar os sentimentos e as percepções dos sujeitos no que se refere a situações particulares, estes podem sentir-se mais à vontade em falar do que em organizar o seu pensamento e transmitir os seus sentimentos por escrito”.

Segundo este mesmo autor “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (FORTIN, 2003, p. 245), já Ghiglione e Matalon (2001, p. 2) referem que consiste “(...) em suscitar um conjunto de discursos individuais, em interpretá-los e generalizá-los”.

A entrevista utilizada foi a semiestruturada, uma vez que o que se pretendeu foi “obter mais informações particulares sobre um tema” (FORTIN, 2009, p. 376) e neste

método de colheita de dados

“(...) o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixados ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (GHIGLIONE & MATALON, 2001, p. 64).

Segundo Fortin (2009, p.377) “a entrevista semidirigida fornece ao respondente ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado”, situação que se pretendia, dada a escassa literatura sobre o tema a ser tratado.

De acordo com os objetivos traçados, foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice I), dado que “facilita a comunicação apresentando de forma lógica as questões que tocam os diferentes aspectos do tema” (FORTIN, 2003, p. 379).

A primeira parte do guião da entrevista pretendeu identificar algumas características sociodemográficas dos nossos interlocutores como a idade, o sexo, a formação académica, e alguns dados profissionais como a categoria profissional, o tempo de experiência profissional e a experiência profissional em funções de gestão.

Na segunda parte formularam-se questões abertas no sentido de encaminhar os entrevistados a partilhar as experiências vividas, a explorar a sua visão e a sua participação e/ou implicação na GRH. Sendo as equipas de flutuação uma estratégia inovadora e pouco abordada em Portugal, aquando da realização das questões, optou-se pela não utilização desse conceito, utilizando a expressão “prática de flutuação”. Estabeleceu-se como prática de flutuação a mobilização do enfermeiro para outro serviço da instituição, com o intuito de fortalecer a equipa de enfermagem do mesmo, de modo a fazer face às necessidades diárias de trabalho.

3.4 Considerações ético-legais

Para realizar as entrevistas informaram-se os sujeitos do estudo sobre a finalidade e os objetivos da investigação.

Foi pedido o consentimento informado, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informaram-se os participantes que podiam recusar ou interromper a entrevista a qualquer momento. Pediu-se também autorização ao

inquirido para que a entrevista fosse gravada em sistema áudio para posterior transcrição da mesma.

3.5. Análise e Discussão dos Dados

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente para o *Microsoft Office Word*, de modo a serem sujeitas a um trabalho de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009, p. 20) “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

Mais especificamente a técnica de análise categorial, que permite “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, 2009, p. 199).

De acordo com esta mesma autora a categorização não é uma etapa obrigatória, no entanto, “a maioria dos procedimentos de análise organiza-se, (...), em redor de um processo de categorização” (BARDIN, 2009, p. 145). A categorização pode realizar-se através de dois processos, *a priori* e *a posteriori*, considera-se *a priori* quando “é fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos à medida que vão sendo encontrados”, *a posteriori* quando “o sistema de categorias não é fornecido, antes resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos (...)” (BARDIN, 2009, p. 147). Tendo em conta a escassa literatura encontrada sobre esta temática não foram estabelecidas categorias *a priori*, tendo sido por isso construídas *a posteriori* categorias adequadas ao discurso dos participantes.

Os dados foram tratados de forma qualitativa, uma vez que não se pretendia a frequência mas sim as características específicas perante aquele fenómeno, segundo Bardin (2009) “(...) o que caracteriza a análise qualitativa é o facto de a inferência – sempre que é realizada ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc), e não sobre a frequência da sua aparição” (BARDIN, 2009, p. 142) e a apresentação dos mesmos foi suportada em palavras e/ou frases manifestadas pelos entrevistados. O facto de esta análise ser realizada sobre um *corpus* reduzido possibilitou estabelecer categorias mais discriminantes.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta análise de dados teve início assim que se começou a colheita de dados, fazendo-se simultaneamente a colheita, a codificação e a análise dos mesmos de modo a orientar-nos para os participantes seguintes, terminando a colheita de dados quando considerámos ter obtido saturação dos dados, que segundo Fortin (2003, p. 306) “este fenómeno é reconhecido pelo investigador quando as categorias de análise estão estabilizadas e as informações suplementares não acrescentam mais nada de novo à compreensão do fenómeno em estudo”.

Caracterização dos participantes

Na realização deste estudo foram entrevistados vinte enfermeiros, dos quais sete são enfermeiros gestores.

Em termos de caracterização sociodemográfica, tal como se pode verificar na tabela seguinte, dos enfermeiros gestores 42,9% é do género feminino, a média de idades é de 37 anos, três dos enfermeiros possui formação académica ao nível da licenciatura, dois pós-graduações e os restantes dois ao nível da especialidade. Relativamente às características socioprofissionais têm como média 15,1 anos de experiência profissional e 11 anos de experiência profissional em funções de gestão, tal como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das respostas relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros gestores

		n	%	média
Género	Masculino	4	57,1	
	Feminino	3	42,9	
Idade (anos)	[21-30]	3	42,9	37
	[31-40]	1	14,3	
	[41-50]	2	28,6	
	> 50	1	14,3	
Formação Académica	Licenciatura	3	42,9	
	Pós-graduação	2	28,6	
	Especialidade	2	28,6	
Anos de Experiência	4	2	28,6	15,1
	6	1	14,3	
	12	1	14,3	
	26	1	14,3	
	28	2	28,6	
Anos de Experiência em Funções de Gestão	< 1	2	28,6	11
	[1-6]	2	28,6	
	[7-12]	1	14,3	
	[13-18]	0	0	
	[19-23]	2	28,6	

Dos enfermeiros participantes nesta estratégia de GRH 76,9% é do género feminino, a média de idades é 29,9 anos, 11 enfermeiros possuem formação académica ao nível da licenciatura e os restantes dois pós-graduações. Relativamente às características socioprofissionais têm como média 6,8 anos de experiência profissional e todos têm como vínculo contratual contrato por tempo indeterminado, tal como se pode verificar pela tabela 2.

Comparativamente, no nosso estudo existe uma maior percentagem de participantes do género feminino nos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH do que nos enfermeiros gestores, 76,9% e 42,9% respectivamente. Uma diferença de 7 anos na média de idades entre os dois grupos, sendo de 37 anos a dos enfermeiros gestores e 29,9 anos a dos enfermeiros participantes nesta prática, não sendo por isso significativa. Relativamente à formação académica verifica-se um investimento por parte dos enfermeiros gestores, sendo que 57,2% têm curso de pós-graduação

ou especialidade, enquanto que nos enfermeiros que participam nesta estratégia apenas 15,4% possuem formação ao nível de pós-graduação. No que refere aos anos de experiência profissional, constata-se que os enfermeiros gestores possuem como média 15,1 anos e os enfermeiros participantes nesta estratégia de GRH 6,8 anos.

Tabela 2 - Distribuição das respostas relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH

		n	%	média
Género	Masculino	3	23,1	
	Feminino	10	76,9	
Idade (anos)	[21-30]	10	76,9	29,9
	[31-40]	2	15,4	
	[41-50]	1	7,7	
Formação Académica	Licenciatura	11	84,6	
	Pós-graduação	2	15,4	
Anos de Experiência	3	3	23,1	6,8
	4	3	23,1	
	5	2	15,4	
	7	1	7,7	
	9	1	7,7	
	11	1	7,7	
	13	1	7,7	
	17	1	7,7	
Vínculo contratual	Tempo indeterminado	8	100	

No que respeita à **prática de flutuação em enfermagem percecionada pelos enfermeiros gestores**, tendo como ponto de partida o tema, a prática de flutuação em enfermagem percecionada pelos Enfermeiros Gestores, identificámos três categorias e para essas categorias estabelecemos duas, duas e três subcategorias respetivamente, como se pode visualizar no quadro 1.

Quadro 1 – A prática de flutuação em enfermagem percebida pelos enfermeiros gestores

Categoria	Subcategoria
Poder decisório	Centralizado
	Descentralizado
Seleção dos membros da equipa	Com base em critérios
	Sem critérios
Percepção das condições facilitadoras	Enfermeiros
	Organização
	Clientes

Relativamente à categoria poder decisório, sabe-se que ao longo dos tempos se tem assistido, tendencialmente, a uma mudança de uma estrutura vertical para uma estrutura mais horizontal, tal como referido por Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 52)

“às estruturas fortemente hierarquizadas, herdadas do passado, vão sucedendo as organizações flexíveis com 2, ou, quando muito, 3 níveis hierárquicos; a tomada de decisão no topo da pirâmide organizacional está a ser substituída pela delegação de competências e a atribuição do poder decisório às equipas que realizam o trabalho e estão mais próximas dos clientes”

e sendo a estratégia de GRH, por vezes um problema que requer alguma rapidez na resolução, considerou-se relevante perceber como está estruturado o poder decisório nestas situações. Corroboram com esta descentralização Sant’anna, Moraes e Kilimnik (2005, p. 19) que no seu estudo “(...) reforçam a necessidade de mudanças no comportamento das organizações, de modo que estruturas verticalizadas e centralizadas cedam espaço àquelas mais horizontais e

descentralizadas, favorecedoras de maior autonomia, participação e envolvimento dos trabalhadores”.

Também Mezomo (2001, p. 41) distingue administrador de líder, fazendo apelo a que, para melhorar a qualidade das organizações em saúde é imprescindível a existência de cada vez mais administradores com competências de liderança. O mesmo autor (2001) refere ainda algumas habilidades que considera que o administrador deve possuir para que esse objetivo seja atingido, como por exemplo o administrador como descentralizador do poder: “ele delega autoridade e responsabilidade, porque a transformação da organização exige o esforço de todos. A delegação é o verdadeiro caminho do fortalecimento dos funcionários, do qual resultará um desempenho invejável”. Tal torna-se visível nas organizações onde foi realizada a colheita de dados através das seguintes unidade de registo:

“(...) sempre que há falta tentamos ver se há algum dos enfermeiros que está de serviço possa seguir, seguiria como turno extra, caso contrário tentamos ver com as pessoas que estão em casa, de folga, qual delas poderá vir” (EG 4);

“Normalmente vou pela negociação com a equipa se não conseguir mesmo assim colmatar as faltas entro em contacto com o Srº. Enfº. Coordenador na possibilidade de haver alguma mobilidade de outro serviço que possa colmatar essa falta” (EGS 1);

“Se me faltam horas de cuidados tento ver dentro da equipa quem está disponível para as vir fazer. Quando esgotei essa hipótese, tento falar com os outros enfermeiros chefes dentro do departamento de cirurgia, e tentamos ver se nos serviços deles há alguém disponível que me possam ceder” (EGS 3).

No entanto, também se observou que esta mudança estrutural não se verifica totalmente enraizada na nossa sociedade através das seguintes unidades de registo que demonstram que a primeira atuação face a falta de recursos humanos de enfermagem no serviço é:

“Direciono-me diretamente ao enfermeiro diretor dos recursos humanos em enfermagem” (EG 3);

“Reporto ao meu superior hierárquico, ou na falta deste comunico com as outras alas, para saber como estão a necessidade nas restantes alas, para se possível haver a mobilização desse colega ou apoio para a ala em questão” (EG 2).

Frederico e Leitão (1999, p. 46) confirmam realmente a tendência para a adoção de estruturas mais achatadas, no entanto afirmam que “independentemente dos níveis hierárquicos existentes a estrutura organizacional deve dar resposta eficaz às solicitações dos clientes e ser também uma fonte de estabilidade, coesão e motivação dos profissionais que trabalham nessa instituição, permitindo o seu desenvolvimento pessoal e profissional”.

Quanto à seleção dos membros da equipa para esta prática de flutuação, obtivemos respostas coincidentes com a evidência científica encontrada em como os critérios de seleção são importantes, como se pode verificar nas unidades de registo

“Normalmente as características pessoais e profissionais com maior disponibilidade e adaptabilidade a outra nova realidade” (EGS 1);

“ (...) é de acordo com a experiência profissional” (EGS 2);

“ (...) tentar perceber se ele está disponível para isso e se já teve alguma experiência no serviço, se já teve algum contacto com os utentes do serviço, com a tipologia em questão”(EG 2);

“(...) das outras alas para a ala dos paliativos é que temos o critério que tentamos que seja um enfermeiro com a formação base em paliativos” (EG 4).

Foi também referido, por um enfermeiro gestor, um critério de seleção que não está intimamente relacionado com as condições individuais do profissional, mas sim com a dificuldade de realização de um horário quando num serviço existem algumas profissionais em horário de amamentação, sendo por isso uma dessas profissionais a escolhida para praticar a estratégia de flutuação, principalmente para mobilizações por um período mais longo:

“os profissionais do serviço que saíram teve a ver exclusivamente por estarem em horário de aleitamento e eu não conseguir fazer a escala com oito enfermeiras em horário de aleitamento” (EGS 3).

Por outro lado, encontrámos também unidades de registo que nos demonstram a inexistência de critérios de seleção do profissional para participar nesta estratégia de GRH, como os seguintes:

“Não há critérios, pelo menos que eu conheça” (EG 3);

“Não temos propriamente um critério definido para a maioria das alas, normalmente é o enfermeiro que calharia na folga, tentamos adiar a folga ou antecipar a folga, á exceção dos paliativos” (EG 4).

Esta situação vai contra alguns autores que defendem que a má seleção, neste caso, devido à ausência de critérios, traz consequências negativas para a organização, para o profissional e para o seu desempenho profissional, ou seja, neste caso para os clientes a quem presta cuidados (CAETANO & VALA, 2002 e ASSIS, 2010) e mesmo não havendo uma seleção ótima, a associação “da pessoa certa, para o trabalho certo” (CAETANO & VALA, 2002, p. 270) é sempre um princípio a ter em consideração.

Também Linzer, Tilley e Williamson (2011), fazem referência à existência de algumas organizações que já utilizam testes de personalidade para enriquecer o processo de recrutamento, seleção e desenvolvimento profissional, reforçando a ideia que a escolha da pessoa certa para a tarefa certa trará mais benefícios para todos, havendo uma coerência entre os objetivos individuais e organizacionais.

Relativamente à última categoria percepção das condições facilitadoras, após análise considerámos que estas poderiam ser relativas aos enfermeiros, à organização e aos clientes.

Já aquando da revisão da literatura, encontrámos evidência científica que faz referência a estas três subcategorias. Dziuba-Ellis (2006) refere que os medos e expectativas negativas dos profissionais que experienciam a prática de flutuação se prendem com a falta de familiaridade com a área de especialidade para onde flutuam tendo receio da falta de competência; a diferente estrutura física da unidade que se repercute na arrumação de material em locais diferentes perdendo, por vezes, tempo à procura do mesmo; as diferenças na cultura e dinâmica do grupo bem como nas relações de trabalho.

Assim sendo e tendo em conta os resultados obtidos, fez-nos sentido adotar esta categoria associando-a às subcategorias que se encontram relatadas no modelo NREM de Doran *et al* (1998), dado que neste modelo estão incluídos como variáveis os enfermeiros (experiência, conhecimento, educação e competências), os clientes

(idade, género, tipo, co morbilidades e severidade de doença) e as organizações (dotações, combinação de pessoal, ambiente e carga de trabalho).

Verifica-se que os enfermeiros gestores consideram a existência de condições facilitadoras por parte dos enfermeiros, através das seguintes unidades de registo:

“características pessoais e profissionais como já referi” (EGS 1);

“Individualmente é evidente que cada pessoa tem a sua maneira de se adaptar, há pessoas muito resistentes à mudança e outros menos resistentes à mudança. É evidente que os mais resistentes à mudança, têm mais dificuldade em se adaptar” (EGS 2).

No que se refere à organização, unidades de registo como:

“ (...) a própria estrutura do serviço idêntica, ou semelhante” (EG 2);

“A nível de dinâmicas de rotina já é muito idêntico não há grande diferenciação, logo facilmente nos habituamos (...) o conhecimento das pessoas, dos auxiliares, da equipa multidisciplinar que está associada é um pouco diferente, talvez uns dias de integração seria importante” (EG 3);

“A nível estrutural é a velha questão que dentro do mesmo hospital cada serviço é diferente, cada serviço tem um carro de urgência diferente, cada serviço tem um armazém diferente e isso não é nada facilitador para os enfermeiros” (EGS 2);

“(...) penso que a nível da estrutura deveria estar tudo padronizado, deveria haver normas e procedimentos facilitadoras para o enquadramento desse novo elemento nesse serviço”(EGS 1);

“Sempre que há mobilidade de enfermeiros eles andam um dia ou dois em que andam perdidos sem saber onde estão e onde estão as coisas só depois é que começam a produzir e a dar rendimento. Isso é um elemento dificultador, a estrutura física e o próprio armazenamento dos materiais” (EGS 2);

refletem o reconhecimento, por parte dos enfermeiros gestores, da importância das condições organizacionais como facilitadoras.

Ao nível dos clientes, tal como é referido na literatura, a falta de familiaridade com a especialidade é uma condição dificultadora, como se pode verificar de seguida:

“ (...) nós aqui temos 3 pisos e essa flutuação acontece mais, não quer dizer que seja só, mas mais por elementos deste piso, ou seja eu já tenho uma noção bastante aprofundada dos utentes que tenho na outra ala” (EG 1);

“(...) existem serviços que é mais complicado isso não acontecer por exemplo nomeadamente os paliativos, muito raramente fazemos trocas ou tentamos ir para os paliativos por ser um serviço muito específico” (EG 3).

A teoria de médio alcance de Afaf Meleis sustenta o supramencionado anteriormente ao referir que o cliente, que neste caso se reporta ao enfermeiro que participa nesta estratégia de GRH, está em constante interação com o meio ambiente e tem capacidade de se adaptar a este, podendo no entanto, entrar em desequilíbrio por necessidades não satisfeitas e respostas não adaptativas, neste caso, as características individuais do profissional, bem como as variáveis contextuais podem ou não ser facilitadoras para determinada tarefa.

No entanto, o modo de adaptação que irá ter dependerá, entre outras coisas, das suas características individuais, das características da equipa onde será integrado, bem como das condições estruturais dos serviços, que terão impacto no sentimento de pertença, na interação, na mestria e desenvolvimento de mecanismos de *coping*. (MELEIS *et al*, 2000).

Quanto à questão **a prática de flutuação em enfermagem percecionada pelos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH**, através da análise de dados obtidos sobre o tema a prática de flutuação em enfermagem percecionada pelos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH, identificámos três categorias e três, duas e três subcategorias respetivamente, como se observa no quadro 2.

Quadro 2 – A prática de flutuação em enfermagem percecionada pelos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH

Categoria	Subcategoria
Vivência desta estratégia	Sentimentos positivos
	Sentimentos de indiferença
	Sentimentos negativos
Seleção dos membros da equipa	Com base em critérios
	Sem critérios
Perceção das condições facilitadoras	Enfermeiros
	Organização
	Clientes

Dziuba-Ellis (2006) faz a distinção entre equipas de flutuação e equipas de recurso. Segundo a mesma, as equipas de flutuação caracterizam-se pela informalidade, menor estruturação das equipas e, por vezes, pela obrigatoriedade de participação de qualquer enfermeiro da instituição nas mesmas. Não são tomadas em consideração as características pessoais do enfermeiro que flutua, as suas competências nem a sua área da especialização.

Do que nos apercebemos neste estudo, na nossa realidade não existem equipas de flutuação, mas sim um elemento de uma equipa que é mobilizado por um período mais curto (por exemplo, apenas um turno) devido a absentismo imprevisto a um período mais longo, um ou dois meses, devido a período de férias dos colegas.

Sabe-se que, sentimentos positivos relativamente ao local de trabalho onde os profissionais se encontram trás benefícios, quer para a organização quer para o profissional, assim sendo, para o tema da prática de flutuação em enfermagem percecionada pelos enfermeiros que participam nesta estratégia de GRH, evidenciámos a categoria vivência desta estratégia, onde encontrámos sentimentos positivos como se verifica através das seguintes unidades de registo:

“É assim, os trabalhos burocráticos ficam mais para os colegas que são da ala, mas em termos de lidar com os doentes gostei da experiência” (E 3);

“Não tenho problemas, não me importo de ir a outras alas, até por uma questão de não fazer sempre o mesmo, de variar um bocadinho também. Cada ala tem as suas especificidades e a mudança é boa, eu pelo menos gosto” (E 9);

“eu gosto de ser mobilizado porque estimula-me à aprendizagem, estimula-me à aprendizagem e de certa forma induz-me a não me acomodar a um serviço, gosto sim de conhecer outras realidades” (ES 4);

“Sim...gostei, mas eu tive integração no serviço, que facilitou imenso” (ES 1).

Sentimentos de indiferença:

“Nada em especial, vou e pronto, sinto-me bem sem qualquer problema” (E 1);

“Não tenho problema nenhum em ir a outra ala, nas outras alas as rotinas são mais ou menos as mesmas, não sinto grande dificuldade” (E 2);

“não me afeta de maneira nenhuma o facto de ir para lá, já estou dentro do esquema do serviço” (ES 2).

E sentimentos negativos:

“Não muito confortável, porque acho que tem que haver um conhecimento dos doentes a quem prestamos cuidados e todos os serviços são distintos uns dos outros, por mais que haja coisas em comum, há áreas que são distintas e principalmente os doentes” (E 4);

“Experiência má é em termos de urgência, porque em termos de cuidados não gostei mesmo, são rotinas completamente diferentes do que estou habituada e disse à chefe se tivesse que ir para algum lado que fosse dentro do departamento cirúrgico, agora realmente urgência não” (ES 2);

“não gostei muito nessa altura, não gostei muito... porque não conhecia a equipa, não conhecia o tipo de doentes que eles lá tinham e depois se calhar também não tive muita sorte, a receptividade por parte da equipa também não foi das melhores” (ES 1).

Há a referir que, tanto as unidades de registo refletoras de sentimentos positivos, como sentimentos de indiferença, afirmam também o facto de os profissionais serem possuidores de algumas características da personalidade como facilidade de adaptação, flexibilidade e algum espírito de aventura. Assim como a semelhança das rotinas também é referida, pode concluir-se então que estes são alguns dos fatores que os profissionais consideram como sendo explicativos para uma melhor vivência desta estratégia de GRH.

Por outro lado, as unidades de registo que demonstram sentimentos negativos, são reveladoras de desconforto associado à diferença de uns serviços para os outros, bem como o desconhecimento dos clientes.

Relativamente à categoria seleção dos membros da equipa obtivemos resultados que espelham que os enfermeiros não têm conhecimento do critério de escolha:

“Não” (E1);

“(...) Não há critérios, acho eu” (E2);

“Desconheço por completo” (E4).

Situação que, segundo a evidência científica encontrada, não é recomendável, pois relativamente às mudanças organizacionais, segundo Borges (2009, p. 299) “o sucesso de uma implementação de mudança também depende de como as práticas do RH são percebidas. Esta é uma ferramenta poderosa que os gerentes podem usar para minimizar o impacto negativo das mudanças”.

Existem, no entanto enfermeiros que referem:

“Acho que foi mesmo a licença de amamentação” (ES 1);

“(...) acho que um dos critérios é o facto de já lá ter estado, outro dos critérios é o facto de não ter férias naquele mês, normalmente conjuga-se com as férias uns dos outros” (ES 2);

“Foi o horário de amamentação” (ES 3);

“Primeiro a apetência para ser mobilizado. É muito melhor um chefe ter alguém que se proponha a ser mobilizado do que alguém que não gosta de ser mobilizado (...) Penso que também um critério é a idade e a possível adaptabilidade da pessoa ao serviço e à rotina do serviço” (ES 4).

É de realçar que os enfermeiros que relataram algum critério de seleção de escolha são os que prestam cuidados na instituição com uma estrutura de gestão mais descentralizada, enquanto os que responderam não conhecer os critérios prestam cuidados na instituição com uma estrutura mais centralizada, relativamente ao que verificámos nas entrevistas realizadas aos enfermeiros gestores e cujas respostas agrupámos na categoria poder decisório. Uma das variáveis que pode estar subjacente a esta situação é a dimensão da organização, pois segundo Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 307) “existe uma correlação negativa entre dimensão e centralização, à medida que a dimensão aumenta, fatalmente se torna impossível à

gestão manter o controlo através de um processo de decisão centralizado. À descentralização física e geográfica seguir-se-á, inevitavelmente, a descentralização da tomada de decisão”, sendo que no nosso estudo os enfermeiros da estrutura descentralizada os que prestam cuidados numa organização de maior dimensão.

No que se refere à categoria percepção de condições facilitadoras, encontrámos unidades de registo que refletem que essas condições são, por parte dos enfermeiros, nomeadamente as suas características pessoais

“Para mim é fácil a adaptação” (E 1);

“(…) é assim, se é uma pessoa com mais dificuldade em lidar com a morte, por exemplo, é mais difícil ser mobilizado para cuidados paliativos. Mas se é uma pessoa que gosta de estar com as pessoas e ver a sua evolução em termos de tratamento irá ser mais fácil ir para uma curta duração ou mesmo para uma média” (E 3).

Esta realidade vai ao encontro do referido por Linzer, Tilley e Williamson (2011), que após aplicarem um questionário de personalidade, que avalia 16 fatores da personalidade, concluíram que os enfermeiros que fazem parte da prática de flutuação tiveram pontuação mais elevada nos fatores “abertura à mudança e ousadia social/sociabilidade”. Contrariamente, tiveram pontuação mais baixa relativamente aos enfermeiros de equipa fixa nos fatores “consciência das regras e ansiedade”. Também Marlene Williamson (2011), numa entrevista realizada por Balik (2011), especificou como características importantes na escolha dos enfermeiros para fazerem parte de uma equipa de flutuação, a flexibilidade, abertura à mudança e vontade de aprender.

No entanto, para além das características pessoais, observámos que os participantes neste estudo também consideram importante o conhecimento e experiência do profissional que é mobilizado:

“(…) para já a integração de uma equipa, nem toda a gente tem a mesma facilidade, depois também deriva um pouco dos conhecimentos técnico – científicos que cada profissional possa ter ou não, depois há a especialização que alguém já possa ter, que facilite em determinadas áreas e noutras não esteja tão desperto para alguns sinais clínicos (...) e atuar em conformidade” (E 4).

Como evidenciado e a par com a revisão da literatura encontrada, conclui-se que as características do profissional, quer a nível de características da personalidade, como de conhecimento e experiência profissional, é uma variável crucial para que esta transição de um serviço para outro, seja mais ou menos facilitadora, havendo mesmo quem referencie a necessidade de existência de

“ uma entrevista ou até por questionário da disponibilidade e ver as condições de aceitação ou não por parte de cada profissional, se achariam adequado ou não fazer esse tipo de mobilidade” (E 4)

tal como já se verifica noutros países, pois Linzer, Tilley e Williamson (2011) fazem precisamente menção à existência de algumas organizações que já utilizam testes de personalidade para enriquecer o processo de recrutamento, seleção e desenvolvimento profissional, de modo a adequar objetivos individuais e organizacionais.

No que se refere à subcategoria organização, todos os participantes deste estudo entendem ser crucial uma uniformização/padronização nos diferentes serviços para que a prática de flutuação seja mais facilitada, como podemos verificar a seguir:

“(...) em termos de infra – estruturas as alas são idênticas”(E 3);

“(...) se tivesse tudo exatamente nos mesmos sítios realmente facilitava” (ES 2);

“Em termos de organização de serviço, organização de trabalho, localização das coisas, rotinas é um bocadinho diferente, apesar de ser do mesmo departamento. Se calhar se em termos de departamento tentasse haver alguma uniformização das práticas seria mais fácil” (ES 3);

“(...) as não integrações são um fator primordial para que as pessoas que são mobilizadas não gostem de ser mobilizadas, porque uma pessoa vai para um serviço não sabe onde estão as seringas, não sabe onde estão as agulhas porque não estão uniformizados os serviços” (ES 4).

Esta situação também é mencionada como facilitadora caso os serviços sejam idênticos e tal verifica-se no aludido por Dziuba-Ellis (2006) quando explica que um dos receios por parte dos profissionais é a diferente estrutura física da unidade que se repercute na arrumação de material em locais diferentes perdendo, por vezes, tempo à procura do mesmo.

Indo ao encontro da subcategoria clientes esta mesma autora refere que outro dos receios dos profissionais é a falta de familiaridade com a área de especialidade para onde flutuam receando a falta de competência (DZIUBA-ELLIS, 2006), situação que é evidenciada através das seguintes unidades de registo:

“a dificuldade que encontro é conhecer os doentes” (E 2);

“não gostei muito...porque não conhecia a equipa, não conhecia o tipo de doentes que eles tinham lá” (ES 1);

“fui mobilizado 15 dias para a cirurgia, obviamente cheguei lá comecei a deparar-me com diagnósticos e cirurgias das quais já não me lembrava e muitas tinha dificuldade em saber os cuidados pré-pós cirúrgicos em doenças agudas, doenças crónicas” (ES 4).

Há quem encontre como alternativas para que esta situação seja mais facilitada:

“talvez trocar casos,(...) fazer reuniões para expor casos” (E 3).

Apesar da necessidade de mudança face ao ambiente competitivo que as organizações se encontram “ a mudança é, em si mesma, um processo gerador de insegurança e *stress* nas pessoas envolvidas”(CAMARA, GUERRA & RODRIGUES, 2007, p. 252)”. A gestão desta insegurança e *stress* irá depender do modo de adaptação à mudança que cada um tem, isto é, entre outras coisas, das suas características individuais, do modo como a pessoa percebe, compreende e interpreta a situação, das características da equipa onde será integrada, bem como das condições estruturais dos serviços, que terão impacto no sentimento de pertença, na interação, na mestria e desenvolvimento de mecanismos de *coping* (MELEIS *et al*, 2000).

É essencial que esta adaptação se faça de uma forma saudável para o enfermeiro, caso contrário pode entrar em desequilíbrio, comprometendo a sua saúde e bem-estar, por necessidades não satisfeitas e respostas não adaptativas. Para tal, segundo Meleis (1997) é fundamental antecipar a transição, uma das formas de antecipar pode ser o referido a cima pelo participante E 3 “talvez trocar casos,(...) fazer reuniões para expor casos”, de modo a que enfermeiro se sinta mais capacitado e confiante quando participa na prática de flutuação.

5. CONCLUSÃO

Segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2003, p.106) “afinal de contas tudo muda – os ambientes desestabilizam-se, os nichos desaparecem, as oportunidades banalizam-se”. Esta frase foi o mote para todo este trabalho, isto é, sabe-se que os dias que vivenciamos são de constante mudança, mudanças essas que têm forçosamente repercussões ao nível das organizações, nomeadamente das organizações de saúde, mas não poderão essas mudanças serem vistas como algo positivo? Não poderão as alterações que são forçosamente necessárias serem implementadas de um modo construtivo e promotor de desenvolvimento e bem-estar tanto pessoal como profissional?

Este estudo, a par de outra evidência científica mencionada, demonstra que sim e que tal é muito mais facilitado caso se trate de organizações com estruturas descentralizadas, em que os profissionais e as suas opiniões são tidos em conta neste processo de implementação da mudança.

Através dos resultados deste estudo, podemos concluir que apesar da prática de flutuação ser uma estratégia de gestão de recursos humanos inexistente na literatura em Portugal, os enfermeiros gestores têm adotado esta prática nas suas equipas. E que esta estratégia de gestão de recursos humanos tem condições facilitadoras da mesma e que podem e devem ser tidas em conta pelos enfermeiros gestores aquando da aplicação desta.

No nosso estudo verificou-se que todos os enfermeiros entrevistados, quer gestores quer da prática dos cuidados, corroboraram com a existência de condições facilitadoras, podendo estas ser por parte do enfermeiro, da organização e dos clientes. Estas três variáveis fazem parte da estrutura do modelo NREM que evidencia que a experiência, conhecimento, educação e competências dos enfermeiros; a idade, género, tipo, co morbilidades e severidade de doença dos clientes, bem como as condições da organização influenciam resultados efetivos de enfermagem. Verifica-se que os participantes deste estudo estão cientes desta ligação e interdependência de fatores uma vez que os reconhecem como facilitadores ou dificultadores desta prática.

Conclui-se que a facilidade de adaptação, maior flexibilidade, mais experiência profissional, mais conhecimentos e competências de diversas áreas são facilitadoras na variável enfermeiro, dado que assim terá maior facilidade em prestar cuidados a clientes com patologias diferentes do que está habituado, bem como terá maior facilidade de adaptação na equipa multidisciplinar. Igualmente se verifica que uma estrutura organizacional idêntica em termos de exposição do material e rotinas é facilitadora desta estratégia de gestão de recursos humanos.

No entanto, apesar desta concordância de todos, na prática nem sempre se verifica a utilização destas condições, pois obtivemos algumas respostas de enfermeiros gestores que manifestavam a inexistência de critérios na escolha do profissional a participar nesta prática, assim como o facto da exposição do material ser diferente. Sabemos que, este último ponto, nem sempre é fácil devido à estrutura da própria instituição, no entanto houve participantes a referir que dentro do mesmo departamento seria fácil esta implementação.

Posto isto cabe-nos questionar, se por parte dos enfermeiros gestores é conhecida esta realidade porque não colocá-la em prática?

Estarão os enfermeiros gestores conscientes da transição que os enfermeiros que participam nesta estratégia de gestão de recursos humanos vivenciam?

À luz de Afaf Meleis, o enfermeiro está em constante interação com o meio ambiente e tem capacidade de se adaptar a este, podendo no entanto, entrar em desequilíbrio por necessidades não satisfeitas e respostas não adaptativas, neste caso, as características individuais do profissional, bem como as variáveis contextuais podem ou não ser facilitadoras para determinada tarefa. Também evidência científica demonstra que estas respostas não adaptativas podem levar a *stress* e até mesmo ao *burnout*.

Em suma, tendo em conta a possibilidade de transições que os enfermeiros estão suscetíveis a experienciar aquando da prática de flutuação, cabe ao enfermeiro gestor a capacidade de adequar a esta, o profissional com as características adequadas.

Não poderão os enfermeiros gestores portugueses, aproveitar um pouco da experiência dos outros países e tendo também por base os resultados deste estudo procurarem os profissionais com características que melhor se adaptem a esta estratégia de gestão de recursos humanos?

Que estilos de liderança adotam os enfermeiros gestores dos serviços onde esta estratégia de gestão de recursos humanos é utilizada, e que relação poderá ter com a vivência / sentimentos dos enfermeiros que participam na mesma?

Propomos estas questões para reflexão e como orientadoras até para outros estudos, uma vez que sentimos como limitação deste nosso trabalho a escassa literatura em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, C. (2010) – **Enfermeiro Gestor: que dificuldades**. Vila Real. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido em: 1/06/2012. Disponível em: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/554>.

BALIK, B. (2011) – Creating a Team That Thrives: An Annotated Conversation with Marlene Williamson. **Creative Nursing**. Vol.17 (3) (Julho 2011), p. 148-155. Acedido em: 15/07/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011258018&site=ehost-live>.

BARDIN, L. (2009) - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BILHIM, J. (2007) – **Gestão Estratégica de Recursos Humanos**. 3ª. Edição. Lisboa. Universidade Técnica de Lisboa Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BORGES, R. (2009) – Implementação de Mudança Organizacional e o Papel das Práticas de Recursos Humanos: Um estudo de Caso Brasileiro. **Brazilian Business Review**. Vol.6 (3), p. 299-311. Acedido em: 20/3/2013. Disponível em: <http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/fucape/article/viewFile/744/740>.

BRADY, A.; MALONE, A.; FLEMING, S. (2009) – A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. **Journal of Nursing Management**. Vol.17(6), (September, 2009), p.679-697. Acedido em: 18/10/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010380048&lang=ptbr&site=ehost-live>.

CAMARA, P.; GUERRA, P.; RODRIGUES, J. (2007) – **Novo Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial**. Lisboa: Publicações D.Quixote.

CAETANO, A.; VALA, J. (2002) - **Gestão de Recursos Humanos: contextos, processos e técnicas**. 2ª. Edição. Lisboa: Editora RH.

CERVO, C. (2007) – **Característica de Personalidade e comprometimento organizacional**. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Acedido a: 09/07/2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14291/000660260.pdf?sequence=1>

CHIAVENATO, I. (1999) – **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro, Editora Campus.

CHIAVENATO, I. (2003) – **Administração de Recursos Humanos**. 5ª. Edição. São Paulo, Editora atlas.

CHO, S. *et al.* (2003) – The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality and Medical Costs. **Nursing Research**. Vol.52 (2), (March-April, 2003), p.71-79. Acedido em: 18/10/2012 Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003082214&lang=ptbr&site=ehost-live>.

CORREIA, T. (2008). (Des)Gostos e contratos: Os impactes da contratação nas percepções individuais – explorações estatísticas. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Acedido em: 15/12/2012 Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/21.pdf>.

DORAN, D. *et al.* (2006) – Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. **Research in Nursing & Health**. Vol. 29(1), (February, 2006), p.61-70. Acedido em 20/12/2012, disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16404735&lang=ptbr&site=ehost-live>.

DORAN, D.; SIDANI, S.; HALL, L. (1998) – Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. **Nursing Economics**. Vol.16(2) (March-April). p. 58-87. Acedido em 20/12/2012, disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1998042672&lang=ptbr&site=ehost-live>.

DUSSAULT, G.; FRONTEIRA, I. (2010) – **Recursos Humanos para a Saúde, Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-16**. Acedido em 20/12/2011, Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/RHS-PT.pdf>.

DZIUBA-ELLIS, J. (2006) – Float pool and resource teams: a review of the literature. **Journal of Nursing Care Quality** [em linha]. Vol. 21(4) (Outubro-Dezembro 2006), p. 352-359. Acedido em: 15/11/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=12&sid=f1315ae1-6ac6-4665-8e4b-ec4cbeb03322%40sessionmgr15>.

FERREIRA, J.M. *et al* (1996) – **Psicossociologia das Organizações**. Lisboa. Editora McGRAW-HILL.

FILHA, A. *et al* (2008) - Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem. **Revista Conquer – FASB**. Brasil. Vol.3. Acedido em: 31/05/2012, Disponível em: www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/view/86.

FORTIN, M. (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência.

FREDERICO, M.; LEITÃO, M.A. (1999) – **Princípios de Administração para Enfermeiros**. Formasau: Sinais Vitais.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (2001) – **O inquérito: teoria e prática**. 4ª. Edição. Lisboa: Celta Editora.

GOMES, S. (2008) – **Gestão de Recursos Humanos: evolução do problema em termos dos conceitos e das práticas**. Coimbra. Acedido em: 1/06/2012. Disponível em: http://prof.santana-e-silva.pt/EGI_grh/trabalhos_08_809/Word/Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20GRH.doc.pdf.

HEMANN, M.; DAVIDSON, G. (2012) – Perspective of a Float Pool Model in Ambulatory Care. **MEDSURG Nursing**. Vol. 21(3) (Maio -Junho 2012), p. 164-10. Acedido em: 20/7/2012. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011576583&site=ehost-live>.

International Council of Nurses (2006) - **Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação e Acção**. Genebra:ICN.

KANE-URRABAZO, C. (2006) – Said another way. Our obligation to float. **Nursing Forum**. Vol.41 (2) (Abril-Junho 2006), p. 95-101. Acedido em 13/11/2011. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=12&sid=f1315ae1-6ac6-4665-8e4b-ec4cbeb03322%40sessionmgr15>.

KOVÁCS, I (2004) – Emprego flexível em Portugal. **Sociologias**, Porto Alegre. Ano 6, nº.12 (jul/dez),p.32-67. Acedido em: 20/3/2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/5489/3119>.

LAKE, E. *et al* (2010) – Patient Falls: Association with hospital magnet status and nursing unit staffing. **Research in Nursing & Health**. Vol. 33, p. 413-425. Acedido em 25/03/2014. Disponível em: http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2010/1Y3/01Oct10/53916760.pdf?T=P&P=AN&K=2010808741&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLM4y9fwOLCm r0uep7ZSrqi4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5Mucjjhe3q7VPw2%2BuH8uUA.

LARSON, N. *et al* (2012) – Staffing Patterns of Scheduled Unit Staff Nurses vs. Float Pool Nurses: A Pilot Study. **MEDSURG Nursing**. Vol.21 (1) (Janeiro-Fevereiro 2012), p. 27-39. Acedido em: 20/7/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011459262&site=ehost-live>.

Lei nº. 48/90. **D.R. I Série**. 195 (24-08-1990). 3452-3459.

Lei nº.248/2009 **D.R. I Série**. 184 (22-09-2009.) 6761-6765.

LINZER, P.; TILLEY, A.M.; WILLIAMSON, M.V. (2011) – What Floats a Float Nurse's Boat?. **Creative Nursing**. Vol.17(3) (Julho 2011), p.130-138. Acedido em

13/11/2011. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=12&sid=f1315ae1-6ac6-4665-8e4b-ec4cbeb03322%40sessionmgr15>.

MACHADO, P. (2001) – **Gestão de Recursos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Contributo para um discurso mais rigoroso**. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em: 31/5/2012. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9614?mode=full>.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. (2005) – **Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

MARTINS, J. *et al* (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Parte II– Como estamos, onde estamos e como nos sentimos. **Rev Port Clin Geral**. Vol. 19, p. 627-635.

MELEIS, A.I. (1997) – **Theoretical nursing: development and progress**. Nova Iorque: Lippincott.

MELEIS, A.I. *et al* (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. Vol. 23(1). p.12-28. Acedido em: 15/11/2011. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2000060332&site=ehost-liv>.

MEZOMO, J.C. (2001) – **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos**. Brasil: Editora Manole Lda.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J.; (2003) – **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planeamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Entrevista**. 08-02-2012. “Enorme vaga de emigração” de enfermeiros tem origem na falta de visão política. Acessível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/%C2%ABEnorme%20vaga%20de%20emigracao%C2%BBde%20enfermeiros%20tem%20origem%20na%20falta%20de%20visao%20politica.aspx>

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. (2004) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. 5ª. Edição. Porto Alegre: ARTMED.

RIBEIRO, J (1999) – **Investigação e avaliação em psicologia da saúde**. Lisboa. Climepsi Editores.

Rodrigues, L.A.C., Ginó, A., Sena, C., Dahlin, K.(2002). **Compreender os Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde**. Lisboa: Edições Colibri, APIFARMA.

SANTANA, P.; VAZ, A. (2009) – Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos. In: CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. (coord.) - **Governança dos hospitais**. Editora: Casa das Letras.(p.127-148).

SANT'ANNA, A.; MORAES, L.; KILIMNIK, Z. (2005) – Competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: um estudo de diagnóstico comparativo. **RAE electrónica**. Vol.4 (1) (jan./jul.). Acedido em: 20/3/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n1/v4n1a01.pdf>.

STENSKE, J. *et al* (1998) – Resource teams: their structure and use. **Journal of Nursing Administration** .Vol. 18 (4). p. 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>.

STRZALKA, A; HAVENS, DS (1996) – Nursing care quality: comparasion of unit-hired, hospital float pool, and agency nurses. **Journal of Nursing Care Quality**. Vol.10 (4), p. 59-65.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª. Edição. Loures: Lusociência.

TEIXEIRA, S. (2005) – **Gestão das Organizações**. 2ª. Edição. Lisboa. Editora McGRAW-HILL.

VIEGAS, M. (2010) – **Mudança de Paradigma na Gestão dos Recursos Humanos em Contexto Hospitalar**. Aveiro. Dissertação de Mestrado apresentada à

Universidade de Aveiro. Acedido em: 15/7/2012. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3696/1/4707.pdf>.

WHITE, P.; HALL, L.; LALONDE, M. (2011) – Adverse Patient Outcomes. In Doran, D. – **Nursing Outcomes: The State of the Science**. Ontario: Jones & Bartlett Learning. p. 241-284.

APÊNDICES

I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Ana Filipa Baptista Afonso
Av^a. Infante D. Pedro nº.47 r/c Dto
2615-151 Alverca do Ribatejo
Tlm: 963703071
E-mail: aafonso@campus.esel.pt

À Direção de Enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados
Integrados L Nostrum
Sra. Enf^a. Célia Pereira

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de entrevista a profissionais de enfermagem da instituição

Ana Filipa Baptista Afonso, aluna do 3ºCurso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, está a desenvolver um estudo sobre as características facilitadoras da prática de flutuação* em enfermagem.

Uma vez que a evidência científica prova a existência de melhores resultados para a organização e indivíduo quando adaptada a “pessoa certa ao trabalho certo” e que as variáveis pessoais e contextuais podem ser facilitadoras ou inibidoras da prática de flutuação, considera-se que um maior investimento e conhecimento sobre as características que facilitam a prática flutuação será benéfico para o cuidar, podendo este estudo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Com este estudo pretende identificar as características facilitadoras da prática de flutuação em enfermagem junto dos enfermeiros que experienciam estas transições e identificar junto dos enfermeiros gestores a perceção que têm relativamente a características que poderão ser facilitadoras desta estratégia de gestão de recursos humanos.

Assim, vem solicitar autorização para aplicar uma entrevista aos enfermeiros que participem na prática de flutuação, a enfermeiros gestores que recebam esses enfermeiros nos seus serviços e a enfermeiros gestores que utilizem a prática de flutuação como estratégia de gestão de recursos humanos em enfermagem. Compromete-se a utilizar os dados colhidos apenas para fins académicos, a manter o anonimato da organização e respeitar a vontade dos

* Mobilização do enfermeiro para outro serviço da instituição, com o intuito de fortalecer a equipa de enfermagem do mesmo, de modo a fazer face às necessidades diárias de trabalho.

profissionais em participar no estudo, garantindo que os dados colhidos terão um carácter confidencial. Para tal, todos os participantes darão o seu consentimento informado.

Encontra-se disponível para esclarecer qualquer questão que seja considerada pertinente.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Afonso

Lisboa, ____de____de 2012

Ana Filipa Baptista Afonso
Av^a. Infante D. Pedro nº.47 r/c Dto
2615-151 Alverca do Ribatejo
Tlm: 963703071
E-mail: aafonso@campus.esel.pt

À Direção de Enfermagem do Hospital de Santarém
Sra. Enf^a. Ilda Veiga

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de entrevista a profissionais de enfermagem da instituição

Ana Filipa Baptista Afonso, aluna do 3ºCurso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, está a desenvolver um estudo sobre as características facilitadoras da prática de flutuação* em enfermagem.

Uma vez que a evidência científica prova a existência de melhores resultados para a organização e indivíduo quando adaptada a “pessoa certa ao trabalho certo” e que as variáveis pessoais e contextuais podem ser facilitadoras ou inibidoras da prática de flutuação, considera-se que um maior investimento e conhecimento sobre as características que facilitam a prática flutuação será benéfico para o cuidar, podendo este estudo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Com este estudo pretende identificar as características facilitadoras da prática de flutuação em enfermagem junto dos enfermeiros que experienciam estas transições e identificar junto dos enfermeiros gestores a perceção que têm relativamente a características que poderão ser facilitadoras desta estratégia de gestão de recursos humanos.

Assim, vem solicitar autorização para aplicar uma entrevista aos enfermeiros que participem na prática de flutuação, a enfermeiros gestores que recebam esses enfermeiros nos seus serviços e a enfermeiros gestores que utilizem a prática de flutuação como estratégia de gestão de recursos humanos em enfermagem. Compromete-se a utilizar os dados colhidos apenas para fins académicos, a manter o anonimato da organização e respeitar a vontade dos profissionais em participar no estudo, garantindo que os dados colhidos terão

* Mobilização do enfermeiro para outro serviço da instituição, com o intuito de fortalecer a equipa de enfermagem do mesmo, de modo a fazer face às necessidades diárias de trabalho.

um carácter confidencial. Para tal, todos os participantes darão o seu consentimento informado.

Encontra-se disponível para esclarecer qualquer questão que seja considerada pertinente.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Afonso

Lisboa, ____ de _____ de 2013

II – GUIÃO DAS ENTREVISTAS

GUIÃO DA ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS GESTORES

Parte I: Características pessoais:

Idade? _____; Sexo? _____

Formação acadêmica? _____; Categoria profissional? _____

Experiência profissional (Tempo)? _____; Experiência profissional em funções de gestão? _____

Parte II: Questões orientadoras da entrevista:

Tema	Objetivo	Pergunta
Estratégias de Recursos Humanos	Identificar as estratégias de recursos humanos utilizadas pelo enfermeiro gestor aquando a situação de dotações inseguras. Identificar a existência de prática de flutuação de enfermeiros na instituição.	Que estratégias de gestão de recursos humanos o srº enfermeiro (a) utiliza quando tem falta de enfermeiros no serviço? Nesta instituição, utilizam a mobilização de enfermeiros de um serviço para outro enquanto estratégia de GRH em Enfermagem?
Prática de Flutuação em Enfermagem	Identificar a existência de critérios para a escolha do enfermeiro que flutua. Identificar a existência de reconhecimento, por parte do enfermeiro gestor, de condições que facilitem a prática de flutuação em Enfermagem. Identificar condições facilitadoras da prática de flutuação.	Na escolha do profissional para participar nesta estratégia que critérios utiliza? Considera que há condições, quer por parte do profissional, como equipa e estruturais, que possam facilitar a mobilização de enfermeiros de um serviço para outro? Se sim, quais? Considera que essas condições estão presentes na instituição?

**GUIÃO DA ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS QUE
PARTICIPAM NA PRÁTICA DE FLUTUAÇÃO**

Parte I: Características pessoais:

Idade? _____; Sexo? _____

Formação acadêmica? _____; Categoria profissional? _____

Experiência profissional (Tempo)? _____; Vínculo contratual? _____

Parte II: Questões orientadoras da entrevista:

Tema	Objetivo	Pergunta
Vivência da prática de flutuação	Identificar sentimentos decorrentes da prática de flutuação.	que é que o srº.enfermeiro (a) sente quando é solicitado (a) para ir prestar cuidados para outro serviço?
Prática de Flutuação em Enfermagem	Identificar o reconhecimento, por parte dos enfermeiros que experienciam a prática de flutuação, de critérios na escolha do enfermeiro que participa nesta estratégia.	Sabe quais são os critérios que estão por base de o/a srº.enfermeiro(a) ser escolhido (a) para prestar cuidados noutro serviço, quando necessário?
	Identificar a existência de reconhecimento, por parte do enfermeiro que flutua, de condições que facilitem a prática de flutuação em Enfermagem.	Na opinião do srº enfermeiro (a), que condições facilitadoras existem na situação desta prática de GRH em Enfermagem?
	Identificar medidas a implementar para facilitar esta estratégia de GRH em Enfermagem.	Indique duas medidas que implementaria, caso fosse gestor, para que a transição de um serviço para outro fosse mais facilitadora?