

## **Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem**

*Paula Guimarães<sup>1</sup>*

---

### **1. Introdução**

Os locais de trabalho apresentam um elevado potencial formativo. São espaços de socialização profissional, determinando a interiorização mais ou menos consciencializada de valores, normas e regras para a acção, e permitindo aos actores a construção de mundos institucionais especializados, a aquisição de conhecimentos específicos – os saberes profissionais – e o desenvolvimento de papéis directa ou indirectamente dependentes da divisão social do trabalho (DUBAR, 1997:96). A socialização profissional consiste num processo que se prolonga pela vida activa dos actores, apresentando diferenças que dependem da existência de alterações tecnológicas e da introdução de novas formas de organizar o trabalho, da mudança de emprego, etc.. Os locais de trabalho envolvem também outros tempos formativos mais formalizados, baseados, por exemplo, em momentos de reflexão grupal, em acções de formação, etc..

Tal como acontece noutros grupos, os enfermeiros possuem trajetórias profissionais que cruzam os percursos formais de formação, como o curso superior de enfermagem, as pós-graduações, etc., e não-formais, através, por exemplo, da participação em acções de formação. Para além destes, estes profissionais desenvolvem processos de educação informal (PAIN, 1990), ao experienciarem acontecimentos nos locais de trabalho que são geradores de aprendizagens e competências. Porém, nas acções de formação que frequentam, como na formação em serviço, raramente estas aprendizagens são problematizadas. Aliás, com frequência, os seus percursos de formação não apresentam unidade e surgem aos próprios enfermeiros como somatórios de momentos formativos não-articulados.

A pesquisa intitulada “Aprendendo no Local de Trabalho” representou um olhar diferente sobre a formação em enfermagem e sobre a importância dos locais de trabalho na construção de trajetórias profissionais e formativas. Esta investigação visou a identificação de processos informais de educação, em particular dos “saberes construídos na e sobre a acção” (SCHÖN, 1992:44), e a sua problematização do ponto de vista do significado que apresentam para a prática profissional quotidiana. Pretendeu-se, assim, compreender qual o sentido destas aprendizagens para os actores, nomeadamente o modo pelo qual contribuíram para a construção da identidade profissional dos enfermeiros.

Embora tenha incluído outras iniciativas, nesta investigação foi desenhada e levada a cabo uma acção de formação que assentou na preocupação de associar a formação às práticas de investigação, na construção de uma concepção alternativa da relação existente entre a educação e o trabalho. Tendo em vista atribuir alguma unidade aos percursos formativos dos enfermeiros, foi desenvolvida uma acção que se baseou em dois eixos: a formação, nomeadamente a formação pedagógica para enfermeiros com responsabilidades de formação em diversos serviços num hospital; e a investigação, através da identificação e da compreensão de momentos e de processos que no quotidiano são significativos para a profissão e a partir dos quais é possível aprender.

Assim, nesta acção de formação-investigação foram abordados conceitos relacionados com a educação e a formação de adultos, a investigação qualitativa e a construção de projectos em educação. Foram desenvolvidos diversos exercícios pedagógicos que visaram capacitar os formandos para a utilização de

---

<sup>1</sup> Universidade do Minho – Unidade de Educação de Adultos

algumas técnicas de recolha de dados e o desenho de projectos. Os formandos obtiveram dados de investigação e a partir destas informações construíram quatro projectos em educação, nos quais incluíram actividades que contemplavam a reflexão sobre as aprendizagens desenvolvidas no local de trabalho.

Neste texto apresentamos algumas análises relativas às informações recolhidas na acção de formação mencionada, no resultado da aplicação de diversas técnicas de recolha de dados, que permitiram a identificação de momentos e processos geradores de aprendizagens que influenciaram o exercício profissional em enfermagem, assim como as concepções sobre a profissão e as relações socio-profissionais.

## **2. Os locais de trabalho como “novos espaços” de formação**

A problemática da relação entre a educação e o trabalho representa, hoje, uma questão central na educação de adultos, tendo permitido o surgimento de um crescente número de estudos. Apesar de podermos registar diferenças nas abordagens e nos objectivos destas pesquisas, de uma maneira geral, os trabalhos desenvolvidos partem do pressuposto que o exercício do trabalho é produtor de competências (BARBIER, 1991).

Ao contrário do que acontece nos contextos escolares nos quais são promovidas competências monodisciplinares, aquelas que se desenvolvem nos locais de trabalho apresentam-se como complexas, interdisciplinares e ordenadas em torno de um campo de práticas. Contudo, com frequência as aprendizagens que na prática profissional lhes dão origem ocorrem de forma desorganizada, pouco estruturada, sob condições mais ou menos previsíveis e rotineiras e nem sempre os indivíduos percebem que estão a aprender. Neste sentido, os locais de trabalho constituem-se enquanto “novos espaços” de formação, ao favorecerem o desenvolvimento de processos de educação não-formal e, sobretudo, informal (LIMA et al., 1988:239-240).

Os processos de educação informal cobrem uma variedade de aprendizagens, mais ou menos consciencializadas pelos indivíduos, que influenciam de modos distintos as práticas e as identidades profissionais. Apesar da importância de todas estas aprendizagens, aquelas que apresentam maior interesse para a formação estão relacionadas com o desenvolvimento de processos de educação informal baseados na experiência, que ocorrem na sequência de situações nas quais os indivíduos pensam sobre os acontecimentos que vivem e estão na origem de posteriores alterações de comportamentos e atitudes. Estas aprendizagens, nas quais se regista intencionalidade, são influenciadas pela posição social dos sujeitos no local de trabalho e, por tal, não são politicamente neutras (GARRICK, 1998:26).

O projecto de investigação “Aprendendo no Local de Trabalho” surgiu no contexto de uma colaboração mais alargada entre a Unidade de Educação de Adultos da

Universidade do Minho, o Departamento de Educação Permanente do Hospital de S. Marcos e a Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, em Braga<sup>2</sup>. Esta pesquisa, iniciada em 1996, orientou-se para a identificação de

---

<sup>2</sup> A equipa responsável por este projecto era liderada por Licínio C. Lima, da Unidade de Educação de Adultos (U.E.A.) da Universidade do Minho. Constituíam esta equipa Amélia Vitória Sancho e Paula Guimarães, da U.E.A., Almerindo Janela Afonso do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Maria de Fátima Pinheiro, do Departamento de Educação Permanente do Hospital de S. Marcos, e Beatriz Araújo, da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, em Braga., Este projecto contou ainda com o apoio científico de Peter Jarvis do Departamento de Estudos Educacionais da Universidade de Surrey, tendo recebido financiamento pelo Programa de Acções Integradas Luso-Britânicas (1997) – Tratado de Windsor (British Council). Para além deste apoio, o Programa de Intervenção Operacional da Saúde (1998), do Ministério da Saúde, suportou a organização de duas acções de formação destinadas a

aprendizagens ocorridas em situações de trabalho, a análise de momentos e processos que estão na sua origem, a constatação do impacto das aprendizagens, mais ou menos consciencializadas e reflexivas, nos quotidianos dos hospitais, na organização do trabalho nas enfermarias, na construção das identidades dos enfermeiros e na definição das suas trajectórias profissionais e formativas. Assim, os objectivos mais imediatos consistiram no reconhecimento dos acontecimentos e dos processos que no local de trabalho eram geradores de mudanças de comportamento e atitudes, tal como a problematização de novas formas de conceber a prática e os quotidianos dos profissionais surgidas após a ocorrência desses momentos marcantes para os actores.

Apesar do projecto de investigação ter contado com o desenvolvimento de diferentes actividades de investigação e formação, nesta comunicação propomos interpretar dados recolhidos no desenvolvimento da acção “Aprender no Local de Trabalho: Formação Pedagógica de Formadores”. Esta iniciativa articulou momentos de formação em sala de aula, com a recolha e a análise de dados de investigação e a apresentação de uma proposta de intervenção educativa no local de trabalho dos formandos. Ao contrário de outras acções de formação pedagógica de formadores anteriormente organizadas e desenvolvidas pelas instituições envolvidas neste projecto, esta iniciativa cruzou preocupações pedagógicas de transmissão de conhecimentos e reprodução de competências, mas, sobretudo, de investigação, favorecendo o levantamento e a problematização de aprendizagens ocorridas no local de trabalho. Neste sentido, recorreu-se a uma estratégia baseada no aprender-fazendo, de conhecimentos construídos a partir de uma experiência reflectida.

Tendo contado com a participação de vinte e cinco enfermeiros e quatro formadores das instituições envolvidas nesta investigação, esta iniciativa permitiu o desenvolvimento de três momentos, que corresponderam às diferentes semanas nas quais ocorreram as sessões de formação<sup>3</sup>.

Num primeiro momento foram abordados diferentes métodos de investigação qualitativa, assim como alguns conceitos como educação, formação e aprendizagem. Foram, também, discutidos aspectos relacionados com a utilização de diferentes técnicas de recolha de dados, como a entrevista, a observação, o relato e o diário. Tendo por base de trabalho a identificação de momentos significativos, os formandos realizaram diversos exercícios pedagógicos a partir da utilização dos instrumentos de recolha de dados referidos, no sentido de, em diferentes grupos de trabalho, reconhecerem acontecimentos geradores de aprendizagens.

Num segundo momento de formação, os participantes apresentaram, trataram e discutiram os dados recolhidos pela aplicação das diversas técnicas. Após a apresentação da informação obtida pelos diversos grupos de trabalho, foi discutido o conceito “aprendizagem”, de forma a permitir a leitura dos dados e a construção de um “mapa” de situações, locais, tempos, etc., que condicionaram mudanças de comportamento e atitudes. Para além destas actividades, foram abordados temas relacionados com a concepção e desenho de projectos de formação/investigação/acção, uma vez que se pretendia que os formandos construíssem um projecto, no qual fossem incluídos aspectos relacionados com os dados recolhidos na fase anterior da formação.

O terceiro momento consistiu na apresentação e na discussão dos projectos em educação efectuados pelos formandos, tendo conduzido à

---

enfermeiros e a médicos. Neste texto são analisados dados recolhidos na acção de formação que contou com a participação dos enfermeiros.

<sup>3</sup> A primeira semana decorreu de 12 a 16 de Outubro, a segunda de 9 a 13 de Novembro e a terceira de 18 a 18 de Dezembro de 1998. Cada semana contou com 30 horas de formação, num total de 90 horas. Porém, dada a natureza do trabalho realizado nesta acção de formação, a recolha dos dados empíricos, o seu tratamento e o desenho de um projecto de investigação envolveram mais tempo que as 90 horas inicialmente previstas.

problematização dos quotidianos dos enfermeiros e das suas trajectórias individuais. Neste sentido, foram desenhadas propostas de formação em contexto de trabalho, prevendo-se o desenvolvimento de estratégias de reflexão sobre momentos e processos significativos de aprendizagem.

Este trabalho revelou-se significativo a diferentes níveis para os diversos participantes na acção, uma vez que permitiu a identificação de outras modalidades de formação para além da escolar e a reflexão sobre processos de educação informal na vida dos adultos. O reconhecimento destes processos favoreceu a valorização de tempos e espaços educativos menos formalizados, determinantes no modo pelo qual os adultos perspectivavam a formação, o trabalho e as suas próprias vidas. Esta investigação também permitiu a discussão das regras formais, não-formais e informais (LIMA, 1992:161) que, no contexto da organização hospitalar, levavam à existência de práticas profissionais mais ou menos previsíveis e consentâneas com os objectivos da organização. Neste sentido, esta pesquisa permitiu a problematização de concepções da enfermagem, construídas, por exemplo, a partir da centralidade do doente, e da existência de práticas defensivas (SCHÖN, 1992:274), no contexto das relações de poder com outros grupos profissionais, nomeadamente o grupo médico. Esta investigação levou ainda à reflexão sobre os desafios que o ensino e a formação em enfermagem enfrentam no actual contexto dos serviços públicos de saúde.

### **3. Técnicas de Recolha de Dados Utilizadas**

Esta acção de formação-investigação assentou numa abordagem qualitativa e de inspiração etnográfica do objecto de estudo (ATKINSON & HAMMERSLEY, 1994:248), tendo-se privilegiado a exploração da natureza das aprendizagens ocorridas no local de trabalho. Neste sentido, optou-se por recolher dados que favorecessem a descrição e a interpretação das situações vividas pelos próprios actores. Obtiveram-se relatos de um número pouco expressivo de sujeitos, nomeadamente os enfermeiros envolvidos na formação e alguns dos seus colegas, uma vez que se procurava informação significativa. Após esta recolha, que não obedeceu a categorias previamente estabelecidas, houve um trabalho de análise dos dados que foi efectuado pelos formandos e formadores. Privilegiou-se, assim, a interpretação dos indivíduos que viveram os acontecimentos, enquanto construtores de processos de auto-formação.

Desta forma, procurou-se identificar aprendizagens a partir das experiências profissionais que os enfermeiros apresentavam e obter descrições de acontecimentos e processos que os actores tivessem vivenciado, dados que revelassem o envolvimento dos sujeitos, as suas histórias sobre as situações vividas e as suas emoções. Para tal, foram seleccionadas as seguintes técnicas de recolha de dados: a observação, a entrevista, o relato e o diário. Esta escolha visou a obtenção de informações de carácter qualitativo que apresentassem conteúdos distintos e assim obter a triangulação dos dados (DENZIN & LINCOLN, 1994:2).

#### **A observação**

Os enfermeiros que participaram na acção de formação em análise utilizaram esta técnica enquanto observadores-participantes (ATKINSON & HAMMERSLEY, 1994:248-249) e, embora o hospital enquanto organização apresentasse um elevado interesse do ponto de vista da investigação, optou-se pela observação das reuniões de passagem de turno. Esta escolha foi efectuada tendo em conta que estes momentos foram considerados determinantes no quotidiano profissional dos enfermeiros. Representavam tempos de simbolismo significativo, pela avaliação do trabalho realizado num turno e na organização do turno seguinte, e pela discussão dos assuntos e dos problemas surgidos nas

enfermarias. Consistiam, assim, em momentos exclusivamente reservados aos enfermeiros, num tempo particular de autonomia profissional e, neste sentido, potencialmente gerador de aprendizagens entre pares (GUIMARÃES, 1999).

Obtiveram-se dezasseis registos escritos de observações realizadas durante diferentes reuniões de passagem de turno. Nestes, encontramos descrições das tarefas, das interações verbais, dos comportamentos, dos tempos e dos espaços. Os dados resultantes da observação permitiram compreender no que consistia a passagem de turno e identificar situações que pudessem sugerir dúvidas aos actores, problemas que fossem discutidos e analisados e suscitassem aprendizagens.

Foram registos que permitiram a todos os envolvidos nesta investigação conhecer melhor a vida nas enfermarias e, sobretudo, compreender as razões pelas quais estes tempos ritualizados eram importantes para os enfermeiros. Constituíram-se, ainda, como documentos fundamentais para o conhecimento das suas dúvidas, dos problemas e dos dilemas que enfrentam, dado que os registos continham informações que, para todos aqueles que não trabalhavam no hospital, eram realidades desconhecidas.

### **A entrevista**

Os formandos foram convidados a efectuar entrevistas semi-estruturadas (ALMEIDA & PINTO, 1975:100), a partir de um conjunto de questões previamente definidas e discutidas nas sessões de formação. Este guião apresentava como tema genérico a seguinte pergunta: “Depois da formação inicial, em plena actividade profissional no hospital, como me fiz enfermeiro(a) e continuei a aprender?”. Pretendia-se reconstituir o percurso profissional dos entrevistados, recolher informações sobre as suas carreiras profissionais, em particular os acontecimentos e processos experienciados que tivessem gerado mudanças de comportamento e atitudes.

O tratamento dos dados foi realizado pelo recurso à análise de conteúdo, através da identificação de categorias emergentes. Foram recolhidas quinze entrevistas, que, em termos de duração, variaram entre 10 e 30 minutos. Nestas, os entrevistados descreveram genericamente os seus percursos profissionais, assim como relataram situações marcantes que geraram mudanças de comportamento e atitudes. Foi, ainda, possível obter um conjunto de reflexões sobre os quotidianos dos hospitais, assim como sobre outros serviços de saúde, as mudanças ocorridas nos últimos anos na profissão e a evolução da ciência.

### **O relato**

Esta técnica de recolha de dados consistiu numa adaptação das “histórias de vida”, tendo sido dada voz aos actores anónimos que participaram nos acontecimentos, sendo favorecido o estudo do mundo privado e menos formalizado dos sujeitos. Embora o recurso às histórias de vida apresentasse um elevado interesse para o estudo da enfermagem e dos processos de educação destes profissionais, na acção de formação mencionada solicitou-se aos formandos que a partir da seguinte questão: “Depois da escola de enfermagem, em plena actividade profissional que acontecimento, que situação, que problema, que erro, que pessoa, etc., me levou a aprender algo de significativo?”, recolhessem relatos escritos de colegas de trabalho. Não se pretendia, assim, o desenvolvimento do método das histórias de vida, mas uma adaptação que visava a recolha de histórias, de descrições subjectivas de acontecimentos e processos que tivessem sido marcantes.

Foram obtidos trinta e dois relatos escritos nos quais eram descritas experiências profissionais diferentes, em documentos manuscritos ou impressos, contendo de uma a quatro páginas. Foram explicitadas situações que apresentavam graus de envolvimento distintos dos inquiridos, sendo que os

relatos sobre as mortes de doentes, as relações interpessoais com doentes e a discordância relativamente a ordens médicas, foram os mais emotivos.

### **O diário**

O diário constitui-se num documento com informações de relevado valor no âmbito das investigações qualitativas, uma vez que permite obter registos simultaneamente objectivos, pelas descrições de acontecimentos, e subjectivos, pelas interpretações das situações vividas. Desta forma, pretendeu-se obter descrições e reflexões de enfermeiros sobre os seus dias de trabalho, em particular sobre acontecimentos marcantes que tivessem sido vividos e que tivessem gerado aprendizagens. Devido ao grau de subjectividade que revelavam e à natureza personalizada das reflexões, os diários não se constituíram numa técnica tradicional. Porém, de todos os documentos recolhidos os diários apresentaram-se como os registos mais coerentes, consistentes e analíticos.

Foram recolhidos quinze diários, documentos manuscritos relativos a diferentes dias de trabalho, entre 3 a 7 dias cada um. Estes registos continham descrições pormenorizadas sobre os turnos de trabalho, tais como reflexões sobre as tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros, a organização dos serviços, a morte e a vida. Obtiveram-se dúvidas, diversas questões levantadas pelos profissionais sobre os seus quotidianos, reflexões sobre a concepção e a organização do Serviço Nacional de Saúde, etc., mas, sobretudo, discursos intimistas e confissões guardadas pela escrita.

## **4. Os Dados Recolhidos**

### ***Diversidade de histórias, espaços e tempos de aprendizagem***

Devido à natureza da abordagem e às técnicas de recolha de dados, a informação colhida caracterizou-se pela diversidade. Diversas foram as histórias relatadas e os acontecimentos que as geraram, os espaços e os tempos durante os quais era possível aprender.

Foram inquiridos profissionais com carreiras profissionais de diferente duração, tendo-se obtido descrições de situações, reflexões, dúvidas e interpretações sobre as mais diversas situações e momentos da história dos serviços de saúde em Portugal.

A possibilidade atribuída aos enfermeiros de falarem sobre as suas experiências permitiu obter histórias marcadas pela subjectividade e por diferentes graus de envolvimento dos indivíduos. Dependendo do tempo durante o qual aconteciam, estas experiências marcaram de formas diferentes os inquiridos e foram promotoras de distintas aprendizagens.

Os dados permitiram-nos constatar que no hospital, enquanto local de trabalho, ocorria uma multiplicidade de situações geradoras de aprendizagens, tais como a execução dos cuidados de enfermagem e a gestão dos serviços, assim como o estabelecimento de relações interpessoais ou o manuseamento de materiais ou equipamentos. Por exemplo, foram descritos problemas com os quais os profissionais se confrontavam nos seus quotidianos, dúvidas que surgiam no desenvolvimento de tarefas que geravam reflexão na acção e sobre a acção. Foram, também, mencionadas ordens de superiores hierárquicos e discussões sobre os cuidados a executar que ocorreram durante as reuniões de passagem de turno. Outros acontecimentos, ainda, envolveram doentes, familiares ou outros profissionais ou que surgiram de dificuldades na utilização de material de trabalho e equipamentos.

A diversidade também caracterizava os espaços nos quais era possível aprender. As enfermarias, locais nos quais a maioria dos enfermeiros mais tempo permanecia, surgiram como os espaços privilegiados para a ocorrência de

problemas e reflexões. Contudo, não reservavam a exclusividade das aprendizagens, uma vez que nas salas de reunião de passagem de turno, nas bibliotecas, nos corredores, nas escadas, assim como nos bares e nas cantinas, era possível aprender.

Para além da diversidade de espaços, também se verificava uma variedade de tempos para a ocorrência de situações que geravam mudanças de comportamento e atitudes. Os enfermeiros relataram diferentes acontecimentos dos seus quotidianos que foram significativos, no desenvolvimento das suas tarefas profissionais, assim como nos intervalos do trabalho. Contudo, foi possível identificar períodos mais relevantes, devido ao número de acontecimentos referidos. Neste sentido, o início da actividade profissional surgiu como a fase mais rica, uma vez que muitas situações apresentavam-se como novas aos enfermeiros recém-formados – a primeira intervenção, o primeiro tratamento ou a primeira vez que eram executadas determinadas técnicas. Também, os acontecimentos vividos com maior emoção, que implicaram maior envolvimento afectivo, ocorreram no início da actividade profissional. Foram, sobretudo, histórias relativas a mortes de doentes, a erros de medicação ou de transcrição de tarefas executadas.

Se o início da actividade profissional era marcado pela novidade das situações, o tempo de trabalho permitiu o surgimento de aprendizagens relativas a diferentes graus de competência dos enfermeiros (BENNER, 1984:20-38). Foram relatadas situações relacionadas com o desenvolvimento de competências técnicas e de gestão inerentes a mudanças de categoria profissional, alterações de métodos de trabalho, em particular do método de cuidados executados à tarefa para o método de cuidados baseados em modelos teóricos alternativos em enfermagem (RIBEIRO, 1995:31). Para além destas alterações, outras aconteciam na sequência de conflitos com diferentes grupos profissionais, nomeadamente no que concerne aos problemas surgidos na discordância relativa às prescrições médicas, como na sequência de reflexões sobre a profissão e a necessária construção de uma identidade profissional alternativa para os enfermeiros.

Face à diversidade das informações obtidas, foram criadas diversas categorias analíticas que permitissem a interpretação dos dados recolhidos. Neste texto, apresentamos quatro das categorias definidas, a saber: “A morte: o acontecimento mais marcante”; “Uma enfermagem orientada para o cuidar”; “Aprender a ser um enfermeiro competente”; e “Erros”. Na selecção destas categorias tivemos em conta dois critérios: o número de relatos relativos a determinados acontecimentos ou situações - neste sentido, tivemos em conta aqueles que foram relatados mais vezes; o significado que os acontecimentos relatados apresentavam para os actores, tendo sido considerados os mais marcantes.

### ***A morte: o acontecimento mais marcante***

Os cuidados de enfermagem assentam no estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente, através do desenvolvimento de actos quotidianos de manutenção da vida, tais como a alimentação, a hidratação, o afecto, o conforto físico e psíquico (RIBEIRO, 1995:31), que permitem aos indivíduos preservar as suas vidas. Nesta ordem de ideias, a morte representa para os profissionais um dilema: por um lado e de um ponto de vista racional, a morte faz parte da vida e as pessoas nascem, vivem, adoecem, são tratadas, etc., e, um dia, morrem; por outro lado, a morte representa o fim da vida, retirando sentido às expectativas das pessoas, aos seus desejos e aos próprios cuidados de enfermagem.

Embora fosse uma situação considerada “normal” nos serviços de saúde, em particular nas unidades de cuidados intensivos e na medicina interna, a morte de um doente, em particular daqueles conhecidos pelos enfermeiros e com quem

estes estabeleceram relações interpessoais mais afectivas, surgiu como o acontecimento mais referido e marcante. Para além do tom emocionado dos relatos, a morte de doentes levou os profissionais a reflexões sobre os actos de enfermagem e, sobretudo, sobre a vida. Foram particularmente significativos os falecimentos de crianças, jovens ou de pessoas que permaneceram internados durante longos períodos nas enfermarias, tendo favorecido o acompanhamento da evolução da doença pelos enfermeiros.

Apesar de muitos inquiridos terem referido a importância do estabelecimento de relações interpessoais com os doentes distanciadas e críticas, muitos relatos evidenciaram sentimentos de tristeza e, por vezes, de revolta, face à inutilidade dos cuidados de enfermagem em determinadas fases da evolução da doença, como nos sugere o seguinte trecho.

*“Segui a evolução de um miúdo de doze anos com leucemia em fase terminal. Tive um conhecimento profundo da situação através da família, de todas as démarches feitas para curar o miúdo. A evolução natural da doença foi implicando uma maior entrega e envolvimento da minha parte. O miúdo começou a exigir a minha presença permanentemente. Posteriormente cegou e como gostava de ler, pedia-me (ou exigia) que lhe lesse os livros que gostava e outros que lhe tinha oferecido. Mais tarde, passou a conhecer-me pelo tacto. Pediu-me que ficasse lá na noite em que morreu. Ele e a família aceitaram a morte bem mais facilmente que eu.” (Relato, doc.22)*

Para além do falecimento de um doente, outras situações relacionadas com a morte foram relatadas. Foram estas as dificuldades que os enfermeiros sentiam ao comunicar a morte de um doente aos familiares ou, por exemplo, no tratamento dos cadáveres, sobretudo quando este tratamento era efectuado pela primeira vez. O medo de se confrontarem com um corpo sem vida levou a que alguns enfermeiros tivessem actuado de um modo que os próprios designaram de “estranho”.

*“Tinha iniciado a minha vida profissional havia pouco tempo e nunca me tinha falecido um doente pelo qual estivesse responsável. Mas, nesse dia, isso aconteceu... Havia um doente, pelo qual eu estava responsável, que estava bastante mal. Comecei por prestar-lhe os cuidados de higiene. Entretanto, era necessário fazer-lhe um penso, mas tinha-me esquecido de um soluto e fui buscá-lo. Quando cheguei ao quarto, o doente tinha falecido. Fiquei completamente bloqueada, sem saber se devia pedir ajuda, se fazia alguma coisa ao doente. Entretanto chegou um colega. Não dei uma única palavra. Tentei avaliar-lhe as tensões. O colega olhou para mim e disse: 'Isso já não é necessário'. (...) Passados dez minutos lá comecei a ajudar o colega. Esta foi uma experiência que me marcou e que me obrigou a reflectir sobre a forma como reagi. A partir desse dia passei a agir normalmente sempre que um doente tivesse o seu momento final” (Relato, doc.5)*

Estes acontecimentos relacionados com a morte geraram aprendizagens significativas, levando os enfermeiros a desenvolver comportamentos de distanciamento crítico e de “práticas defensivas” (SCHÖN, 1992), evitando o envolvimento afectivo com os pacientes, numa atitude designada por alguns de “mais profissional”.

### **Uma enfermagem orientada para o cuidar**

A orientação para o cuidar surge na enfermagem como uma preocupação dominante após a II Guerra Mundial, tendo originado o aparecimento de diferentes modelos teóricos em enfermagem. Embora estes modelos revelem diferenças entre si, Lisete Fradique Ribeiro aponta alguns aspectos comuns a todos eles, como a importância do desenvolvimento de actuações personalizadas, a valorização dos sentimentos do utente sobre a doença e a importância do efeito do tratamento na pessoa (RIBEIRO, 1995:39).

De uma maneira geral, os dados recolhidos revelaram a importância do paciente na definição e da execução dos cuidados. O doente, perspectivado como um ser bio-psico-social, ocupava um lugar central na definição dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, foram valorizados diversos aspectos da relação interpessoal que se estabelecia entre o enfermeiro e o doente, nomeadamente a relação de entre-ajuda (BENNER, 1984:47:75). Por exemplo, muitos enfermeiros revelaram preocupações com a dimensão interpessoal dos cuidados, na criação de um clima que permitisse a aceitação ou a compreensão dos efeitos da doença. Os profissionais consideravam que nem sempre era fundamental a identificação de problemas e de soluções para os mesmos, uma vez que em muitos casos isso não era possível, mas que deveria haver uma aposta numa relação baseada na colaboração entre os enfermeiros e os doentes ou até os seus familiares.

*“No passado sábado, ao passar o turno, disseram-me que o doente X estava numa fase terminal. Em termos médicos, não havia nada a fazer. Teríamos que actuar em termos de cuidados de enfermagem, permitir o maior conforto e bem-estar do doente para que não se sentisse sozinho (...). Estava a falecer. Não se sabia quando ia falecer, mas estava por horas. Quando entrei naquele quarto, estava a esposa à beira do marido a chorar (...). Dei as boas tardes, mas não falei com a senhora. Pensei que aquela senhora estava ali a chorar diante do marido e o marido, que estava em estado de coma, de certeza conseguia ouvi-la. Reconhecê-la-ia pelo tacto e pela audição. Pensei que aquilo não podia ser. Então chamei a senhora cá fora e estive a falar com ela. Expliquei-lhe que não deveria chorar diante do marido. Deveria sim falar com ele, dizer como estavam os filhos, o que tinha acontecido nessa manhã antes de vir ter com ele (...) essas coisas do dia-a-dia. A senhora compreendeu e lá foi para o pé do marido. Quando ela saiu do quarto não me encontrou, mas falou com uma colega e disse que sentia que o marido estava melhor. “Vou mais contente daqui!” disse. Passadas algumas horas o doente faleceu. A aprendizagem que tirei foi da importância do diálogo com a família.” (Entrevistado C)*

Esta valorização do doente na definição e na execução dos cuidados confronta-se com uma outra mais tradicional no ensino em enfermagem e visível no desenvolvimento de diversas práticas em contexto hospitalar - o modelo médico. De acordo com este modelo que propõe uma orientação para a cura, uma pessoa apresenta-se com um conjunto complexo de partes anatómicas (pulmões, coração, fígado, etc.) e sistemas fisiológicos (sistemas respiratórios, sistema cardiovascular, etc.), partindo-se do pressuposto que grande parte do comportamento social de uma pessoa e dos seus processos psicológicos são originados pela actividade fisiológica e bioquímica (AGGLETON & CHALMERS, 1986:12).

A existência de diferentes modelos de trabalho com orientações distintas levava, em muitas circunstâncias, a que os profissionais defendessem o respeito pela pessoa, mas que os cuidados prestados nas unidades hospitalares se caracterizassem por actuações que não tinham em conta o próprio doente, naquilo que muitos inquiridos designaram de práticas “desumanizantes”. Assim, os doentes eram tratados como corpos que possuíam áreas disfuncionais, impondo intervenções terapêuticas específicas e localizadas.

Os acontecimentos relacionados com estas “intervenções desumanizantes” foram significativos, pelo número de vezes que foram relatados, como pela surpresa ou o choque que causou aos inquiridos quando percebiam as incongruências que existiam entre os princípios defendidos e os actos executados. Os dilemas causados pela defesa de um discurso que apelava ao respeito pelo doente e a existência de práticas instrumentalizadoras dos cuidados em enfermagem, levaram a que muitos inquiridos problematisassem as suas actuações. Dos dados recolhidos, escolhemos o seguinte trecho que nos parece significativo.

*“A Medicina Interna pediu colaboração à Pneumologia para fazer um lavado alveolar. Apareceu no serviço o pneumologista e a enfermeira assistente. Estava-se a preparar o material quando chegou o chefe da Pneumologia e outro pneumologista, assim como duas enfermeiras do Bloco Operatório para visitar um doente, que ficou rodeado de pessoas. Um dos médicos queria que o doente fosse transferido para a UCIP, para posteriormente realizar exames necessários. O outro médico concordava, enquanto que o terceiro discordava. Queria colocar dreno de Jolly e fazer a entubação endotraqueal, se necessária, no serviço. Eu e a minha colega frisámos a necessidade de uma rápida transferência do doente, dado o rápido deterioramento da sua função respiratória. E então, no auge da discussão, ouviu-se uma voz forte, seguida de um acesso de tosse seca: “E eu...?”. Era o doente. Toda a gente se calou e entreolhou, não faltando os técnicos que a partir daí tentavam explicar o que se iria passar, insistindo para que o doente fosse o menos traumatizado possível. Quando os restantes profissionais de saúde dispersaram, fiquei a imaginar-me naquela cama. Senti pavor. Toda a gente a comentar a minha situação, sem contarem comigo para nada. Senti-me mesmo mal. Falei bastante com o doente, para tentar acalmá-lo, pois o aumento da ansiedade e stress eram evidentes. Deixei permanecer a esposa ao seu lado, a partir do momento em que me disse que aquele poderia ser o segundo dia mais importante da sua vida. Mas o mal já estava feito e a tentativa de remediá-lo não me pareceu surtir o desejado efeito”. (Diário, doc.17)*

De uma maneira geral, os registos recolhidos revelaram a importância que os enfermeiros atribuíam aos doentes e de como este reconhecimento se traduzia numa estratégia de revalorização profissional e redefinição da identidade profissional. Na generalidade dos dados, registava-se uma preocupação com uma mudança de certos conteúdos profissionais da enfermagem, sendo defendido que o trabalho deveria ser mais social que técnico. Os enfermeiros consideravam-se trabalhadores sociais e destacavam a presença prolongada junto dos doentes e a importância do trabalho desenvolvido com as famílias. Todavia, a existência de diferentes orientações para os cuidados gerava dilemas resultantes das diferenças entre os discursos e as práticas.

### ***Aprender a ser um enfermeiro competente***

Devido ao trabalho mais próximo que desenvolvem com os doentes, os enfermeiros são frequentemente os primeiros profissionais a detectar e identificar mudanças nos estados de saúde, permitindo o desenvolvimento de competências de monitorização e de identificação antecipada dos problemas que, para Patrícia Benner, constituem “a primeira linha de defesa dos doentes” (BENNER, 1984:95).

Contudo, os inquiridos referiram que estas competências nem sempre eram adquiridas na formação inicial, sendo desenvolvidas ao longo das suas vidas profissionais, num processo difícil e demorado que dependia de muitos factores, como o número e o tipo de situações clínicas com as quais os profissionais se confrontavam, do apoio e da confiança das equipas, etc..

Os dados recolhidos também permitiram constatar que os profissionais reconheciam existir diversos níveis de competência profissional, determinados pela experiência e pelas situações vividas ao longo das suas carreiras. O relato que se segue descreve os actos que foram executados por uma enfermeira recém-formada e o que esta sentiu quando, pela primeira vez, se confrontou com uma doente que revelava sintomas que não identificou de imediato. Este trecho relata as dúvidas que esta profissional sentiu quando necessitou actuar numa situação de emergência.

*“Sou chamada ao gabinete de enfermagem para fazer uma admissão. É então que chega à unidade uma senhora de 59 anos de idade. Apresenta discurso incoerente. Está calma, possivelmente foi sedada. Na informação clínica vem o diagnóstico de descompensação psicótica.(...) Algo não está bem. Sou informada que a doente não colabora. ‘Está mole e arrasta os pés’. Tento entrar em diálogo com a doente. Como*

*resposta apenas obtenho um grito estridente, um revirar de olhos e perda dos sentidos. Já no chão detecto que a doente alterna períodos de espasticidade dos membros superiores e inferiores com períodos de relaxamento, quase de flacidez. Penso: ‘Será a isto que chamam de movimentos tónico-clónicos?’ Não tenho tempo para pensar na resposta. A doente está cionosada. Verifico que tem pulso, mas não ventila. Também apresenta os maxilares cerrados. Nesta fracção de segundos, penso: ‘Ensinarão-me isto na escola?’. Não me lembro. Tenho de agir com sangue frio e rapidez. Desobstruí as vias respiratórias. Pelo nariz, ouço o ar a entrar e a sair, bem como através dos dentes semi-cerrados. Bem, já ventila! Os movimentos bruscos continuam. A doente não está consciente. Então, penso: ‘Será a isto que chamam convulsão?’. Não tenho tempo para reflectir porque a doente ventila, mas estranhamente continua com sinais evidentes de cianose. Tenho de agir rapidamente. Todo o material está no andar de baixo. Deixo as devidas instruções às auxiliares e vou buscar o material. Mas, que trazer?(...)’ (Relato 8)*

Na sequência da situação relatada, a inquirida aprendeu a identificar os sintomas que aquela situação clínica implicava e, desta forma, passou a actuar mais rapidamente em casos de emergência. Passou, assim, a agir de forma mais planeada, rápida e eficiente em situações de contingência clínica, tendo desenvolvido uma das competências mais valorizadas pelos enfermeiros.

Se o reconhecimento de momentos nos quais era necessário actuar rapidamente constituía-se numa das primeiras e mais significativas competências que os enfermeiros desenvolviam, muitas situações sugeriram aprendizagens que estavam na origem de outras competências, como a identificação de alterações rápidas nos estados de saúde dos doentes, na gestão das crises clínicas, etc.. Para além dos trechos que ilustram este trabalho, foram obtidos muitos outros relatos relativos ao desenvolvimento de diferentes níveis de competência profissional. Alguns remetiam para situações nas quais os enfermeiros reconheciam as situações clínicas, agiam, mas dificilmente conseguiam explicar as razões pelas quais tinham tomado determinadas decisões. Estas actuações, algo intuitivas, foram descritas sobretudo por enfermeiros com muitos anos de profissão e correspondiam ao perfil do enfermeiro “especialista” (expert na língua inglesa), o último grau de competência profissional apresentado por Patrícia Benner (BENNER, 1984:31-34).

Porém, a ocorrência de numerosos casos que apresentavam características aproximadas, por vezes originava a reprodução de actos previamente definidos, testados com sucesso noutras circunstâncias, sem que fosse elaborada uma avaliação objectiva dos casos com os quais os enfermeiros se confrontavam. Neste sentido, os enfermeiros também relataram diversos acontecimentos nos quais executaram actos rotinizados, e mal sucedidos, que obrigaram a uma re-avaliação das tarefas desenvolvidas. O relato que se segue descreve um acontecimento desta natureza, tendo gerado dúvidas sobre a prática.

*“A noite correu com normalidade, excepto a determinada altura, concretamente às 3 horas da madrugada, quando uma doente, após se ter levantado para ir ao WC, desencadeia uma crise de dispneia. Foi ajudada a sentar-se na cama, foi aumentado o débito de O2 e foi-lhe feita uma nebulização, apenas com soro fisiológico. De início, como já tinha feito isto em noites anteriores e a crise cessou em poucos minutos, pensei que seria uma crise de ansiedade. No entanto, os sintomas não passaram e foi chamado o médico de urgência, que prescreveu hidrocortisona, uma vez que já tinha prescrito prednisolona e aminofilina às 24 horas. Pouco tempo depois, a crise de dispneia cessou. Fiquei preocupada comigo mesma, pois pensei: será que não estarei a duvidar das doentes’. Espero não estar a banalizar os sintomas que as doentes apresentam.” (Diário, doc.14)*

As aprendizagens que permitiam o desenvolvimento das competências dos enfermeiros tinham por base um quotidiano profissional incerto e imprevisível.

Porém, o dia-a-dia nos locais de trabalho era também constituído por numerosas situações que os profissionais conheciam, levando-os a olhar do mesmo modo para determinados acontecimentos e a seleccionar intervenções experimentadas que davam garantias de resultados bem sucedidos. Estes factos levaram os formandos a concluir que a prática profissional apresentava momentos que geravam reflexão, mas também era constituída por numerosas situações semelhantes que obrigavam à repetição de tarefas e processos, não permitindo o desenvolvimento de mudanças de comportamentos e atitudes.

### **Erros**

De uma maneira geral, os enfermeiros integrados nos serviços de saúde, nomeadamente nos hospitais, trabalham em equipas que seguem uma orientação racional da organização do trabalho. Regista-se, assim, a existência de numerosos protocolos e regras para a acção que todos os elementos das equipas devem conhecer e seguir. Todavia, por vezes os enfermeiros agem de outro modo para além daquele que está estabelecido, originando, “infidelidades normativas” (LIMA, 1992-171-172).

De todas as infidelidades normativas relatadas, os erros foram os mais referidos. Os erros foram definidos como actos executados de um modo que não estava de acordo com uma norma previamente definida e aceite. Estes abrangiam enganos na execução de determinadas técnicas e na utilização de materiais, desvios relativamente às regras dos protocolos, etc.. De todos os erros cometidos por enfermeiros, aqueles que estavam relacionados com a medicação foram os mais referidos, como a administração de um medicamento errado, a administração de doses erradas de um medicamento, uma forma menos adequada de administração de um medicamento, a administração do medicamento no momento errado, a medicação administrada ao doente errado (ARNDT, 1994:15).

Tal como a morte de um doente, os erros relacionados com a medicação geraram aprendizagens muito significativas para os enfermeiros, devido ao número de pessoas que envolveram e à responsabilidade dos actos, levando a um maior cuidado na preparação da medicação e à sua administração. Dos dados recolhidos, obtivemos diversas histórias relativas a estes erros, pelo que transcrevemos uma parte de um relato que nos parece significativa, de acontecimentos ocorridos há alguns anos, após uma prescrição médica feita pelo telefone. Destacamos, contudo, que os enfermeiros referiram que situações como estas já não se verificarem, uma vez que se regista a obrigação das prescrições orais só poderem existir em situações de emergência, devendo ser efectuadas na presença do médico e do enfermeiro, ou da restante equipa de enfermagem.

*“Tinha chegado havia pouco tempo ao ex-Centro de Saúde Mental, onde a prescrição da medicação no serviço de urgência era muitas vezes feita pelo telefone. Numa sexta-feira, o médico que se encontrava de urgência telefonou para a sala de enfermagem e mandou administrar ao Sr. Y (...) a medicação H. Ou porque eu estaria a ouvir a conversa do lado, ou por outro motivo que me era alheio, administrei ao doente outro medicamento para o mesmo efeito, mas em dose mais elevada. Não teria grande mal se o doente não tivesse tido reacções extrapiramidais (...). O doente esteve em sua casa seguramente 72 horas em condições de saúde péssimas, sem que a família soubesse o que lhe fazer. Claro que passado algum tempo de administração da medicação, no meu subconsciente surgiram algumas dúvidas que passei ao médico e aí soube que tinha dado a medicação errada. O médico tentou tranquilizar-me, dizendo que eram problemas de quem era novo no serviço (...). O que quero frizar é que a partir desta situação que causou prejuízo ao doente e à sua família, tenho tido cuidados redobrados com os doentes e as terapêuticas.” (Relato 7).*

Para além de erros de medicação, outros acontecimentos relatados surgiram a partir de enganos ou omissões, por exemplo, nas notas de enfermagem. Uma vez que estes registos escritos eram considerados fundamentais para o trabalho desenvolvido pelas equipas de enfermagem e para o próprio funcionamento da organização hospitalar de características burocráticas, as omissões ou os enganos nos registos eram frequentemente considerados erros tão importantes como a administração inadequada de medicamentos.

*“Isto aconteceu no turno da noite. Eu tinha tido um doente com bloqueio que precisava de ser medicado com uma droga, um estimulante cardíaco. Ele tinha uma frequência cardíaca muito baixinha e precisava de fazer aquela droga para manter uma pulsação normal. Era uma situação grave e eu sabia que ele corria perigo de vida. (...) Lá andei de volta dele toda a noite. Tinha tudo muito controladinho. Até que de manhã, nas minhas notas escrevi que o doente estava com alupent, em soro simples a correr x gotas por minuto. Para prevenir uma ausência de ritmo. Na altura em que eu ia passar o turno, o alarme da bomba tocou porque o soro tinha acabado. A empregada ouviu e chamou-me. Eu fui ver. E quando ia a sair, passou o médico. ‘Oh S’tor, o doente do bloqueio...’ ‘Então, prepare as coisas para o pace-maker’ respondeu-me ele. Eu fui a correr, estava na altura de passar o turno, pus o soro e vim para dentro. Não acrescentei nada às notas escritas. Só disse aos colegas que o doente afinal já tinha o soro mudado e estava com o soro simples. E fui embora. Quando voltei no outro dia de manhã para entrar ao serviço, para a passagem de turno, havia uma reunião com o director de serviço. Ele disse que tinha havido um caso de uma paragem cardíaca. Ninguém sabia se se tinha administrado a droga ou não. Que não havia registos. Eu disse: ‘Ó s’tor, realmente foi isso que se passou. Acabou a droga, acabou o soro, eu mudei para o soro simples. Só que realmente eu não escrevi. Não há nada escrito’. Entretanto ele virou-se para a equipa e perguntou se alguém me tinha ouvido dizer que eu tinha posto soro simples. E ninguém ouviu (...). E o médico disse. ‘Apesar dos colegas terem dito que não tinham ouvido, eu acredito em ti!’. (...) Depois eu sai e veio uma colega que me disse que tinha ouvido mas que não tinha dito nada, por causa das colegas. Afinal a situação tinha-se resolvido e para não levantar conflitos e problemas frente às colegas.” (Entrevista I)*

Este último trecho chama-nos a atenção para a importância dos registos escritos na enfermagem na organização do trabalho dos profissionais, mas sobretudo para as características do trabalho em equipa desenvolvido pelos enfermeiros. Neste sentido, destacamos a aparente falta de coesão do grupo de enfermeiros, assim como o peso do poder e do saber médico na definição e no controlo das tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros (CARAPINHEIRO, 1993:130).

## 5. Conclusão

O projecto de investigação “Aprendendo no Local de Trabalho” no qual se integrou a acção de formação mencionada representou a possibilidade de identificar e analisar acontecimentos que nos espaços reservados ao trabalho eram geradores de aprendizagens. A reflexão sobre as aprendizagens desenvolvidas no local de trabalho permitiu-nos constatar que a prática profissional era geradora de conhecimentos e que estes, apesar das mais diversas regularidades no seu exercício, surgiam na sequência de situações que não eram previstas, de problemas, erros e dilemas, mas, também, de momentos de discussão no seio de grupos de profissionais.

Estas aprendizagens ocorriam na sequência de acontecimentos e processos determinados pelas regras formais da organização hospitalar, assim como das regras não-formais e informais. A definição destas regras era influenciada pelos objectivos da organização, assim como pelos objectivos

estabelecidos pelos actores que suportavam as diferentes relações de poder no hospital. Desta forma, as aprendizagens que eram desenvolvidas não eram neutras do ponto de vista político e influenciavam a construção das identidades profissionais dos enfermeiros.

Assim, a partir dos dados recolhidos constatámos a importância do doente na definição de estratégias de valorização da profissão, através da relevância ao papel psico-social atribuído ao enfermeiro e da rentabilização das competências psicológicas e pedagógicas resultantes da presença junto aos doentes (CARAPINHEIRO, 1993).

Estas informações também nos permitiram constatar a existência de diversos conflitos entre os profissionais, nomeadamente entre os enfermeiros e os médicos, por exemplo, através da discordância relativamente a determinadas prescrições. Porém, estes conflitos eram vividos de forma pouco expressa. O necessário trabalho em equipas multidisciplinares e a existência de tarefas de enfermagem dependentes das prescrições médicas, levava à execução dos actos definidos, originando alguns conflitos “mudos”, devido à assimetria nas relações de poder no hospital. Porém, os formandos consideraram que era fundamental construir um corpo de conhecimentos de enfermagem que não fosse periférico relativamente ao saber e ao poder médico.

Se os dados recolhidos permitiram conhecer diversos acontecimentos geradores de aprendizagens, a acção de formação em causa favoreceu a existência de tempos de reflexão sobre os quotidianos profissionais e sobre a enfermagem, tendo sido promovidos o estudo e a valorização dos processos de educação informal na vida de adultos, em particular, nas suas vidas profissionais.

Os participantes foram convidados a discutir as suas trajectórias e sobre os processos de construção das suas identidades profissionais. Os saberes resultantes desta análise estiveram na base do desenho de projectos de intervenção em educação. Esta formação estabeleceu-se, desta forma, enquanto um espaço de discussão, mas também de construção de propostas de acção. Contribuiu, assim, para uma atitude mais reflexiva, esperando-se que possa ter levado à promoção e ao desenvolvimento de processos de emancipação.

## Referências Bibliográficas

- AGGELTON, Peter & CHALMERS, Helen (1986). *Nursing Models and the Nursing Process*. London: MacMillan Press Ltd.
- ALMEIDA, João Ferreira de & PINTO, José Madureira (1975). *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- ARNDT, Marianne (1994). *Nurses' Medication Errors. An Interpretive Study of Experiences*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- ATKINSON, Paul & HAMMERSLEY, Martyn (1994). "Etnography and Participant Observation". In Norman Denzin e Yvonna S. Lincoln, *Handbook on Qualitative Research on Education*. Thousand Oaks: Sage, pp. 248-261.
- BARBIER, Jean-Marie (1991). "Tendences d'évolution de la formation des adultes. Notes introductrices". *Revue Française de Pédagogie*, 97, pp.75-108.
- BENNER, Patricia (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. California: Addison-Wesley Pub. Com.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993). *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- DENZIN, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S. (Edts.)(1994). *Handbook on Qualitative Research on Education*. Thousand Oaks: Sage.
- DUBAR, Claude (1997). *A Socialização*. Porto: Porto Editora.

GARRICK, John (1998). *Informal Learning in the Workplace. Unmasking Human Resource Development*. London: Routledge.

LIMA, Licínio C. (1992). *A Escola como Organização e a Participação na Organização Escolar*. Braga: Universidade do Minho.

LIMA, Licínio C. et al. (1988). *Documentos Preparatórios III. Reorganização do Subsistema de Educação de Adultos*. Lisboa: Ministério da Educação.

GUIMARÃES, Paula (1999). *Aprendizagens e Quotidianos Profissionais. Estudo de Caso de uma Enfermaria*. Dissertação de Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos, do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho (polic.).

PAIN, Abraham (1990). *Éducation Informelle. Les Effets Formateurs du Quotidien*. Paris: Éditions l'Harmattan.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995). *Cuidar e Tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral*. Lisboa: Educa.

SCHÖN, Donald A. (1992). *La Formación de Profesionales Reflexivos. Hacia un Nuevo Diseño de la Enseñanza y el Aprendizaje en las Profesiones*. Madrid: Ediciones Paidós.