

MESTRADO

CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

ESPECIALIZAÇÃO EM

SUPERVISÃO PEDAGÓGICA

**Da supervisão Pedagógica à supervisão
Clínica em Osteopatia.**

José Luís de Almeida Arroio Teixeira



Instituto Superior de Educação e Ciências

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação

Janeiro 2017



Instituto Superior de Educação e Ciências

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS

Provas para Obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação

**Mestrado em Ciências da Educação Especialização em Supervisão
Pedagógica**

Da supervisão pedagógica à supervisão clínica em Osteopatia

Autor: **José Luís de Almeida Arroio Teixeira**

Orientador: **Professor Doutor José Manuel Reis Jorge**

Janeiro 2017

Índice

Abreviaturas.....	III
Resumo	V
Abstract	VII
Introdução	1
Objetivos do estudo.....	5
PRIMEIRA PARTE.....	7
1. A génese e o desenvolvimento histórico do ensino e prática da osteopatia.....	7
1.1. Génese da prática osteopática	7
1.1.1. Síntese de como e onde a osteopatia intervém como um método terapêutico. 15	
1.2. História do ensino Osteopático	17
1.2.1. Desenvolvimento histórico do ensino da osteopatia na Europa	20
1.2.2. Génese da osteopatia e do seu ensino em Portugal, situação actual. 27	
SEGUNDA PARTE.....	33
1. Metodologia	33
2. Supervisão.....	35
2.1. Conceito de Supervisão	35
2.2. Abordagens à Supervisão	37
2.3. Finalidades da supervisão.....	46
3. Práticas de supervisão em osteopatia implementadas em outros países	49
3.1. Inglaterra	49
3.2. Estados Unidos da América	54

3.3. Austrália.....	56
TERCEIRA PARTE	63
1. Competências de supervisão em osteopatia.....	63
1.1. Competências transversais do supervisor	63
1.2. Competências específicas do supervisor enquanto gestor de grupo	65
1.3. Competências específicas do supervisor relativas ao supervisionado	66
2. Os diferentes tipos de contexto físico em que a supervisão ocorre em países com experiência.....	68
3. Uma visão sinótica do ensino da osteopatia e da sua aplicação em diferentes países, e sob diferentes pontos de vista	70
4. Para a melhoria das práticas de supervisão em osteopatia e, por esta via, da prática profissional osteopática.	73
5. Proposta de abordagem à Supervisão em Estágios de Osteopatia em Portugal	89
5.1. Abordagem à supervisão em estágios em Osteopatia em Portugal.....	89
5.2. Responsabilidades do Supervisor em Estágios em Osteopatia	90
Conclusões.....	91
Referências Bibliográficas.....	93
Anexo A.....	97
Original do anexo A	100
Anexo B.....	102
Anexo B.....	103
Original anexo B.....	105
Anexo C.....	107

Original anexo C	111
Anexo D	115
Original anexo C	118

Agradecimentos

Agradeço

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Manuel Reis Jorge do Instituto Superior de Educação e Ciências, pelo seu apoio neste mestrado em Ciências da Educação.

Ao corpo docente deste mestrado, que foi sempre prestável e facilitador da aprendizagem.

Ao meu amigo Prof. Doutor Joaquim Bento, que sempre me apoiou e encorajou.

À Maura Castro, pelo apoio na tradução de documentos em inglês para português.

À minha mãe que sempre me estimulou e apoiou nos estudos.

À minha filha que soube compreender os momentos em que não foi possível estar com ela.

A todos os meus amigos que me apoiaram durante este percurso, e cujos nomes não são aqui referidos.

Abreviaturas

ACSS	Administração Central de Sistema de Saúde
A3ES	Agência de avaliação e creditação do ensino superior
A.M.A	American Medical Association
A.N.O	Associação Nacional de Osteopatas
A.O.A	American Osteopathic Association (Associação Americana de Osteopatia)
A.P.O	Associação de Profissionais de Osteopatia
A.S.O.	American School of Osteopathy (Escola Americana de Osteopatia)
CMA SPDC	Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor
D.O.	Doctor in Osteopathy
F.P.O	Federação Portuguesa de Osteopatas
GOsC	General Osteopathic Council (Conselho Geral de Osteopatia)
I.T.S	Instituto de Técnicas de Saúde
O.B.A	Osteopathy Board of Australia (Conselho de Osteopatia da Austrália)
O.M.M	Osteopathic Manipulative Medicine (Medicina Manipulativa Osteopática)
O.M.T	Osteopathic Manipulative Treatment (Tratamento Manipulativo Osteopático)
OSTEOPAT	Associação Portuguesa de Profissionais de Osteopatia
P.C.C	Professional Conduct Committee (Comissão de Conduta Profissional)
W.H.O	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

Resumo

A osteopatia é uma das especialidades das medicinas alternativas/não convencionais, desde a sua génese passou por longos períodos de vicissitudes, tanto no âmbito da prática como do ensino. Portugal é um dos países que o seu reconhecimento e regulamentação são muito recentes, estamos num momento, em que, a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) aprovou o ciclo de estudos, *licenciatura em Osteopatia*, existindo neste momento Escolas superiores de Saúde e Institutos, com aprovação para desenvolverem essas licenciaturas. Em suma, encontramos num momento, que a supervisão assume um papel crucial na formação dos futuros profissionais. Neste contexto exige-se para o supervisor competências que permitam uma articulação eficaz entre a escola nova e o ambiente profissional existente, com funções igualmente educativas, mediatizadas pela instância de supervisão, assumindo uma dimensão verdadeiramente pedagógica, *i.e.*, educativa.

Palavras-chave

Supervisão, Pedagogia, Osteopatia, Clínica

Abstract

Osteopathy is one of the specialties of alternative/ unconventional medicines. Since its origins it has gone through long periods of ups and downs, both in scope of practice and in teaching. Portugal is one of the countries where its recognition and regulation happened very recently with the accreditation by the Agency for the Evaluation and Accreditation for Higher Education (A3ES) of programmes of study in Osteopathy offered by health colleges and institutes. In the present context supervision plays a crucial role in the training of future professionals. It is thus important that supervisors develop the supervisory skills that allow effective articulation between the new schools and the existing professional environments that also have educational functions and a pedagogical dimension.

Keywords

Supervision, Pedagogy, Osteopathy, Clinic

Introdução

A pertinência do estudo que nos propomos desenvolver decorre da importância da problemática envolvida.

A osteopatia, em Portugal, encontra-se ainda num estado ainda embrionário.

Enquanto prática clínica, já existe há vários anos à margem de qualquer regulamentação oficial, quer do exercício da profissão, quer das habilitações dos praticantes.

Em países como os Estados Unidos da América e o Reino Unido, a osteopatia, depois de passar por longos períodos de vicissitudes, foi-se consolidando e adquiriu já um estatuto de maturidade compatível com o reconhecido prestígio de instituições como a escola americana *The Kirksville College of Osteopathic Medicine*, fundada em 1892 e a escola inglesa *The British School of Osteopathy*, criada em 1917.

Em Portugal, em 2000, surge o projecto de lei n.º 320/VIII, intitulado Lei do enquadramento base das medicinas não convencionais, na sequência do relatório do Parlamento Europeu de 1997, recomendando aos países membros que procedam ao reconhecimento, regulamentação e harmonização das medicinas não convencionais.

Assim, o reconhecimento da osteopatia como medicina não convencional ocorre em 2003, através da Lei 45/2003, de 22 de Agosto. Esta legislação estipula a aprovação e regulamentação suplementar que a Administração Central do Sistema de Saúde, em colaboração com outras entidades, como a Direção-Geral da Saúde, a Direção-Geral do Ensino Superior e a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, já concluída, estabelecendo as condições de acesso à profissão de osteopata e salvaguardando a segurança dos pacientes. Todavia, a essa regulamentação instituída através da Lei 71/2013 de 2 de Setembro, só foi publicada em 2015.

Assim, a formação dos osteopatas que se nos apresentam actualmente em Portugal é diversa e variada, contrastando com a legislação em vigor e com modelos vigentes em países em que a osteopatia atingiu um nível mais elevado de desenvolvimento. Cabe, pois, em relação à componente prática / estágios, analisar e contrastar a documentação existente em Portugal com estudos documentados, realizados em países em que a regulamentação da osteopatia já contempla, há muito, a prática da supervisão clínica.

Com efeito, na preparação dos formandos para exercer a profissão, em Portugal, até há poucos anos, não havia estágios.

Os centros de estágios surgiram muito recentemente. Os alunos concluíam os cursos e a única experiência de aplicação prática concretizava-se com os seus pares. Assim, a preparação dos futuros profissionais de osteopatia, não incluía o contacto direto com pacientes, como também não existia o estatuto funcional de supervisor.

Só muito recentemente surgiram estágios institucionalmente supervisionados - no Instituto de Técnicas de Saúde, que começou a desenvolver essa componente prática nos seus cursos, através da criação de centros de estágios, com supervisão por osteopatas diplomados e com experiência, e onde o público em geral tem acesso a tratar-se com osteopatia, promovendo-se o contacto directo com situações clínicas autênticas, e com garantia da supervisão.

Em suma, encontramos-nos num momento crítico, de significativas alterações: as escolas passarão a organizar os cursos de formação de osteopatas de acordo com a nova legislação em vigor, em relação à composição disciplinar dos planos de estudos, e ao grau académico mínimo (licenciatura). Todavia, entre esta nova formação e os meios e práticas clínicas anteriores, a supervisão pedagógica/clínica assume um papel crucial de ligação entre as duas instâncias que participam na formação dos futuros profissionais: por um lado, os novos cursos com composição curricular decorrente da nova legislação; por outra parte, uma realidade clínica que antecede e se encontra desfasada em relação à nova legislação, já que não se constituiu com base nessa mesma legislação. Neste contexto, exige-se para o supervisor competências que permitam uma articulação eficaz, nesta descontinuidade, por forma, a que o estágio seja um espaço colaborativo entre a nova escola e o ambiente profissional existente, com funções igualmente educativas, mediatizadas pela instância de supervisão. Neste contexto, a supervisão assume uma dimensão verdadeiramente pedagógica. *i. e.*, educativa.

Pelas razões acima referidas, o estudo que nos propomos desenvolver centra o seu objeto na supervisão. Em Portugal, o contributo mais relevante no domínio da reflexão teórica sobre a supervisão profissional advém do quadrante da formação de professores, como atestam os trabalhos de autores como Alarcão e Formosinho, dedicados à supervisão pedagógica.

Alarcão e Tavares (2003) referindo-se a esta transposição dos instrumentos teóricos e conceituais para outras áreas, como a enfermagem e a medicina, anotam que «*Embora o nosso enfoque seja colocado na formação de professores, por ser fundamentalmente este o campo em que temos praticado supervisão, reconhecemos a pertinência da sua transferência para outros campos profissionais*» (2003, p. 16).

Assim, também nos propomos, neste estudo, partir das concepções teóricas referidas para a definição de conceitos e modelos de supervisão aplicáveis à formação de osteopatas.

Objetivos do estudo

Com este estudo pretendemos contribuir para a delimitação funcional da supervisão, no contexto da formação de profissionais em osteopatia, em Portugal, através da concretização dos seguintes objetivos:

- analisar, em diferentes países, as respetivas propostas de implementação da supervisão em osteopatia;
- identificar as competências que, de acordo com a literatura especializada, devem cair no âmbito da supervisão, no domínio em estudo;
- identificar os diferentes tipos de contexto físico em que a supervisão ocorre, em países com mais experiência de formação em osteopatia;
- obter, através da pesquisa, uma visão sinótica do ensino da osteopatia e da sua aplicação em diferentes países, e sob diferentes pontos de vista;
- contribuir, através da consecução dos objetivos anteriormente enunciados, para a melhoria das práticas de supervisão em osteopatia e, por esta via, da prática profissional osteopática.

PRIMEIRA PARTE

1. A génese e o desenvolvimento histórico do ensino e prática da osteopatia

1.1. Génese da prática osteopática

A osteopatia surgiu no último quartel do século XIX e início do século XX, nos Estados Unidos da América, com *Andrew Taylor Still* (doravante referido, neste trabalho, por *Still*). Seu pai, Abram Still, exerceu decisiva influência sobre Still. Médico e fazendeiro, também era pregador metodista itinerante e, para além dos sermões que fazia, também assistia pessoas doentes. Quanto aos filhos, educou-os para torná-los médicos. (A.O.A., 2006).

De 1848 até 1851, Abrão Still foi designado para liderar as missões indianas metodistas em Kansas; em 1853, Still, mudou-se, com a esposa e filhos, para junto de seu pai e, nessa região, conviveu com os índios, tendo sido nessa fase da sua vida que decidiu exercer medicina. Era prática comum um médico aspirante, para além de estudar em livros de medicina, treinar com um médico mais experiente. No caso de Still, beneficiava do privilégio de praticar ao lado de seu pai.

Como referimos, Still tomou, assim, contato com a medicina indígena. Por isso, na sua autobiografia são referidos numerosos casos de dissecação de corpos indígenas exumados. Vários autores, como Maria Luísa Correia (Correia, 2005), colocam em destaque a importância dessa convivência com os indígenas para o aprofundado conhecimento de anatomia que Still revelava.

A ciência moderna e os métodos de investigação ainda não haviam surgido. Por isso, a medicina era uma atividade relativamente artesanal, com reduzido número de medicamentos comprovados e a generalidade dos médicos, sobretudo nas regiões fronteiriças, começavam como auxiliares de outros médicos e o seu estudo incidia, principalmente, nos domínios da anatomia e fisiologia.

Vários autores, quando se referem a esta medicina praticada no século XIX, (Correia, 2005), sublinham que o ensino médico era precário e sem regulamento, e que a medicina ortodoxa americana, no século XIX, se encontrava dividida, e sem consenso, tanto em relação às práticas adotadas, como ao conhecimento considerado relevante.

Assim, as escolas eram bastante precárias, não dispoño, geralmente, nem de laboratórios, nem de bibliotecas, para além de ser rara a instrução clínica realizada instituições hospitalares

A partir da obra de Carol Trowbridge, *Andrew Taylor Still 1828–1917* (Trowbridge, 1991), podemos sumariar alguns aspetos relevantes da formação médica de Still.

Praticava medicina com seu pai desde 1849, aprendendo com ele (como a maioria dos médicos americanos que aprendiam com outros médicos mais experientes). A duração média deste processo de formação era de aproximadamente dois anos. Durante esse período, o médico estudante preparava medicamentos, observava os pacientes e aprendia a terapia. Esta prática acompanhada era completada pelo estudo de livros de medicina. O médico estudante deveria desenvolver também as capacidades de observação, de recolha da história natural, e especialmente, do conhecimento do meio familiar do paciente, e do clima local. Em suma, tratava-se de uma educação informal, comum no século XIX. (Trowbridge, 1991, p. 53).

Still, dedicou 30 anos da sua vida ao estudo e análise de todo o conhecimento sobre o corpo humano de que se dispunha. Também frequentou um curso universitário de Medicina, na cidade de Kansas, estado de Missouri.

Still pôde exercer a profissão médica no período, que o processo de regulamentação da medicina nos E.U.A., ainda estava em vias de implementação. Esse espaço de fronteiras ainda pouco estabelecidas foi fundamental para o surgimento da osteopatia e o florescimento de outras seitas irregulares. (Correia, 2005, p. 14).

Entretanto, iniciava-se a guerra civil americana, conhecida como a guerra da Secessão (1861-1865), durante a qual as forças do norte (industrializado e baseado no trabalho livre) enfrentavam as forças do Sul dos E.U.A. (considerado mais agrário, atrasado e escravizador).

Nessa altura, “Still alistou-se no exército da União, em Setembro de 1861, em Fort Leavenworth, no estado do Kansas, chegou a capitão desse exército de confederados, e foi nomeado cirurgião assistente” (Trowbridge, 1991. p. 132)

A experiência em cirurgia que Still foi adquirindo permitiu-lhe observar e analisar aspectos fundamentais da anatomia e fisiologia dos ossos e suas interligações; nomeadamente, com o sistema vascular e o modo como ele percorre o corpo humano. Nesta perspetiva, o corpo humano é considerado uma máquina, um sistema mecânico, sujeito a leis físicas, sendo relevante considerar as tensões devidas à sobrecarga mecânica (Trowbridge, 1991).

Inspirou-se e desenvolveu a sua filosofia, também com base em outros pensadores, como Descartes, que desenvolveu a conceção dualista mente - corpo, a qual abre caminho para que o corpo humano seja estudado e explorado segundo o paradigma mecanicista.

Considerando que as alterações físicas ocorrem por incidência de forças mecânicas, “respiração, circulação, absorção, secreção; as contrações musculares envolvem alteração química, mudança de temperatura e outras, essas modificações estruturais e fisiológicas, vão provocar libertação desnecessária de energia no organismo.” (Trowbridge, 1991, p.134)

Esta concetualização sobre o corpo humano inspira-se também na "medicina fisiológica", proposta pelo, médico francês Victor Broussais. Assim, Still observou aderências, restrições de movimento e congestão dos órgãos doentes, de acordo com o médico francês Victor Broussais.

a vida era devida a estímulos externos ou internos; por isso, quando os órgãos são estimulados ou se verificam abusos por qualquer comida, drogas, meio ambiente, incluindo o psicológico, ocorre a doença. Através da autópsia, as subconsequentes irregularidades funcionais que resultam das lesões anatómicas. (Trowbridge, 1991, pp.134:135).

Still procurou um meio não cirúrgico de quebrar essas adesões, restaurando o movimento e, finalmente, aliviando esse congestionamento. Com muitos anos de prática, ele acabou por desenvolver um meio de libertar os tecidos, melhorar a mobilidade, restaurando no corpo a sua normal fisiologia, usando apenas as mãos, doravante, “Still cria uma concepção mecanicista do ser humano que se baseia na ideia de que o estado patológico decorre de alterações na estrutura anatómica, capazes de afetar o funcionamento do organismo.” (Correia, 2005, p. 57)

A importância que Still dava à estrutura anatômica disfuncional e seus efeitos sobre a fisiologia, começou a desenvolver o porquê de muitos sintomas, que eram muitas vezes, uma manifestação de nervos irritados, por processos fisiopatológicos, gerados pelo acúmulo de fluidos, congestão e inflamação:

A doença é qualquer coisa anormal no corpo, quer seja uma excrescência de um músculo, de uma glândula, de um órgão, uma dor física, um entorpecimento, uma febre, um resfriado ou qualquer outra coisa que não é necessária à vida e ao conforto. (Correia, 2005, p. 57)

No final da guerra, Still regressou a casa para iniciar a sua vida civil; contudo, neste regresso à sua nova vida, não foi feliz, devido a uma epidemia de meningite cérebro-espinal que atingiu a fronteira do Missouri onde milhares de pessoas morreram, incluindo três dos seus filhos; mais tarde, um outro filho do seu segundo casamento veio também a morrer, em consequência de uma pneumonia. Still coloca em questão a eficácia da medicina do seu tempo:

eu tinha então uma grande confiança na honestidade do meu pastor e dos médicos, e eu não tinha perdido essa confiança. Deus sabe que eu acreditava que eles fizeram o que eles pensaram ser o melhor. Eles não negligenciaram jamais seus pacientes e eles lhes deram os medicamentos, juntando de novo, mudando, esperando atingir aquilo que poderia desfazer o inimigo; mas foi pura perda. (Correia, 2005, p.26).

Foi após estas tragédias que Still retomou os seus estudos, perante o vazio de recursos médicos existentes, procurou melhorar os seus conhecimentos médicos, sendo que “mais tarde, após a Guerra Civil, frequentou, na cidade de Kansas, a escola de médicos e cirurgiões; porém, ficou desiludido com os ensinamentos e não retornou para seu diploma.” (Trowbridge, 1991, p. 96).

Todos estes factos geraram em Still um estado emocional que o induziu a dedicar a sua vida ao desenvolvimento de uma doutrina, segundo a qual a saúde humana depende da estrutura, porque esta governa a funcionalidade do corpo humano, contribuindo com uma visão alternativa à existente, propondo, posteriormente, como já foi referido, a aplicação das mãos, *i. e.*, manipulações terapêuticas, com a finalidade de corrigir a estrutura anatômica alterada, harmonizando a fisiologia.

As condições da história americana daquele momento, nomeadamente, a indefinição da regulamentação da medicina e o movimento de expansão do oeste facilitaram a liberdade de expor outras teorias terapêuticas, e de reflexão e criação de outros meios terapêuticos.(Correia, 2005)

A força das terapias alternativas, nas regiões de fronteira, alia-se aos défices existentes na medicina ortodoxa, e faz do Oeste um dos grandes centros de atração daquelas terapias, baseadas em filosofias heterodoxas.

Still procurou reformar as práticas médicas existentes no século XIX, criou a designação *Osteopatia* através da combinação de duas palavras de origem grega, *osteon*, que significa osso e *pathos*, que significa sofrimento, com a finalidade de traduzir a sua conceção de que a doença e a disfunção fisiológica tinham como base etiológica, disfunções músculo-esqueléticas. Assim, através do diagnóstico e tratamento do sistema músculo-esquelético, ele acreditava que os médicos poderiam tratar grande diversidade de doenças e poupar os pacientes aos efeitos secundários negativos dos medicamentos.

A partir da obra, *Fundamentos de medicina osteopática*, editado pela *American Osteopathic Association* (2006, p. 10), podemos destacar alguns aspectos que configuram a filosofia e práticas osteopáticas:

A Osteopática consiste em conhecimentos precisos que permitem relacionar estrutura e função do mecanismo humano, anatómico, fisiológico, incluindo a química e física dos seus elementos. As leis da natureza do próprio organismo, acionam recursos terapêuticos que potenciam a homeostase, de acordo com seus próprios princípios e seus métodos de intervenção. Assim, são recuperadas as actividades moleculares e processos metabólicos alterados, deslocamentos, desordens, disfunções da doença, sendo assim restabelecido o equilíbrio normal de uma situação de saúde e força vital (A.O.A., 2006, p. 10).

Com o surgimento dos laboratórios, a medicina regular ganha uma nova base de comprovação científica. O desenvolvimento das análises laboratoriais e outros métodos clínicos incrementaram consideravelmente a formulação dos diagnósticos, assim como o aparecimento de medicamentos como a penicilina, começaram a propiciar aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes. Os enormes progressos alcançados nas ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos

desenvolvimentos tecnológicos, foram redirecionando, cada vez mais, a formação e a atuação do médico regular, modificando também sua escala de valores.

As drogas começaram a ser a recurso terapêutico mais utilizado, com o objectivo de aliviar o sintoma; a causa deixou de ser o foco da medicina convencional. Mas todas as drogas têm efeitos secundários, e o combate desses efeitos apela para outras drogas, numa sequência interminável. Assim, atualmente, temos uma grande percentagem de pessoas dependentes de drogas. Através da nossa experiência da prática osteopática, pudemos verificar que existe grande número de pessoas com sintomas de dor física, sintomas que foram sendo aliviados com anti inflamatórios, e que, com o decorrer do tempo, agravam a causa que está a produzir a inflamação originalmente detetada. No caso bloqueio articular, por exemplo, a osteopatia intervém, corrigindo esse bloqueio através da manipulação mecânica, eliminando, deste modo, a inflamação desencadeada sem recurso a drogas anti-inflamatórias, que têm sempre efeitos secundários indesejáveis.

No entanto, os laboratórios e inovações medicamentosas, tiveram e têm as soluções para os sintomas, favorecendo grandes grupos económicos, ignorando que o organismo humano, tem a capacidade de auto-cura, homeostase.

Por seu turno, a osteopatia sempre assentou em bases empíricas de validação. Através da melhora de seus pacientes, Still deu um contributo á medicina, com uma outra visão e outro método de tratamento, sem drogas.

De acordo com Steve (2009), a osteopatia descreve o percurso patológico como obstrução, desgaste, deterioração e morte, contudo, o osteopata deve estudar e saber a exata construção do corpo humano, a localização exata de cada osso, nervo, fibra, músculo e órgão, a origem, o curso e o fluxo de todos os fluidos do corpo, as múltiplas inter-relações e a função que cada um tem para executar em perpetuar a vida e a saúde. Além disso, deve ter a capacidade para poder detetar a localização exata de cada obstrução aos movimentos regulares desta grande maquinaria da vida. (Paulus, Steve, 2009).

Still refere, por seu lado, que o osteopata deve ter uma atenção especial pelo ajuste da *serpente óssea*, para que,

“as artérias possam levar todas as impurezas, o que condiciona a renovação; [...] para que os nervos [...] possam ser livres e não obstruídos para aplicar as forças da

vida e do movimento a todas as divisões e todo o sistema do laboratório da natureza”. (Correia, 2005, p.28)

A normalização do funcionamento da coluna poderá libertar as tensões das raízes nervosas, transmissoras das forças da vida.

Still defende estas teses mecanicistas, apesar de ter conhecimento das pesquisas sobre o papel dos microrganismos na geração das doenças. Mas baseia-se na sua experiência para estender a aplicação da osteopatia a todas as enfermidades. Os resultados que obtém levam-no a crer que a sua conceção etiológica das doenças fundamenta um novo princípio de cura:

Após 25 anos de observação precisa e de experimentações, eu conclui que não existem as doenças tais como a febre, a desinteria, a difteria, o tifo, a tifóide, a pneumonia, ou todas as outras febres, classificadas na rubrica comum, as febres ou reumatismos, ciática, gota, cólicas, doenças hepáticas, urticária e crupe, e assim em seguida, até o fim da lista, não existem enquanto doenças. Todas, separadas ou combinadas, são somente efeitos da excitação dos nervos que controlam os fluidos de uma parte ou de todo o corpo. (Correia, 2005, p. 28)

A osteopatia não se limita a ajustar somente os ossos, como a respetiva denominação poderia sugerir. Aplica outras manipulações, não esqueléticas, como as viscerais, ajudando o organismo a reagir, e. g., às obstruções intestinais,

ajustando as vísceras, ele esvazia os intestinos de matéria fecal, duras ou moles que não saem porque encontram obstruções mecânicas causadas por posições anormais dos intestinos, provocadas por fortes tensões, que forçam os intestinos a [colocarem-se desta forma] no abdómen. (Correia, 2005, p. 29)

Segundo Still, a osteopatia procurava manter o corpo em movimento e em funcionamento, para resolver muitos problemas que a medicina convencional, não conseguiu solucionar e ainda não consegue.

Os conceitos e técnicas osteopáticas depararam-se sempre com uma considerável oposição, ainda que a Associação Médica Americana se tenha interessado em transpor essa filosofia para a medicina convencional.

Apesar das dificuldades, Still nunca desistiu de implementar e desenvolver a sua filosofia, como é sublinhado na obra *Fundamentos de medicina osteopática*:

Após uma década de estudo, em 1874 Still "flamejante filho de bandeira osteopatia"(A.O.A., 2006, p. 22). Ele não disse exatamente o que isso significava, talvez uma decisão, talvez um súbito lampejo de pensamento criativo, mas foi seguido por tentativas de apresentar as suas conclusões na Universidade Baker, uma instituição que sua família havia ajudado a fundar. Ele não conseguia encontrar o público. Para piorar a situação, ele foi expulso da argumentação da Igreja Metodista com que somente Cristo foi permitido para curar pela imposição das mãos. A inscrição para que a experiência ainda deixa claro que sua "imposição das mãos"(A.O.A., 2006, p. 22) foi uma manipulação terapêutica.

Com dificuldade em encontrar aceitabilidade das populações, procurou novas localidades para exercer a sua medicina. Finalmente, em 1875, começou a encontrar alguma aceitação, suficiente para abrir um consultório na cidade de Kirksville. Aí constrói a sua reputação de médico, com base num sistema de medicina que não assentava em drogas, mas na manipulação. Em 1885, a oficialmente designada *osteopatia*, era capaz de curar muitos casos aparentemente sem esperança.

Como acima anotámos, Still sustenta que os médicos deveriam focar-se na origem da doença e não apenas nos sintomas. Para além disso, foi também um dos primeiros médicos a promover o conceito de medicina preventiva.

1.1.1. Síntese de como e onde a osteopatia intervém como um método terapêutico.

A O.M.S - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) desenvolveu para a osteopatia abordagens para a manutenção da saúde e tratamento da doença, destacando os princípios explicitados no documento, *Benchmarks for training in traditional/ complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy* (W.H.O., 2010):

- o ser humano é uma unidade funcional e dinâmica, cujo estado de saúde é influenciado pelo corpo, mente e espírito;
- o corpo possui mecanismos de auto-regulação e, naturalmente, é auto-restaurável;
- estrutura e função são inter-relacionadas em todos os níveis do corpo humano.

Neste contexto, os praticantes de osteopatia incorporam a actual medicina e o conhecimento científico, para o atendimento do paciente, aplicando os princípios osteopáticos acima descritos; destaca-se a competência de reconhecer os sinais e sintomas clínicos dos diferentes pacientes, como consequências da interacção de muitos factores físicos e não-físicos e da inter-relação dinâmica desses factores; enfatiza-se a importância da relação médico-paciente no processo terapêutico, *i. e.*, os cuidados de saúde centram-se no paciente, em vez de se centrarem na doença.

O diagnóstico estrutural e tratamento manipulativo osteopático, são componentes essenciais da osteopatia; o tratamento foi desenvolvido como um meio de facilitar os mecanismos normais de corpo de auto-regulação e auto-cura, atuando nas áreas de tecido em tensão, estresse ou disfunção que possam impedir o bom funcionamento dos mecanismos neurais, vasculares e bioquímicos.

A aplicação prática desta abordagem baseia-se em cinco modelos: biomecânico, respiratório/circulatório, neurológico, biopsicossocial, bioenergético, (Anexo A), assentando na relação estrutura-função; os modelos complementam-se para reunir informação, com a finalidade de estruturar um diagnóstico e interpretar o estado geral do paciente, perante a recolha desses resultados neuro-músculo-esqueléticos.

A osteopatia não se limita ao diagnóstico e tratamento de problemas músculo-esqueléticos, nem enfatiza o alinhamento articular e evidências radiográficas de relacionamentos estruturais. Dá ênfase à biomecânica e ao modo como os sistemas músculo-esqueléticos são integrados, numa visão holística.

A aplicação terapêutica é concretizada através de técnicas de manipulação. Embora as técnicas manuais sejam usadas por outras profissões de terapia manipulativa, o modo original como as técnicas manipulativas osteopáticas são integrados no tratamento do paciente e são distintas na duração, frequência e escolha da técnica, existindo vários tipos de técnicas manipulativas osteopáticas.

1.2. História do ensino Osteopático

Still procurou aceitabilidade mudando-se para Kirksville, onde a sua atividade clínica começou a sucesso o seu consultório começou a ter mais pacientes do que ele poderia suportar. Treinou então os filhos e outras pessoas que mostraram interesse em aprender para, mais tarde, o poderem coadjuvar, na sua atividade. Como surgiram bastantes candidatos à aprendizagem dos seus métodos, foi incentivado a fundar uma escola, denominada como Escola Americana de Osteopatia (A.S.O.) fundada em Kirksville, em 1892.

A primeira turma concluiu a formação em 1894. O curso teve a duração de dois anos, cada um com dois períodos letivos de cinco meses. Além do estudo da anatomia, os alunos trabalharam na clínica sob a supervisão de profissionais experientes, Still apenas no começo, depois alguns graduados. (A.O.A., 2006, p.23)

A escola tornou-se num enorme sucesso e, após os dois anos do primeiro curso, foi mudada para um prédio mais recente. Em 1895, abriu com mais espaço e condições para o estágio em clínica. Em 1897, foi necessário adicionar mais salas, triplicando o tamanho do edifício original. (ATSU, 2012)

Mais de 30.000 tratamentos osteopáticos foram administrados em 1895. Estima-se que, havia mais de 400 pessoas que tinham vindo a Kirksville para serem tratadas. A estrada ferroviária de Wabash aumentou para mais quatro o número de comboios de passageiro diários a Kirksville.(ATSU, 2012)

Em 1914, Still, com 89 anos, ainda permaneceu ativo na Escola Americana de Osteopatia (A.S.O.). Após o seu falecimento, em 1917, vários foram os seguidores que deram continuidade à filosofia de Still, como, J. Martin Littlejohn, Irvin Korr, Burns, Cole, e Denslow. “Um exemplo de evolução foi o seu deslocamento da tônica inicial e praticamente exclusiva na anatomia [...] para a integração de conceitos neurofisiológicos e neuroendócrinos” (A.O.A., 2006, p. 9).

Foi com Littlejohn, um dos alunos de Still, que a osteopatia conheceu uma outra visão. LittleJohn confrontou Still com uma visão oposta, defendendo que, numa teoria mecânica para a origem das doenças, a função é que rege a estrutura, e não o contrário,

como foi sempre fundamentado e ensinado, por Still. Foi esta divergência, a razão por que Littlejohn se afastou de Still, propondo uma abordagem mais fisiológica da osteopatia, baseada em técnicas indirectas, ao contrário da abordagem estrutural, que utiliza técnicas directas.

Um outro aluno de Still, William Garner Sutherland, nascido nos Estados Unidos da América, graduou-se em Doctor of Osteopathy pela American School of Osteopathy, em Kirksville, em 1900, constatou a mobilidade dos ossos do crânio à nascença e ao longo da vida do ser humano, tendo publicado um artigo sobre a Osteopatia Craniana em 1930 e em 1939 “*The Cranial Bowl*”. (Sousa, 2010b)

Foi o primeiro osteopata a descrever, um movimento de forma rítmica, dos ossos do crânio. Mais tarde, registou este movimento em todos os tecidos do corpo e verificou que este movimento causa mudança nos tecidos disfuncionais, tendo-o denominado *respiração primária do corpo*.

Esta abordagem craniana no seio da filosofia Osteopática, conduziu, mais tarde, à fundação da *Sutherland Cranial Teaching Foundation*, Inc, por Sutherland, dedicada ao ensino da Osteopatia Craniana.

Outros graduados da A.S.O (em Kirksville), começaram a fundar novas escolas em todo o país, como também, começaram a criar outras teorias que contrariavam as originais.

Entre as novas escolas fundadas pelos primeiros alunos da A.S.O., algumas tiveram curta existência, por não haverem cumprido as normas exigidas pela A.O.A. (American Osteopathic Association), outras fundiram-se com instituições mais fortes e sobreviveram no seio de uma nova organização; As escolas que sobreviveram tiveram que suportar, exigências da A.O.A.

Abraham Flexner foi um educador conhecido pelo seu papel na reforma da medicina do século XX e do ensino superior na América e no Canadá. Em 1908 publicou uma avaliação crítica do sistema educacional do Estado Americano e em 1910, publica o relatório auto-intitulado, *Flexner*, o que provocou a reforma do ensino médico nos E.U.A. e Canadá. Na sequência deste relatório, é impedida de novas escolas de osteopatia.

Apesar de a osteopatia surgir como movimento de revitalização médica durante o século XIX, nos E.U.A., foi obrigada a convergir com a biomedicina, tanto conceitualmente como terapeuticamente.

Como nos informa a obra *Fundamentos da medicina osteopática*, (A.O.A, 2006, p. 25), em 1910, apenas oito das primeiras escolas osteopáticas seguiam o seu trabalho. Algumas sobreviveram à transição do século XIX para o século XX:

Segundo a obra supra citada, (A.O.A., 2006, p. 25) sobreviveram cinco escolas originais credenciadas:

- - *Kirksville College of Osteopathic Medicine*, sucessora da primeira escola (1892)
- *Philadelphia College of Osteopathic Medicine* (1898)
- *Chicago College of Osteopathic Medicine na Midwestern University* (1900)
- *University of Health Sciences, College of Osteopathic Medicine, Kansas City* (1916) (havia uma escola osteopática em Kansas, em 1895)

- *Des Moines University, College of Osteopathic Medicine and Surgery* (1905) (já tinha havido uma escola em Des Moines, em 1898). (A.O.A., 2006, p. 25)

Em 1930, através de uma transição faseada, a profissão do osteopata americano adoptou um modelo de ensino designado como medicina osteopática, incorporando todas as práticas convencionais de diagnóstico e terapêutica da medicina, incluindo a cirurgia, a farmacologia e a obstetrícia. Assim, todos os formandos de faculdades ou universidades de osteopatia nos Estados Unidos são Licenciados em medicina osteopática e são reconhecidos internacionalmente como *Doctors in Osteopathy*, *D.O.* ou *Doctors in Osteopathic Medicine*.

A medicina Osteopática foi ganhando credibilidade e melhorando o seu ensino, passando sempre por impedimentos, como é natural, numa nova profissão.

Nos Estados Unidos da América, a osteopatia e a quiroprática são bastante populares, existindo 17 escolas de medicina osteopática e 12 de quiroprática com nível de licenciatura. Existe o “integrado no governo americano, que fundou os

Institutos Nacionais de Saúde (National Institutes of Health) em 1992. (Sousa, 1998, p. 64)

1.2.1. Desenvolvimento histórico do ensino da osteopatia na Europa

A osteopatia criou raízes na Europa, pela mão de John Martin Littlejohn (1865-1947), ex-aluno de Still, escocês, nascido em Glasgow, na Escócia (Trowbridge, 1991).

Littlejohn estudou artes, teologia e línguas orientais na Universidade de Glasgow e em 1892 emigrou para os Estados Unidos para obter o Doutoramento em filosofia, na Columbia University, em Nova Iorque (Trowbridge, 1991).

Como sofria de problemas crónicos da coluna cervical, Littlejohn, aproveitando a sua estada em Nova Iorque, foi consultar Still, em Kirksville. Interessou-se, então, pela *osteopatia*, começou a estudar com o Still, na *American School of Osteopathy* e, nos anos de 1898 e 1899, foi um dos braços direitos de Still, tendo estudado anatomia e fisiologia também com o Dr. Mckendrik, fisiologista de grande reputação, na época (Trowbridge, 1991).

Em 1900 Littlejohn, sai da escola de Still e abre o *American College of Osteopathic Medicine and Surgery*, em Chicago, e estuda medicina nos colégios de *Dunham e Hering*, recebendo o diploma de Doutor em Medicina. Em 1913 regressa à Inglaterra.

Ao regressar dos Estados Unidos, implantou e desenvolveu a osteopatia no Reino Unido, abrindo a primeira escola de osteopatia fora dos Estados Unidos, em Londres, em 1917, a *British School of Osteopathy*. Em 1947, ano da sua morte, deixa a osteopatia, no Reino Unido, bem consolidada, em relação à sua filosofia e ensino (Trowbridge, 1991).

Contudo, os osteopatas do Reino Unido só viriam a obter o reconhecimento oficial do governo com a aprovação do “*Osteopaths Act*” (ato de osteopatas) em 1993, ano no qual se iniciou a integração das medicinas não convencionais no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, com o “*General Osteopathic Council (GOsC) Ordem dos Osteopatas a regulamentar a profissão. Esta ordem é composta por 24 membros, dos quais 3 são representantes do Secretário de Estado da Educação*”. (Sousa, 1998, p. 108)

No Reino Unido, actualmente, os osteopatas são profissionais de saúde regulamentados e somente um membro da entidade reguladora pode usar o título de osteopata. Neste momento, existem seis colégios que formam osteopatas, no Reino Unido:

The British College of Osteopathic Medicine;

The British School of Osteopathy;

The College of Osteopaths;

The European School of Osteopathy;

The London School of Osteopathy;

The Swansea University.

Todos estes colégios formam Osteopatas em 4 anos, havendo alguns que formam em 5 anos quando o curso é em *part-time*. Todos eles como não são universidades, revalidam os seus cursos em universidades inglesas com o grau de Master in Osteopathy (M.Ost.), ou seja Mestre em Osteopatia uma vez que não existe o B.Sc.(Hon) in Osteopathy, desde 2013.

A osteopatia expandiu-se para diversos outros países da Europa e do resto do mundo, como, Bélgica, França, Alemanha, Suíça, Austrália, Nova Zelândia, Japão, Israel, Rússia e Brasil. Os osteopatas que ainda não obtiveram reconhecimento oficial nestes países têm trabalhado para o obter.

A situação na Europa encontra-se num movimento favorável: o Parlamento Europeu, em 27 de Outubro de 1994, comunicou o envio da proposta sobre o estatuto das medicinas não convencionais, apresentada nos termos do artigo 45º do Regimento, à Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor (CMASPD), competente quanto à matéria de fundo, e à Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, bem como à Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais, encarregadas de emitir parecer. Em 6 de Março de 1997, foi publicado pelo Parlamento Europeu o relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais, apresentada nos termos do artigo 45º do Regimento, à Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor do parlamento Europeu.

Os motivos que levaram a esta exposição são vários (CMASPDC, 1997), sendo oportuno salientar os seguintes:

- Os inquéritos à opinião pública efectuados em diferentes Estados-membros da União Europeia confirmam, se necessário fosse, o interesse cada vez maior dos cidadãos pelas medicinas não convencionais. Nos países em que existem estatísticas disponíveis, as medicinas não convencionais são utilizadas por 20 a 50% da população.
- Este interesse crescente está relacionado com uma certa indiferença pela medicina convencional, cujo extraordinário desenvolvimento tecnológico se traduziu num êxito inegável no plano médico, mas, ao mesmo tempo, num desequilíbrio da relação médico-doente. Por outro lado, o arsenal de medicamentos em que se baseia a medicina convencional é, não há dúvida, eficaz, mas combate sobretudo os sintomas e provoca frequentemente efeitos indesejáveis ou mesmos graves estados de dependência.
- Observa-se uma tendência para a procura de uma medicina mais humana que se ocupe do ser humano enquanto tal e não somente da sua patologia. Daí o renovado interesse por terapias tradicionais e produtos medicinais menos agressivos brandos, que visam menos destruir o agente patogénico do que devolver ao corpo humano a sua capacidade de resistir a este agente.
- Tal não significa, porém, que medicinas convencionais e não convencionais se excluam mutuamente. Pelo contrário, elas podem agir complementarmente para maior bem-estar dos doentes.
- Estas medicinas não convencionais são muito numerosas e é impossível citá-las todas. Apresentam uma característica comum: não são reconhecidas pelas autoridades médicas, ou são-no diversamente, mesmo que ao longo dos últimos anos tenha havido tentativas de, por um lado, pôr em causa os preconceitos de irracionalidade científica a elas associados e, por outro lado, demonstrar, na prática, a sua validade através de experiências de complementaridade de tratamento propostas pelos médicos aos seus doentes (CMASPDC, 1997, secção B1).

Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor (CMASPDC, 1997) sobre o estatuto das medicinas não convencionais, podemos sumariar alguns aspetos relevantes da legalização, na Europa, das medicinas alternativas, incluindo a osteopatia.

Para a promoção da harmonia do estatuto profissional, é necessária e exigida uma formação de alto nível, para a prática das diferentes terapêuticas não convencionais, para que haja a máxima garantia de qualidade e segurança para os doentes, também é essencial codificar o estatuto profissional dos praticantes destas medicinas.

As medicinas não convencionais que são explicitamente mencionadas neste relatório, são as seguintes:

- quiropraxia;
- osteopatia;
- acupunctura;
- naturopatia;
- medicina chinesa;
- homeopatia;
- fitoterapia.

Já se encontram organizadas, na maior parte dos Estados-membros e mesmo a nível europeu, significa que existe um código de conduta profissional que define as regras a respeitar pelos membros activos da profissão e um registo dos membros dessa mesma profissão. Na ausência de um estatuto legal, várias associações profissionais coexistem por vezes em alguns estados-membros, com os seus próprios códigos de conduta e registos, por motivo de não existir reconhecimento e regulamento do estado, (CMASPDC, 1997):

Uma iniciativa europeia, dentro de lógica idêntica à que presidiu à elaboração de directivas relativas à liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços para os médicos, os enfermeiros, os dentistas e as parteiras, deverá não só harmonizar o estatuto dos profissionais de saúde das disciplinas não convencionais no seio da União Europeia,

mas também nos Estados-membros onde não existe hoje nenhum reconhecimento legal. Este reconhecimento não pode definir-se sob a tutela do corpo médico e seus órgãos representativos nacionais e europeus, na medida em que estas “*novas disciplinas médicas apresentam uma abordagem autónoma (holística) específica (domínio de conhecimento diferente)*.” (CMASPDC, 1997, secção 6)

No âmbito de quem e como, avaliar as medicinas alternativa e profissionais já em exercício, em cada especialidade destas medicinas, a Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor, refere:

A criação de comissões de peritos onde estarão representados, paritariamente, os profissionais da disciplina em causa e os representantes do corpo médico é uma resposta que parece adequada para avaliar a eficácia dos métodos terapêuticos, definir o campo da responsabilidade e as práticas reservadas e decidir sobre o reconhecimento das diferentes medicinas ou terapêuticas não convencionais. No que se refere à sua organização interna (código de deontologia, registo da profissão, actualização em matéria de formação dos profissionais já em actividade), cada disciplina deve poder agir autonomamente. (CMASPDC, 1997, secção 6).

A inexistência de reconhecimento e regulamentação de medicinas alternativas num país, produz desarmonia entre os profissionais de saúde. Com efeito, ao lado de profissionais licenciados em medicina convencional, em instituições universitárias, existem outros que obtiveram o seu diploma em escolas privadas com currículos deficitários. Em consequência, existe consenso (W.H.O., 2010, pp. 8:9) acerca da necessidade de incluir na formação de profissionais das medicinas não convencionais, um conjunto pertinente de disciplinas biomédicas como condição de estes profissionais poderem exercer a profissão de forma autónoma, o que se justifica, dados os bons resultados obtidos com as medicinas não convencionais, em pacientes em que a medicina convencional não foi eficaz.

Um esforço de harmonização torna-se necessário, nomeadamente a nível da União Europeia, onde se registam divergências muito acentuadas:

Em matéria de cuidados de saúde, coexistem hoje dois conceitos totalmente opostos. O primeiro considera que só, o corpo médico (os médicos) podem prestar cuidados de saúde e tratar os doentes, à excepção de certas profissões autorizadas a praticar certos actos médicos ou paramédicos. Tirando estes casos específicos,

encontramo-nos perante o exercício ilegal da medicina. Esta visão é a que predomina nos países do Sul, incluindo a França, a Bélgica e o Luxemburgo. (CMASPDC, 1997, secção 2).

A existência da prática das medicinas não convencionais em vários países tem conduzido a uma crescente procura por parte dos doentes. “Em França, por exemplo, a acupunctura é reconhecida pela Academia de Medicina desde 1950, e pode ser praticada legalmente pelos licenciados em medicina e os medicamentos homeopáticos são reembolsados pela segurança social, como qualquer receita médica.” (CMASPDC, 1997, secção 2). Contudo, nos países do Norte da Europa, é adotada outra abordagem,

Qualquer pessoa pode prestar cuidados de saúde, mas certos actos estão estritamente reservados aos médicos, além disso, os profissionais de medicinas não convencionais detêm a autoridade e são a referência em matéria de organização dos cuidados e da política de saúde. (CMASPDC, 1997, secção 2).

No documento daquela Comissão encontramos, de forma sumária, a situação dos diferentes países em que surgiu regulamentação das medicinas alternativas (o caso de Portugal, será considerado no capítulo seguinte, 1.2.2.):

No Reino Unido e na Irlanda, em virtude do direito consuetudinário, qualquer pessoa não qualificada, isto é, sem formação médica reconhecida, pode praticar uma terapia desde que não pretenda fazê-lo enquanto licenciado em medicina. Esta situação apresenta o enorme inconveniente, na ausência de reconhecimento legal das formações e dos títulos, de não proteger nem os profissionais sérios e competentes, nem os doentes face a pessoas pouco qualificadas ou a eventuais charlatães. Esta carência é suprida no Reino Unido graças ao "Osteopaths Act" de 1993 e ao "Chiropractors Act" de 1994. (CMASPDC, 1997, secção 2)

Nos Países Baixos foi aprovada, em Novembro de 1993, uma lei relativa às profissões do sector dos cuidados de saúde individuais (BIG wet = Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Autoriza, em princípio, qualquer pessoa a praticar a medicina. Contudo, a lei enumera os actos reservados, isto é, que não podem ser praticados a não ser por profissionais autorizados. Além disso, a lei institui uma disposição penal a par da liberdade da prática médica: prejudicar a saúde de um indivíduo é acto passível de sanção. (CMASPDC, 1997, secção. 2)

Na Alemanha, a liberdade de tratar doentes existe desde 1873 e a profissão de Heilpraktiker (profissional de saúde) é reconhecida desde 1939; mesmo que não seja exigida qualquer formação específica, requer-se um exame de conhecimentos médicos de base, bem como uma inscrição no registo da profissão. Por outro lado, tanto os medicamentos homeopáticos como os antroposóficos estão incluídos na farmacopeia nacional (existe uma comissão específica criada em 1978, onde estão representadas as disciplinas em causa). (CMASPDC, 1997, secção 2)

Na Dinamarca e na Suécia, os não médicos e os paramédicos podem exercer as medicinas não convencionais dentro de certos limites estabelecidos pelas legislações respectivas de 14 de Maio de 1970 e nº 409 de 1960. Por outro lado, a quiropraxia é legalmente reconhecida como profissão de cuidados de saúde na Dinamarca (Lei nº 415 de 6.06.1991), na Suécia (Lei nº 1988/89:96) e na Finlândia. (CMASPDC, 1997, secção.2).

Do que acaba de ser exposto sobre a situação das medicinas não convencionais na Europa, devem ser destacados alguns aspetos, em nosso entender, particularmente relevantes:

Em primeiro lugar, cabe salientar o interesse crescente dos cidadãos europeus por aquelas medicinas, existindo a necessidade de garantir aos utilizadores a possibilidade de optarem por terapêuticas não convencionais e de permitir aos profissionais o exercício da profissão.

Verifica-se, por outro lado, que nos diferentes países europeus existe grande heterogeneidade no tratamento legal e institucional das medicinas referidas, a vários níveis: regulamentação, sistemas de reconhecimento, segurança e protecção dos pacientes, etc.

Neste contexto, impõe-se a necessidade de se desenvolverem esforços no espaço europeu, que permitam obter uma base de harmonização, nomeadamente a nível do reconhecimento das profissões, das habilitações exigidas, do reconhecimento de diplomas, estabelecimento de *curricula* com formações comuns, no domínio das disciplinas biomédicas. Falta, assim, a nível da Comunidade Europeia, uma política de saúde mais consistente, em relação às medicinas não convencionais, incluindo a osteopatia.

É neste quadro que se contextualiza a situação portuguesa, que passamos a caraterizar, no capítulo que se segue.

1.2.2. Génese da osteopatia e do seu ensino em Portugal, situação actual.

A osteopatia surgiu em Portugal na década de 60 com a vinda para Lisboa de Margaret Christine Reynolds Edlmann, osteopata formada, em 1957, pela British School of Osteopathy (Inglaterra), a primeira profissional a exercer no nosso país.

“Durante anos foi a única Osteopata a trabalhar em Portugal, até que pela década de 80 começaram a surgir alguns Osteopatas Portugueses” (Henriques, 2011, p. 57).

Foi o caso de Augusto Henriques, que se formou em 1983, foi assistente da Dra.Edlmann e foi o primeiro Osteopata Português a formar-se na British School of Osteopathy (BSO).

Outros, entretanto se seguiram. Também surgiram no mesmo período, profissionais vindos de outros países, como o caso do Dr. Mário Alberto Borges de Sousa, que se licenciou na África do Sul, em 1960 e começou a exercer em Portugal em 1978. Em simultâneo tem com êxito formação em Portugal, baseada nos seus conhecimentos, adquiridos no país de onde veio.

Na década de 60, também surgiu outro Osteopata, nascido e criado em Nova York. Jody Jakob terminou a universidade nos Estados Unidos e foi para Londres, Reino Unido para estudar na Escola Britânica de Osteopatia, depois de se formar em 1979, Jody desenvolveu suas habilidades praticando e ensinando no Reino Unido, mais tarde, na década de 80 Jody mudou-se para Portugal com a sua família, vive e trabalha em Portugal há mais de 25 anos, quatro filhos nasceram em Portugal, durante 12 anos trabalho em uma clínica médica em Cascais, presentemente criou a sua própria clínica.

Pela pesquisa feita, observa-se que o primeiro Osteopata Português a exercer em Portugal, foi o Dr. Mário Alberto Borges de Sousa, iniciando a sua prática em 1978, este, vindo da África do Sul, onde se Licenciou em Osteopatia pela Faculdade de Osteopatas do Lindlaher College of Natural Therapeuthic of South África em 1960, mas já exista uma Osteopata estrangeira, como acima anunciado, a exercer em Portugal.

O Dr. Mário Alberto Borges de Sousa, o primeiro Osteopata Português e o pioneiro no ensino da osteopatia em Portugal, formou um centro de treino osteopático de Lisboa, mais tarde, Instituto de Técnicas de Saúde.

Criou diversas associações como a Associação Nacional de Osteopatas (ANO), sendo a primeira, associação de Osteopatas, criada em 1983 em Portugal, fundou a Associação Colegial Portuguesa de Osteopatas (ACPO) sendo a segunda associação de osteopatas criadas em Portugal, fundou o Instituto de Técnicas de Saúde (ITS) que é uma associação profissional de osteopatas que incorpora o Colégio de Formação Profissional de Osteopatas e com estas associações o Dr. Borges de Sousa fundou a Federação Portuguesa de Osteopatas (FPO) em 2001 e foi Presidente da direcção até finais de 2005, tendo o ITS desvinculando-se da FPO, O Dr. Borges de Sousa com outros osteopatas fundaram a Associação Portuguesa dos Profissionais de Osteopatia (OSTEOPAT) que com o ITS e a AROP fundaram a federação Federação dos Osteopatas de Portugal (FEOP), federação que está registada na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Em Portugal começaram a surgir varias escolas de medicinas alternativas, como também vários oportunistas a ganharem dinheiro a venderem cursos sem qualidade, “as escolas privadas em Portugal que ensinam as medicinas não convencionais, são escolas que formam profissionais nestas áreas sem qualquer reconhecimento oficial e portanto sem a garantia de um padrão mínimo de qualidade” (Sousa, 1998, p.162).

A pesquisa feita as escolas existentes em Portugal, a maioria apresentam cursos diversos das medicinas alternativas, a única que desde o seu início, ensina só osteopatia, é o Instituto de Técnicas de Saúde, antigo Centro de treino Osteopático de Lisboa, sempre procurou fazer protocolos com Universidades, como também é a única a ter centro de estágios incorporado no próprio colégio.

Centro de Estágios, onde prepara e forma Osteopatas, alguns a exercer no estrangeiro como em França, Alemanha e Inglaterra e com a inovação de oferecer gratuitamente tratamentos osteopáticos no Centro Clínico de Estágios do ITS a pessoas com dores osteomusculares e com dificuldades económicas, “que no período de 20 de Maio de 2010 a 20 de Maio de 2013 efectuou 27.263 tratamentos osteopáticos, gratuitos, à população” (I.T.S., 2016).

Este Instituto, em parceria com a Universidade Lusíada, promoveu os primeiros diplomas de Osteopatia em Portugal, *i. e.*, a Universidade Lusíada foi a primeira Universidade Portuguesa a passar diplomas de Osteopatia em Portugal, entre 2005 e 2009, tendo como Coordenador do curso, Mário Alberto Borges de Sousa, presentemente, director do I.T.S.

Outras escolas surgiram, cada uma leccionando à sua maneira, algumas também começaram a fazer protocolos com escolas superiores.

Em Portugal, as Medicinas Alternativas, reconhecidas e regulamentadas são sete. A regulamentação veio definir futuras licenciaturas nas diversas especialidades de Medicinas não Convencionais, reconhecidas pelo Ministério do Ensino Superior e outros órgãos, com também, legalizar os profissionais já existente a exercer especialidades, Diário da República, 1.^a série — N.º 168 — 2 de setembro de 2013, Artigo 2.º:

A presente lei (Diário da República, 2013, p. 5440) aplica-se a todos os profissionais que se dediquem ao exercício das seguintes terapêuticas não convencionais:

- a) Acupuntura;
- b) Fitoterapia;
- c) Homeopatia;
- d) Medicina tradicional chinesa;
- e) Naturopatia;
- f) Osteopatia;
- g) Quiropráxia.

A regulamentação instituída através da Lei 71/2013 de 2 de Setembro, publicada em 2015, veio definir o curriculum das futuras licenciaturas em Osteopatia. A ACSS vai avaliar o curriculum desses profissionais para atribuição de

cédulas profissionais aos diplomados que se encontram a praticar, com início de actividade na autoridade tributária, até à data da Lei 71/2013 de 2 de Setembro de 2013, como consta no Artigo 19.º, a disposição transitória:

Quem, à data da entrada em vigor da presente lei, se encontrar a exercer atividade em alguma das terapêuticas não convencionais a que se refere o artigo 2.º, deve apresentar, na ACSS, no prazo de 180 dias a contar da data de entrada em vigor da regulamentação a que se referem os artigos 5.º e 6.º e o n.º 2 do presente artigo: (Diário da República, 2013, p.5442)

Esta regulamentação veio promover as condições de acreditação dos cursos superiores das terapêuticas não convencionais para que essas formações sejam realizadas por instituições de ensino superior. Cinco instituições obtiveram a acreditação da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), para o grau de licenciatura em Osteopatia, (A3ES, 2016b):

- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
- Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve
- Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Existindo, em Portugal, escolas acreditadas e regulamentação, importa que se possa dispor de centros de estágios com **supervisores qualificados**.

Sem supervisão, não é possível desenvolver, nos centros de estágio, **investigação aplicada**, condição de construção **permanente** do próprio conhecimento.

Neste contexto, permite-se ao futuro clínico uma formação adequada na medida em que articula permanentemente a teoria e a sua própria experiência prática, aprendendo a construir as suas próprias aprendizagens.

É nos pressupostos que acabámos de referir que assenta a pertinência de toda a segunda parte do presente trabalho dedicada à supervisão pedagógica.

SEGUNDA PARTE

1. Metodologia

Este estudo assenta numa pesquisa bibliográfica de abordagem exploratório-descritiva (Gil, 2002), com base no levantamento bibliográfico e documental da história da prática clínica e do ensino da Osteopatia, com especial incidência na supervisão clínica de três instituições, *General Osteopathic Council* (GOsC), *American Osteopathic Association*, (A.O.A), Osteopathy Board of Australia (O.B.A)

Com a finalidade de melhor compreender o tema em estudo, delimitámo-nos à supervisão pedagógica em docentes de Osteopatia, seleccionando três países com experiencia na matéria. No entanto, verificámos que os mesmos não atribuem relevância à componente pedagógica aos supervisores de Osteopatia, o que, de certa forma, representa uma limitação na nossa pesquisa. Contudo, encontrámos muita informação sobre supervisão em contextos de estágio, centrada essencialmente nos seguintes aspetos:

- segurança na prática do supervisionado para protecção do público;
- competências, atitudes e éticas do supervisionado e supervisor no campo prático clínico de Osteopatia.

Nos casos da Austrália e da Inglaterra a informação foi mais facilitadora, enquanto que nos Estados Unidos da América encontrámos mais dificuldade na obtenção de informação. Contudo, obtivemos informação sobre as competências exigidas para a prática da Osteopatia nesse mesmo país.

Nos três países, para a recolha de informação, recorremos a instituições que defendem e orientam a própria profissão. Em Portugal, o único órgão responsável pela regulação da profissão é a Administração Central de Sistema de Saúde (A.C.S.S.). Encontrando-se a profissão num estado embrionário nas aprovações legais, recorremos à legislação já publicada, não tendo sido até ao momento mencionada qualquer questão norteadora relativamente ao exercício da supervisão pedagógica dos docentes de Osteopatia.

Dada a natureza exploratória do nosso estudo, e tendo em conta o seu âmbito e limitações, em conformidade com os nossos objetivos optámos por prescindir de qualquer

trabalho de campo, quantitativo ou qualitativo. O percurso metodológico seguido desenvolveu-se em três fases:

- levantamento de documentação e de recursos bibliográficos, nacionais e estrangeiros (livros, revistas especializadas, trabalhos académicos, etc.);
- análise desses recursos, tendo em vista a descrição da realidade portuguesa, no domínio da formação profissional em osteopatia, em contraste com as práticas implementadas em países com reconhecida experiência, nesta área;
- apresentação de instrumentos teóricos e conceptuais que permitam configurar um modelo de supervisão adequado à realidade portuguesa.

2. Supervisão

2.1. Conceito de Supervisão

O conceito de supervisão surgiu na Austrália e nos Estados Unidos, por ter sido nestes países que os estudos sobre supervisão mais se desenvolveram. Em Portugal, dedicaram-se a este tema autores como Isabel Alarcão e José Tavares, com enfoque na formação de professores.

Nas instituições portuguesas, o uso do conceito de supervisão pedagógica surgiu nos anos 80, associado aos estágios de formação inicial de professores; todavia, somente na década de 90 foi difundido e desenvolvido com a criação de cursos de mestrado e de áreas de doutoramento.

A criação de cursos de mestrados, a realização de doutoramentos, a publicação de livros e artigos científicos, a constituição de linhas de investigação, a realização de encontros científicos, entre os quais se conta o 1º Congresso sobre Supervisão e formação realizado na Universidade de Aveiro, em 1997, trouxeram para a ribalta o tema da supervisão. (Alarcão, 2003, p. 4).

Nestas últimas décadas, tem-se vindo a assistir a profundas alterações nos processos de formação, onde o paradigma de educação profissionalizante foi dando lugar a uma epistemologia da prática, que pressupõe, como ponto de enfoque, a competência para a boa prática profissional, *i. e.*, para a racionalidade crítica (Schön (1983, 1987). Assim, o ensino deverá ser baseado em *aprender a aprender*, a educação deve ser centrada no aluno e no desenvolvimento da sua reflexão na e sobre a acção, o que vai exigir, da parte deste, uma atitude crítica e reflexiva perante as situações, o que irá permitir-lhe uma tomada de decisão informada e endógena.

O supervisor, facilitador ou gestor de aprendizagem, exerce directamente ou indirectamente uma influência sobre os supervisionados, no pressuposto de que a prática profissional é um catalisador no processo da formação de profissionais.

Reforçámos a nossa convicção de que a formação inicial é apenas uma etapa na formação que hoje se designa por formação ao longo da vida, estabelecendo assim uma continuidade entre o que se apelidava de formação inicial e de formação contínua e desfazendo a linha divisória, temporal que existia entre as duas (Alarcão, 2003).

A supervisão é um conceito que está ligado à orientação da prática pedagógica por alguém, que tem mais experiência e mais informação, uma determinada postura, com uma visão de supervisor, que de forma

inteligente, responsável, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, i. e., de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospectiva baseada num pensamento estratégico. (Mintzberg, 1995, citado por Alarcão, 2003, p. 45)

A partir da obra *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (Alarcão, 2003), podemos sumariar alguns aspectos relevantes de noção de supervisão.

Iremos analisar a dimensão da supervisão na formação de professores, i. e., a supervisão formativa ou pedagógica, tendo lugar num tempo continuado, justificando a sua definição como processo, com o foco na promoção do desenvolvimento profissional, sendo este o objetivo da supervisão. “E situa-se no âmbito da orientação de uma acção profissional; daí chamar-se-lhe também orientação da prática pedagógica”(Alarcão, 2003, p. 16).

2.2. Abordagens à Supervisão

A questão que se coloca é como fazer supervisão. Alarcão e Tavares (2003) propõem nove cenários para descrever as práticas de supervisão pedagógica:

1. Cenário da imitação artesanal - o aluno representa um papel passivo, no qual “imita” e reproduz os ensinamentos que o seu supervisor lhe transmite, na medida em que este, pela sua experiência e prática, é o possuidor do saber. Este cenário é entendido como:

a praticar com o mestre, o modelo, o bom professor, o experiente, o prático, aquele que sabia como fazer e transmitia a sua arte ao neófito. Subjacentes a este modelo estavam as ideias da autoridade do mestre e da imutabilidade do saber, associadas à crença na demonstração e imitação como a melhor maneira de aprender a fazer. (Alarcão, 2003, p. 17)

2. Cenário da aprendizagem pela descoberta guiada - pressupõe que o aluno é possuidor de conhecimentos teóricos, devendo aprender pela descoberta e observação de outros profissionais, em diferentes situações, sendo o papel do supervisor o de ajuda nessa descoberta, de forma a permitir uma maior abrangência pedagógica, sendo “esta estratégia de formação pressupunha que o futuro professor tivesse conhecimento dos modelos teóricos e tivesse, se possível, a oportunidade de observar diferentes professores em diferentes situações ainda antes de iniciar o estágio pedagógico propriamente dito”. (Alarcão, 2003, p. 19)

3. Cenário behaviorista - pressupõe que o aluno tem conhecimentos, sendo o seu papel mais passivo porque deverá “imitar” comportamentos observáveis, onde a função do supervisor será encarada claramente numa perspetiva tecnicista, *i. e.*, os alunos deveriam aprender a realizar determinados *skills*, com base na apresentação, análise e demonstração dos mesmos, pelo supervisor (micro-ensino).

O micro-ensino, tal como originariamente foi concebido e praticado, perpetua, quanto a nós, a imitação do modelo. A actuação do professor modelo na sala de aula é substituída pela observação de um professor a dar uma mini-aula gravada em vídeo; e em vez da possível discussão da aula com o referido professor, existe uma espécie de manual com instruções que ajudam o formando a observar a lição. (Alarcão, 2003, p. 22)

4. Cenário clínico - em que o elemento fundamental é a colaboração estreita entre formando e supervisor, com a finalidade de permitir o aperfeiçoamento da prática com base na observação e análise de situações reais/diferenciadas. Neste cenário, existem três fases: a *pré-observação* (em que é analisado o problema e delineadas estratégias de resolução, em conjunto), a *observação* (em que são analisados e sistematizados os dados recolhidos, separadamente) e a *pós-observação* (os registos são analisados em conjunto, cabendo ao supervisor ajudar o aluno na interpretação dos dados e orientá-lo nas decisões a tomar em situações futuras).

Este processo implicava um espírito de colaboração entre o supervisor e o professor e entre este e os seus colegas; mas implicava também uma actividade continuada que englobasse a planificação e avaliação conjuntas para além da observação e da análise. (Alarcão, 2003, p. 24)

5. Cenário psicopedagógico - enquadra-se num corpo de conhecimentos e competências apoiadas pela psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem do adulto, de forma a este estar apto a *ensinar a ensinar*. É enfatizada a importância que os processos de resolução de problemas e a tomada consciente de decisões terão para o exercício profissional.

Ensinar os professores a ensinar deve ser o objectivo principal de toda a supervisão pedagógica. A ideia não é nova, mas a novidade reside no facto de Stones ter apoiado a sua teoria de ensino num corpo de conhecimento derivados da psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem e de essa teoria ser comum a dois mundos que se relacionam: a) o mundo da relação de ensino/aprendizagem que se estabelece entre o supervisor e o professor e b) o mundo da relação de ensino/aprendizagem que existe entre professor e os seus alunos (Alarcão, 2003, pp. 28,29).

Contudo, este cenário peca porque não contempla o desenvolvimento do estagiário enquanto pessoa, como afirma Alarcão e Tavares, (2003, p. 32) “Pensamos ser difícil atingir um objectivo como proposto sem dar atenção especial ao desenvolvimento do professor como pessoa.”

6. Cenário pessoalista - centra-se na pessoa do formando, uma vez que a formação deve respeitar as suas percepções, sentimentos, objectivos e organizar-se em redor de experiências vivenciais formativas que lhes facilitem uma reflexão sobre o seu eu, pelo que

o próprio supervisor é também sujeito da formação, porque ao longo do processo ele próprio também se encontra em desenvolvimento. Neste cenário, a formação de professores deveria ser encarada numa "perspectiva cognitiva, construtivista em que o auto-conhecimento seria a pedra-angular para o desenvolvimento psicológico e profissional do professor" (Alarcão, 2003, p. 34)

7. Cenário reflexivo - assenta numa lógica de pensar nas práticas e sobre as mesmas, com sentido crítico e reflexivo, sendo um processo que se constrói com o aprender a fazer, fazendo, pelo questionamento do observado, pelo questionamento do realizado, no sentido de, a partir daí, se construir o conhecimento válido e capaz de dar resposta ao quotidiano laboral.

Inspirando-se em Dewey e na observação reflexiva sobre o modo como os profissionais agem, Schön (1983, 1987) defende uma abordagem reflexiva na formação dos profissionais que veio a ter enorme repercussão na formação de professores. Esta abordagem baseia-se no valor da reflexão na e sobre a acção com vista à construção situada do conhecimento profissional que apelidou de epistemologia da prática. [...] combina acção, experimentação e reflexão sobre a acção, i. e., reflexão dialogante sobre o observado e o vivido segundo uma metodologia do aprender a fazer fazendo e pensando, que conduz à construção activa do conhecimento gerado na acção e sistematizado pela reflexão. A prática reflexiva precisa de ser acompanhada por supervisores experientes, que detenham as competências para orientar, estimular, exigir, apoiar, avaliar, isto é, sejam simultaneamente treinadores, companheiros e conselheiros. (Alarcão, 2003, pp. 34,35)

8. Cenário ecológico - o enfoque é dado no desenvolvimento do formando, num contexto social e ambiental, sendo este processo encarado como inacabado e interactivo dependendo do próprio e do meio em que ocorre. É uma dimensão importante nas práticas de supervisão e foi aprofundado por outros pedagogos, tais como Alarcão e Sá-Chaves (1994) e, mais tarde, Oliveira-Formosinho (1997), que conceberam uma abordagem ecológica do desenvolvimento profissional dos futuros educadores e professores inspirada no modelo de desenvolvimento humano da autoria de Bronfenbrenner (1979).citado por (Alarcão, 2003, p. 37)

Neste contexto, a supervisão como processo enquadrador da formação,

assume a função de proporcionar e gerir experiências diversificadas, em contextos variados, e facilitar a ocorrência de transições ecológicas que, possibilitando aos estagiários o desempenho de novas actividades, a assunção de novos papéis e a interacção com pessoas até aí desconhecidas, se constituem como etapas de desenvolvimento formativo e profissional. Estes três factores - actividades, papéis, relações interpessoais, são determinantes para o desenvolvimento humano e profissional, mas igualmente determinantes são as matrizes que moldam a natureza dos contextos e das suas relações. (Alarcão, 2003, pp. 37,38)

9. Cenário dialógico - com acentuada influência dos cenários pessoalista e desenvolvimentista, sendo os actores centrais os docentes (professores), considerados mais no colectivo do que na sua individualidade. O papel do supervisor deixa de ser visto numa concepção hierarquizada, sendo que a sua autoridade advém da sua *expertise*, do conhecimento do seu mundo profissional e das suas competências interpessoais.

Poder-se-á dizer que este cenário contribui para a criação de contextos em que a supervisão, baseada em relações simétricas de colaboração e de base clínica (no sentido da supervisão clínica), funcione como instrumento de emancipação individual e colectiva dos professores, como tem vindo a ser defendido por Smyth (1989, 1997), citado por. (Alarcão, 2003, p. 41)

Como refere Alarcão e Tavares (2003), estes cenários mais virtuais do que reais, submetidos a diferentes concepções relativas a uma serie de questões de formação, tal como, relação teoria e prática, formação e investigação, noção de conhecimento como saber constituído e transmissível ou construção pessoal de saberes, papéis do supervisor e do professor, noções de educação e de formação de professores, assunção da escola como centro de formação ou como mera estação telecomandada de serviço à formação.

O estágio pedagógico surge como um momento fundamental enquanto processo de transição do aluno para professor, conjugando-se aí factores importantes a ter em conta na formação e desenvolvimento do futuro professor, entre os quais se salientam o contacto com a realidade de ensino tendo como factor central a acção educativa do estagiário e a mediação de todo este processo - supervisão/orientação do estágio. Tem por objectivo estudar a influência da orientação/apoio dado pelo supervisor no sucesso do desempenho

do aluno durante o estágio, examinando as percepções dos estagiários sobre o seu desempenho e alertar para a necessidade do desenvolvimento de competências para lidar com a situação, identificando as insuficiências de ensino e suas causas, assim como a produção de soluções de formação que suportem uma melhoria das competências de ensino do aluno estagiário. Dos resultados globais e principais conclusões destaca-se a importância do processo de supervisão, revelando-se como essencial e de grande importância na formação e desenvolvimento dos alunos estagiários, onde o supervisor desempenha um importante papel na ultrapassagem de dificuldades, desenvolvimento de capacidades, aperfeiçoamento da acção pedagógica e descoberta do estilo pessoal de ser professor, verificando-se mesmo uma correlação positiva entre a orientação dada e o desempenho do aluno estagiário no estágio pedagógico, isto é, quanto melhor/mais eficaz for a orientação maior será a tendência para um desempenho mais eficaz do aluno estagiário.

Das concetualizações apresentadas por Alarcão e Tavares (2003) por eles designados por “*cenários*”, para efeitos do presente estudo, e da supervisão em estágios de osteopatia, consideramos ser oportuno apresentar as seguintes considerações:

Em relação ao *cenário da imitação artesanal*, como o nome indica, assenta numa mimese aparentemente passiva. Assim, o processo de aprendizagem parece centrar-se mais no supervisor do que no estagiário. Ora, segundo as perspectivas mais recentes da aprendizagem, a construção do conhecimento tem como agente central o *aprendente* e não aquele que ensina. Segundo o “*cenário*” proposto, o processo de aprendizagem centra-se no supervisor, deixando ao estagiário um papel iminentemente passivo. Sem negar a utilidade do recurso à modelação de programas de trabalho eficazes de supervisores experientes, devemos sublinhar que esse processo é sempre um processo activo a empreender pelo estagiário, que nunca uma cópia passiva do modelo observado.

Relativamente ao *cenário da aprendizagem pela descoberta guiada*, destaca-se a vantagem da interacção estagiário-supervisor, por forma, que o supervisor tenha uma função orientadora, sem prejuízo para a instância central da aprendizagem – o próprio estagiário, a quem cabe o processo de descoberta, em que o supervisor tem uma função *facilitadora* da aprendizagem, sem chamar a si o papel fundamental na mesma aprendizagem de cujo agente principal não deixa de ser o estagiário.

No que diz respeito ao *cenário behaviorista*, podemos salientar o contributo desta concepção teórica no apelo que a mesma faz ao registo e observação objectivos, nomeadamente através do registo audiovisual, impedindo o subjectivismo arbitrário, devendo o conhecimento a adquirir basear-se em dados observáveis. É importante que a construção dos novos conhecimentos pelo estagiário assente na observação o mais rigorosa possível das variáveis que interferem no processo de ensino/aprendizagem e dos resultados obtidos.

O *cenário psicopedagógico* conduz, como se infere do termo psicopedagógico, a que nos processos de ensino/aprendizagem se preste atenção às ciências da educação, com destaque para a psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem. Por tradição, a supervisão clínica, em quase todos os estágios profissionais de nível superior, incluindo os da medicina tradicional, não tem exigido aos supervisores conhecimentos comprovados do domínio da pedagogia e da didáctica. Assim, seria desejável que os supervisores pudessem estar munidos dos conhecimentos e instrumentos conceptuais e operativos que, certamente, potenciariam estágios de superior qualidade.

O *cenário pessoalista* assenta no pressuposto de que o desenvolvimento pessoal (implicando também o auto-conhecimento) é uma condição para o desenvolvimento profissional. Em relação a este cenário, podemos objetar, com dois argumentos: Em primeiro lugar, como referem Alarcão e Tavares (2003), não está comprovado que exista sempre uma correlação entre o nível de desenvolvimento pessoal e a competência profissional; em segundo lugar, a duração do estágio (cerca de um semestre) não permitiria que o estagiário e as condições que a instituição lhe oferece permitissem progressos qualitativamente significativos, a nível do desenvolvimento pessoal. Quando muito, o estagiário pode ser, nesse período, induzido a promover, ao longo da vida, o autodesenvolvimento.

O *cenário reflexivo*, como o próprio nome indica, assenta na reflexão do estagiário sobre as actividades clínicas que o mesmo desenvolveu. Assim, o mesmo constrói o seu próprio conhecimento com base na análise e reflexão acerca da sua própria ação.

Através da reflexão, ele pode fazer uma avaliação dos aspectos positivos e negativos das estratégias e ações desenvolvidas podendo, assim, melhorar continuamente o seu desempenho.

O papel do supervisor consiste em estimular e participar nesse processo reflexivo conjunto, centrado no estagiário: aprender a fazer, fazendo.

Estudos feitos por osteopatas portugueses (Barreto, 2014; Henriques, 2011) têm demonstrado que este hábito de refletir sobre trabalho desenvolvido tem enormes potencialidades em relação ao desenvolvimento profissional do estagiário, ao longo da sua vida, já que será ele próprio o seu supervisor.

O *cenário ecológico* assenta na importância do meio, tanto em sentido lato, como em sentido estrito.

O futuro osteopata deve desenvolver capacidades que lhe permitam realizar as suas actividades num meio que contemple os diversos aspectos relevantes para o exercício profissional nesse mesmo meio.

Por isso, o estágio deve facultar-lhe grande diversidade de interações que tenham em conta os relacionamentos interpessoais e as variáveis do meio ambiente, incluindo o clima, e as variáveis sócio culturais, deontologia/ética, etc.

O *cenário dialógico* assenta na comunicação entre os vários intervenientes no processo de profissionalização e que permite o enriquecimento de todos, incluindo o supervisor, ainda que se parta do princípio de que são pré-estagiários e estagiários, os destinatários desta aprendizagem.

Propositadamente, deixamos para o fim o *cenário clínico*, por ser o que mantém maiores afinidades com a formação profissional em osteopatia, tanto na sua origem como na sua aplicação (estágios em medicina, em clínicas médicas).

Este cenário, como a própria designação sugere, é o que mais se aproxima da aprendizagem que ocorre numa clínica de osteopatia. Como se trata do exercício de uma actividade clínica, em sentido estrito, os dados de aprendizagem a ser observados e analisados são os das situações de exercício da osteopatia, em que é imprescindível a colaboração entre supervisor e estagiário. Com efeito, ao contrário do processo de aprendizagem que ocorre em sala de aula (contexto em que se movem os autores proponentes deste conceito de supervisão), no exercício de tratamentos clínicos, pelo menos no início do processo de profissionalização, o papel do supervisor é decisivo. Não

pode o estagiário tomar decisões que, por inexperiência, possam pôr em risco a vida dos pacientes.

Na *pré-intervenção* existe a recolha de dados do paciente numa entrevista (anamnese) e dados da observação física com testes osteopáticos e médicos.

Após a recolha dos dados são analisados e sistematizados para a conclusão de um diagnóstico conclusivo, como também é relevante formalizar diagnósticos diferenciais.

Uma vez feito o diagnóstico conclusivo procede-se ao planeamento e execução do 1º tratamento, passando para a intervenção clínica.

Na *intervenção clínica* é relevante identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo na acção clínica do estagiário, devido à intervenção palmatória no paciente.

A aplicação técnicas osteopáticas devem ser objeto de observação, de reflexão, e em relação aos quais devem ser estabelecidas estratégias adequadas, para melhor segurança e protecção do paciente.

Neste processo o estagiário deverá desenvolver o espírito de reflexão, autoconhecimento, inovação e colaboração.

Na *pós-intervenção* vamos avaliar o resultado do tratamento e caso necessário planear outro diagnóstico, cabendo ao supervisor de osteopatia ajudar a orientar o estagiário nas suas dificuldades em situações futuras, quando ele próprio actuar sobre auto supervisão.

O osteopata desenvolve uma função pedagógica, devendo aconselhar o doente a preservar a sua saúde a fim de evitar sintomas patológicos.

O modelo de supervisão clínica pode ser enriquecido com os instrumentos facultados pelos vários cenários de supervisão descritos, na medida em que todos eles fornecem elementos importantes para o modelo clínico, a saber:

- a presença de um profissional competente e experiente, *cenário da imitação artesanal*;

- a centralização do processo no estagiário, *cenário da aprendizagem pela descoberta guiada*;
- o rigor no tratamento das variáveis, *cenário behaviorista*;
- a fundamentação da supervisão nas ciências de educativas, *cenário psicopedagógico*;
- a importância deve ser dada ao desenvolvimento pessoal do futuro osteopata, *cenário pessoalista*;
- a reflexão individual e conjunta sobre o trabalho a realizar, *cenário reflexivo*;
- a importância fundamental da ecologia-do meio, *cenário ecológico*;
- a importância da comunicação entre os intervenientes do processo, *cenário dialógico*.

Assim, o modelo clínico nascido nos meios terapêuticos pode e deve ser enriquecido com os contributos da reflexão teórica e das práticas de supervisão no seio da formação de professores.

2.3. Finalidades da supervisão

O desenvolvimento profissional e pessoal dos osteopatas são englobados em dimensões que se interligam com os processos de auto-reflexão e auto-consciencialização das necessidades de formação de cada osteopata, enquanto pessoa e profissional.

Neste contexto geral a supervisão tem um papel pertinente, onde o supervisor reconhece e valoriza os contextos nas aprendizagens, desempenhando um papel,

Como um ecologista social, este supervisor procura estabelecer uma cultura de trabalho reflexiva e orientada para o questionamento, que desenvolva a independência e a interdependência e promova o desenvolvimento de professores capazes de serem autores de si próprios, responsáveis e empenhados numa auto-renovação colaborativa para benefício de todos os alunos. (Formosinho, J.Oliveira (org), 2002, p.26)

São apontadas três grandes finalidades à supervisão:

“1. Melhorar a instrução; 2. Desenvolver o potencial de aprendizagem do supervisionado; 3. Promover a capacidade da organização criar ambientes de trabalho auto-renováveis.”(Formosinho, J. Oliveira (org), 2002. p. 24)

A primeira função refere-se ao melhoramento da prática onde se inclui a necessidade de conhecimentos pedagógicos e de conhecimentos na área do desenvolvimento da aprendizagem:

a “supervisão” tem-se concentrado fundamentalmente na “orientação da prática pedagógica”. A prática pedagógica incide directamente sobre o processo de ensino/aprendizagem que, por sua vez, pressupõe e facilita o desenvolvimento do aluno e do professor em formação exerce uma acção directa na prática pedagógica que, por sua vez, actua sobre o processo de ensino/ aprendizagem promovendo assim o desenvolvimento do aluno e do professor em formação. (Alarcão, 2003, p. 45)

A segunda função focaliza-se no desenvolvimento do potencial individual para a aprendizagem. Constata-se ainda que a supervisão apresenta «interfaces» com o desenvolvimento profissional e o desenvolvimento organizacional.

Mas também o supervisor ou orientador da prática pedagógica se encontra, ele próprio, num processo de desenvolvimento e aprendizagem. É nesta dinâmica recíproca, assimétrica e helicoidal, espirada, que vamos tentar articular e compreender a relação entre supervisão, desenvolvimento e aprendizagem vista em três níveis de funcionamento: a do supervisor, a do formando ou professor em formação e a do aluno. (Alarcão, 2003, p. 45)

A terceira função, focaliza-se em promover a capacidade da organização criar ambientes de trabalho auto-renováveis:

Só uma visão simultaneamente abrangente e profunda é que o supervisor estará em condições de orientar o processo de ensino/aprendizagem e o próprio desenvolvimento do formando para que este se desenvolva nas melhores condições e a sua intervenção se verifique de um modo adequado e eficaz na aprendizagem e no desenvolvimento dos alunos. (Alarcão, 2003, pp. 45,46)

O supervisor tem o objectivo de desenvolver capacidades e atitudes nos supervisionados, existindo uma avaliação dessas capacidades, que muitas vezes colide, com a relação facilitadora e encorajadora que se pretende estabelecer, e só poderemos minimizar essa colisão, na existência de uma relação interpessoal positiva, saudável e acima de tudo esclarecida, para que, se crie um compromisso de objectivos comuns, “a melhoria da aprendizagem dos alunos através de um ensino de qualidade ministrado em condições facilitadoras da própria aprendizagem”. (Alarcão, 2003, p. 72)

Como referem Alarcão e Tavares (2003, p. 72), os objectivos de um supervisor devem apontar para desenvolver nos formandos, no nosso caso, osteopatas, as seguintes capacidades e atitudes:

1. Espírito de auto-formação e desenvolvimento;
2. Capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar os conhecimentos subjacentes ao exercício da docência/prática Osteopática;
3. Capacidade de resolver problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas;

4. Capacidade de experimentar e inovar numa dialéctica entre a prática e teoria;
5. Capacidade de reflectir e fazer críticas e autocríticas de modo construtivo;
6. Consciência da responsabilidade que coube ao professor/Osteopata no sucesso, ou insucesso, dos seus pacientes;
7. Entusiasmo pela profissão que exerce e empenhamento nas tarefas inerentes;
8. Capacidade de trabalhar com os outros elementos envolvidos no processo educativo.

3. Práticas de supervisão em osteopatia implementadas em outros países

Ao analisar programas educacionais em outros países, investigámos três países onde o ensino da osteopatia atingiu um nível mais elevado de desenvolvimento: Inglaterra, Estados Unidos da América e Austrália. Interessou-nos procurar investigar, quem e como faz supervisão em osteopatia. Das pesquisas efetuadas, verificámos que a supervisão de estágios clínicos é um componente essencial de qualquer programa de formação, em osteopatia.

O treinamento em estágios de osteopatia, inclui aprender a construir uma história de caso, efectuar um exame, avaliação, formular um plano de tratamento e aplicação do tratamento.

3.1. Inglaterra

O *General Osteopathic Council*: (GOsC) (Conselho Geral de Osteopatia) foi criado pela Lei dos Osteopatas, em 1993, para regular e desenvolver a profissão da osteopatia. Iremos abaixo sumariar aspectos relevantes sobre o padrão, (GOsC, 2015, anexo15^a), no qual se explicitam as habilidades práticas para o bom desempenho, nos serviços de osteopatia, bem como as medidas para a educação clínica em osteopatia, sendo referido que a aquisição de competências nas práticas da osteopatia requer que os alunos trabalhem em pares e experimentem técnicas ensinadas como modelos.

Palpação e técnica osteopática devem ser ensinadas em instalações especializadas, utilizando equipamento apropriado. As medidas destinadas para avaliar o desempenho das habilidades práticas dos estudantes de osteopatia são aplicadas através do *feedback* do supervisor que orienta esta área.

O ensino e a supervisão nas habilidades das técnicas práticas da osteopatia, são realizadas por osteopatas devidamente qualificados, e credenciados por registo nacional, autoridade competente ou uma associação representativa.

Na educação clínica osteopática é essencial que a experiência de aprendizagem em clínica, ofereça oportunidades adequadas para o desenvolvimento dos alunos: na avaliação do paciente e habilidades de tratamento; capacidade para reconhecer, com confiança, os sinais e sintomas que indicam a necessidade de técnicas específicas osteopáticas; reconhecer as contra-indicações.

O ambiente de aprendizagem, em clínica, deve ser um foco para a integração da aplicação do conhecimento teórico-prático de todo o programa. Deve proporcionar ao aluno um ambiente de apoio amplo, progressivo e bem supervisionado, para o melhor desenvolvimento de suas habilidades clínicas. O objectivo é comprometer os alunos numa componente prática em clínica osteopática supervisionada, dentro de um conteúdo de ensino dedicado à clínica. Nas fases iniciais da sua formação, eles podem observar os estudantes com nível mais avançado e profissionais qualificados; à medida que suas experiências e conhecimentos se vão desenvolvendo, começam a assumir responsabilidades cada vez maiores.

Para a educação clínica osteopática, o GOsC (2015) recomenda as seguintes medidas:

- a) oportunidade de aprendizagem apropriada para o desenvolvimento de competências profissionais com pacientes reais, prestando a devida atenção ao histórico do caso tomado, exame, avaliação e diagnóstico, tratamento e desenvolvimento de planos de tratamento, manutenção de registros, acompanhamento e encaminhamento;
- b) oportunidade para integrar o conhecimento académico e desenvolver habilidades práticas, dentro do encontro clínico terapêutico;
- c) número adequado de consultas de novos pacientes para cada aluno, situações a apresentar pelo aluno ao supervisor;
- d) relações apropriadas na equipa de estudantes dentro do contexto clínico, permitindo uma estreita supervisão das consultas, sendo assim facultadas oportunidades para os alunos;
- e) oportunidades apropriadas para os alunos dos primeiros anos de estágio, para que possam aprender com as observações de alunos já praticantes e com mais experiência, para que aqueles, gradualmente, assumam responsabilidade pelas suas próprias listas e desenvolvam a autonomia na assistência ao paciente;
- f) condições apropriadas para a educação clínica, em clínica apropriada ao treinamento, com tratamento adequado, alojamento educacional e equipamentos

apropriados, para uma melhor qualidade de apoio ao estudante e atendimento ao paciente;

- g) infra-estruturas administrativas clínicas, adequadas para apoiar a aprendizagem dos alunos e atendimento a pacientes;
- h) regime de avaliação contínua e *feedback* de diferentes supervisores clínicos;
- i) oportunidades para desenvolver habilidades práticas de gestão;
- j) existência de mecanismos eficazes de monitoramento clínico do atendimento individual do aluno, do número de casos, e das listas de perfis dos pacientes;
- k) mecanismos eficazes para garantir elevados padrões de tratamento osteopático, a segurança dos pacientes, permitindo orientar, desenvolver e acompanhar a conduta profissional dos estudantes que tratam esses pacientes;
- l) oportunidades adequadas à participação em avaliações de pacientes, com seus pares, sob supervisão, a fim de desenvolver habilidades de análise entre pares.

Além das medidas para estudantes de Osteopatia, os Osteopatas que estão no activo, devem investir no seu desenvolvimento profissional contínuo:

Os osteopatas devem manter e desenvolver seus conhecimentos e habilidades do tratamento osteopático e da ciência através do desenvolvimento profissional contínuo. O desenvolvimento profissional contínuo deve manter, melhorar e ampliar o conhecimento osteopático e as habilidades dos osteopatas graduados e desenvolver as qualidades pessoais necessárias nas suas vidas profissionais. Sujeito a normas legais nacionais, os requisitos devem ser postos em prática para assegurar a formação contínua do osteopata em exercício. (GOsC, 2015, p. 11)

Na pesquisa feita sobre a osteopatia, em Inglaterra, sumariando a documentação consultada relacionada com a supervisão, verificámos que se orienta para prática segura dos Osteopatas e para a protecção dos pacientes. Para além disso, o GOsC (2015) define os contextos em que o ensino e a aprendizagem da osteopatia deve ter lugar:

- a) Palestras - Devem ser abordados e comentados temas nucleares, com base em dados, deve ser estimulado o pensamento crítico e o debate, e os alunos devem ser incentivados a alargar o seu próprio conhecimento e compreensão;
- b) *Workshops* e seminários – Geralmente, podem envolver o trabalho em pequenos grupos, debates e apresentações dos alunos;
- c) Tutoriais - Podem apoiar o processo de autoavaliação, orientação e comentários do tutor; também podem fornecer apoio para o trabalho individual ou em grupo, e para a preparação de dissertação;
- d) Aprendizagem de auto gerenciamento ou autodirigida - Esta é uma parte importante de qualquer programa em osteopatia. Pode envolver a preparação para tarefas específicas, a reflexão / discussão, a prática de técnicas de osteopatia e o uso da aprendizagem baseada em recursos, incluindo recursos disponibilizados em formatos eletrônicos e outros formatos. É importante que os estudantes estejam adequadamente preparados, orientados e apoiados no desenvolvimento e manutenção de estratégias eficazes para a aprendizagem autogerida;
- e) Produção de uma dissertação - Os alunos irão normalmente empreender o seu próprio projeto de pesquisa ou estudo individual relacionado com osteopatia;
- f) Prática clínica supervisionada.

O GOsC (2016) tendo uma função reguladora sobre a comissão de conduta profissional, *Professional Conduct Committee* (P.C.C.), produziu um documento para ajudar a determinar algumas condições que devem ser impostas aos registados que se encontram em prática.

Como exposto nesse documento, uma das condições para permitir que um osteopata possa continuar a praticar, é a garantia de proteção dos pacientes. O P.C.C. defende medidas de proteção do interesse público, cuja implementação pode assumir duas formas: pode ser restritiva e impedir um osteopata de praticar de uma certa maneira ou em uma determinada categoria de paciente; pode corrigir as deficiências na prática e exigir que o osteopata se submeta a uma formação complementar.

É essencial que o P.C.C. identifique e declare o risco representado pelo registando e assegurar-se de que o risco pode ser minimizado pelas condições. Se assim for, as condições restritivas podem ser utilizadas para proteger o público e os pacientes enquanto o osteopata continua a praticar.

Nas condições restritivas, o P.C.C. formular duas questões fundamentais:

Quais são os riscos que precisam atenuar?

O P.C.C. normalmente irá identificar quaisquer riscos para os pacientes, caso não possua habilidades necessárias para certos históricos clínicos, segurando os pacientes de receberem um tratamento inseguro. (GOsC, 2016).

Como pode o paciente ser protegido contra estes riscos?

É essencial que os riscos identificados sejam minimizados pelas condições. Por exemplo, colocar o osteopata sob supervisão enquanto pratica pode minimizar os riscos identificados acima (GOsC, 2016).

Os anexos B e C do trabalho agora referido, são fornecidos para ajudar os osteopatas registados a melhorarem essas necessidades de evitarem riscos.

3.2. Estados Unidos da América

Da pesquisa de documentação realizada à *American Osteopathic Association*, (A.O.A) (2016), destacamos o *CME Guide for Osteopathic Physicians*, (Guia para os médicos osteopatas), que define as competências dos osteopatas.

De acordo com a A.O.A.(2016) as sete competências essenciais foram reconhecidas ao longo da continuidade da educação osteopática como essenciais e fundamentais para o desenvolvimento e manutenção da educação dos médicos osteopatas, assim:

1. Filosofia Osteopática / Medicina Manipulativa Osteopática - Demonstração e aplicação do conhecimento das normas adotadas no tratamento manipulativo osteopático adequado à especialidade; dedicação à aprendizagem ao longo da vida e incorporação da prática da filosofia osteopática e O.M.M. (Medicina Manipulativa Osteopática) na assistência ao paciente;
2. Conhecimento médico - Demonstração e aplicação do conhecimento das normas aceitas de medicina clínica da respectiva área; permanecer atualizado acompanhando os novos desenvolvimentos da medicina: aprendizagem ao longo da vida;
3. Assistência ao paciente - Demonstrar a capacidade de tratar os pacientes eficazmente e fornecer cuidados médicos que incorporem a filosofia osteopática, empatia com os pacientes, sensibilização para as questões comportamentais, a incorporação da medicina preventiva e da promoção da saúde;
4. Habilidade interpessoal e de comunicação - Demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que permitam estabelecer e manter relações profissionais com os pacientes, famílias e outros membros da equipa de saúde;
5. Profissionalismo - Defender o Juramento osteopático na condução das atividades profissionais; promover a defesa do bem-estar do paciente; adesão aos princípios éticos, e colaboração com profissionais de saúde; implementar a (auto) aprendizagem ao longo da vida; ter sensibilidade para conhecer uma população diversa de pacientes; ter conhecimento da saúde física e mental para cuidar dos pacientes de forma eficaz;

6. Prática baseada na aprendizagem e no aperfeiçoamento – Demonstrar capacidade de avaliar criticamente os métodos da prática clínica, integração da medicina baseada em evidências para a assistência ao paciente; demonstrar uma compreensão de métodos de pesquisa; melhorar as práticas de atendimento ao paciente;
7. Prática baseada no sistema - Demonstrar um entendimento no sistema de prestação de cuidados de saúde; fornecer assistência eficaz e qualitativa aos pacientes dentro do sistema.

3.3. Austrália

Em 2016 o Osteopathy Board of Australia (O.B.A.) -conselho de Osteopatia da Austrália- desenvolveu orientações, para a supervisão dos osteopatas, com o objetivo de auxiliar os osteopatas a entregarem serviços consistentes com melhores práticas.

Os pacientes têm o direito de serviços de osteopatia seguros, competentes e atualizados, inclusive quando o cuidado estiver sendo facultado sob a modalidade de supervisão. O Conselho de Osteopatia da Austrália, garante uma supervisão adequada à comunidade, assegurando que a prática dos osteopatas registrados é segura e não coloca em risco o público.

Os requisitos de supervisão podem ser diferentes para cada osteopata: serão adaptados, na supervisão, às circunstâncias particulares do praticante, experiências e necessidades de aprendizagem.

Os princípios que lhes servem de base (O.B.A., 2016), podem ser consideradas numa série de diferentes situações a que correspondem distintas modalidades de supervisão:

- Osteopatas que retornam à prática profissional após uma ausência de mais de três anos, ou que têm menos de 450 horas de prática no domínio atual nos três anos anteriores;
- Osteopatas que mudaram o domínio da sua prática, *e. g.*, prática clínica, prática académica, ou outro domínio que envolva o uso de conhecimentos e habilidades na osteopatia;
- Osteopatas que têm uma condição (que não satisfaça) a sua inscrição ou que tenham entrado em uma empresa que requer supervisão;
- Osteopatas retornando para uma função clínica de uma função não-clínica;
- Osteopatas estrangeiros que foram avaliados por autoridades competentes (*Competent Authority Pathway, CAP*) e são obrigados a realizar satisfatoriamente um período de prática supervisionada sob registo provisório.

Um plano de prática supervisionada, é um plano que é acordado entre o Conselho de Osteopatia da Austrália, o supervisor e supervisionado, os quais definem os objetivos para

níveis, tipo e quantidade de supervisão necessária e como a supervisão deve ocorrer. O plano de prática supervisionada deve refletir um equilíbrio entre a necessidade da supervisão, o nível atual da formação clínica, competência e âmbito da prática, e da posição em que o supervisionado está a desempenhar.

O O.B.A.(2016) estabeleceu as seguintes directrizes, princípios e objetivos de supervisão em osteopatia:

- O supervisionado é responsável por trabalhar dentro dos limites da sua competência e refletir, sobre como determinar as suas próprias necessidades de aprendizagem;
- Para todos os supervisionados, os tipos e níveis de supervisão devem ser combinados com as necessidades individuais, o nível de risco associado à posição, a propósito da supervisão e as capacidades do supervisionado. Os mecanismos da supervisão precisam de ser modificados ao longo do tempo, de acordo com os progressos realizados e, geralmente, precisam ser capazes de acomodar mudanças nos supervisores (dentro dos parâmetros aprovados pelo Conselho);
- O supervisor, o supervisionando e o Conselho de Osteopatia da Austrália, antes de começar a supervisão, precisam de concordar sobre a duração, conteúdo do plano de estágio e período de avaliação;
- O ónus recai sobre o supervisionado para garantir que os requisitos de informação são cumpridos, conforme aprovado no plano de prática supervisionada; no entanto, o supervisor também tem a responsabilidade de aderir ao acordo que o supervisionado submeteu ao conselho de Osteopatia da Austrália;
- Um supervisor aceita uma responsabilidade profissional no Conselho de Osteopatia para supervisionar adequadamente o supervisionado. Um supervisor permanece responsável pelo atendimento clínico, ou pela supervisão do atendimento clínico, fornecido pelo supervisionado, dependendo do nível de supervisão.

O O.B.A.(2016) define e acorda um plano de supervisão entre o supervisor e o supervisionado, definindo os objetivos, nível de supervisão e a duração da supervisão e o modo como a mesma deverá decorrer. O plano de supervisão deve refletir o equilíbrio entre a necessidade de supervisão e o nível atual da formação do supervisionado.

Aquele Conselho criou quatro níveis de supervisão, concebidos para assegurar uma prática segura exercida pelo supervisionado (O.B.A., 2016, anexo D).

O nível de supervisão requerido irá depender de um número de fatores, devendo estes serem considerados por todas as partes envolvidas, no desenvolvimento de um plano de prática supervisionada. O Conselho também irá considerar esses factores, quando inicialmente aprovar um plano de prática supervisionada. Os fatores incluem:

- O objetivo da supervisão;
- as experiências práticas anteriores, as qualificações, as habilidades e os atributos do supervisionado;
- os requisitos da posição do supervisionado para enquadramento no nível de supervisão adequado;
- o nível de risco associado com a finalidade da supervisão, a competência e adequação do clínico, a descrição do cargo, a localização e a disponibilidade de apoios clínicos e outros pertinentes e;
- quando relevante, qualquer exigência imposta por terceiros, por exemplo pelo tribunal, no âmbito do direito nacional ou da organização onde a supervisão terá lugar.

O nível de início de supervisão e a progressão através dos níveis de supervisão, serão determinados pela aprovação do Conselho de Administração, de um plano de prática supervisionada do indivíduo e acordado por todas as partes. Se surgirem preocupações nos relatórios de supervisão ou pelo supervisor diretamente, o plano de prática supervisionada será alterado pelo Conselho, se necessário. Nem todos os supervisionados terão que começar no nível 1, e nem todos os supervisionados serão obrigados a avançar para o nível 4 de supervisão.

Dos quatro níveis de supervisão, no nível 1 a supervisão é mais elevada e mais intensa; no nível 4, a supervisão é menos elevada e menos intensiva.

Um supervisor é um osteopata devidamente qualificado e experiente, que normalmente deve ter um mínimo de cinco anos de experiência no registro geral, que se comprometeu a avaliar, acompanhar e relatar ao Conselho de Osteopatia da Austrália, o desempenho profissional de um supervisionado.

De acordo com o O.B.A.(2016) a *Osteopathy Guidelines for Supervision* estabelece os seguintes requisitos e responsabilidades:

- Um supervisor nomeado deve atender aos requisitos especificados na definição do seu estatuto funcional;
- O supervisor deve ser autorizado formalmente para agir como um supervisor e deve ser aprovado pelo Conselho;
- O supervisor deve ser capaz de cumprir com os requisitos do plano de estágio do supervisionado;
- A relação entre supervisor e supervisionado deve ser profissional. Tal como recomendado no Código de Conduta do Conselho de Osteopatia (*Osteopathy Board's Code of Conduct (at 10.2)*), a boa prática envolve evitar qualquer potencial de conflito de interesses na relação de supervisão, por exemplo, supervisionando alguém que seja um parceiro, parente próximo ou amigo, ou onde há outro potencial de conflito de interesses que possa dificultar a objetividade e / ou interferir nos resultados obtidos no processo de aprendizagem do supervisionado.

De acordo com o O.B.A.(2016) as responsabilidades do supervisor são:

- Tomar medidas razoáveis para garantir que o supervisionado esteja praticando com segurança, medidas de observação direta, revisão do caso individual e remediação de problemas identificados, conforme exigido pelo nível de supervisão;

- Fornecer orientação clara e críticas construtivas, esclarecer como pode ser contactado, quando o praticante necessitar de apoio, durante e depois do horário de trabalho;
- Assegurar que o supervisionado esteja a praticar de acordo com as modalidades de supervisão do plano de prática e acordos de trabalho aprovados pelo Conselho, e relatar ao Conselho se o supervisionado não o estiver a fazer;
- Fornecer uma orientação clara do supervisionado, sobre as suas responsabilidades legais e os limites dentro dos quais eles devem atuar, os princípios éticos que se aplicam à profissão, e a expectativa de que o supervisionado agirá de acordo com as instruções do supervisor e as consequências caso as mesmas não sejam aplicadas;
- Compreender o significado da supervisão como um compromisso profissional, comprometer-se com esta função, incluindo regularmente uma hora privada e livre de interrupções programada com o clínico supervisionado;
- Assegurar que disponham de um seguro profissional adequado, de acordo com o registo padrão de indemnização do seguro do profissional do Conselho;
- O supervisor deve reportar ao conselho qualquer questão relevante, por exemplo, um relacionamento pessoal ou de parceria comercial com o supervisionado;
- Ser responsável perante o Conselho de Osteopatia da Austrália e fornecer relatórios honestos, precisos e responsáveis, na forma aprovada, em intervalos determinados pelo plano de prática supervisionada;
- Compreender que a responsabilidade de determinar o tipo e a quantidade de supervisão necessária, no âmbito do plano de estágio supervisionado, pode ser feita pela avaliação do supervisor;
- Somente delegar tarefas que são apropriadas para as funções daqueles que estão sendo supervisionados e que estão dentro do âmbito da formação, havendo competência e capacidade do supervisionado;

- Manter adequados registros escritos, relacionados com a prática do supervisionado para ajudar na transição, se houver uma necessidade inesperada de mudar de supervisor.

Segundo o O.B.A. (2016) o supervisor terá de notificar o Conselho, se:

- a relação com o supervisionado se romper;
- houver preocupações de que o desempenho clínico, a conduta ou a saúde do supervisionado estiverem a colocar o público em risco;
- o supervisionado não estiver a cumprir as condições impostas ou os compromissos assumidos perante o Conselho ou não cumpriu algum dos requisitos do registo;
- o supervisionado não estiver cumprindo os requisitos de supervisão ou se houver alguma alteração significativa em relação a esses requisitos, como ausências prolongadas ou períodos de não-prática;
- o supervisor não for mais capaz de fornecer o nível de supervisão que é exigido pelo plano de estágio do supervisionado. Esse plano deve indicar quais as disposições adequadas caso haja uma emergência, ou ausência inesperada.

A definição feita da supervisão, para os efeitos dessas diretrizes, poderia incorporar elementos de direção e orientação. É um processo formal de apoio profissional e de aprendizagem que permite que um praticante (supervisionado) desenvolva e demonstre conhecimento e competência, que assuma a responsabilidade por sua própria prática e que garanta a proteção e a segurança pública. A supervisão pode ser direta, indireta ou remota, de acordo com a natureza do contexto em que a prática estiver a ser supervisionada.

Supervisão direta ocorre quando o supervisor está realmente presente no local em que o supervisionado está a praticar; quando o supervisor observa e trabalha com o supervisionado;

Supervisão indireta é quando o supervisor é facilmente contactável e está disponível para observar e discutir a gestão clínica com o supervisionado, na presença do paciente / cliente;

Supervisão remota é quando o supervisor está contactável para discutir actividades clínicas mas não está no local nem é obrigado a observar ou participar na gestão clínica, directamente.

A recolha que foi possível das propostas de supervisão nos países onde existe implementação da osteopatia serve de suporte teórico à proposta de conteúdos apresentada na terceira parte deste trabalho.

TERCEIRA PARTE

1. Competências de supervisão em osteopatia

As competências da supervisão em osteopatia são diversas e em vários domínios. Iremos subdividi-las em três categorias principais: *transversais*, *específicas relativas à gestão do grupo* e *específicas relativas ao supervisionado*.

Estas competências estão direcionadas ao supervisor, sendo ele o responsável por uma boa supervisão ou orientação.

1.1. Competências transversais do supervisor

Revendo Alarcão (2003), o supervisor deverá comportar determinadas características e competências que deveram ser transversais, nomeadamente:

- Gostar e ter vontade de ensinar;
- Ter disponibilidade;
- Ser simpático;
- Ter uma excelente capacidade de empatia;
- Saber comunicar;
- Ter algum altruísmo e generosidade;
- Ser perspicaz;
- Conseguir facilmente uma boa relação interpessoal;
- Conseguir incentivar o espírito crítico, positivo ou negativo do supervisionado;
- Ser provocatório de vez em quando, no aspecto positivo do termo;
- Ser organizado e disciplinador, no sentido de mediar bem as situações;
- Ter capacidade de organização mental dos conceitos, das ideias e capacidade de síntese;

- Ter pelo menos duas características importantes – sensibilidade e conhecimento científico;
- Não ter medo de se expor, relativamente a virtudes, defeitos e erros técnicos, encarando essa exposição como oportunidade de crescimento e de aprendizagem;
- Ter alguma destreza informática de capacidade de pesquisa e de actualização de informação.

1.2. Competências específicas do supervisor enquanto gestor de grupo

Neste contexto, o supervisor em osteopatia deve estar próximo dos supervisionados, sendo aberto, de fácil contacto, sendo agradável trabalhar com ele, ter recursos à disposição dos supervisionados e atribuir a estes um papel activo na resolução dos problemas, que em conjunto se propõem resolver, ao contrário de ser um supervisor, que, “provoque tensões, inibições, e sentimentos de inferioridade” (Blumberg, 1976, citado por Alarcão e Tavares, 2003, p. 73).

Assim, deverá reunir as seguintes competências:

- Ser uma pessoa proactiva;
- Ter capacidade de organização, porque na organização está implícita a empatia;
- Saber comunicar e tirar daí vantagens;
- Ter sensibilidade, porque esta é essencial para conseguir não só relacionamento adequado mas também uma base de partilha de experiências;
- Ser um excelente gestor de relações, nas várias dimensões relacionais - a sua relação com o aluno e doentes; a relação do aluno com os doentes e outros profissionais de saúde;
- Ter capacidade de liderança, para gerir o processo de formação;
- Ter capacidade de adaptar os dados recolhidos durante o estágio, e a sua agenda a cada aluno;
- Ter a capacidade de procurar estímulos nos interesses dos alunos e em outras áreas do conhecimento que não apenas a osteopatia;
- Ter uma boa prática, não só do ponto de vista clínico em osteopatia, mas também do ponto de vista pessoal.

1.3. Competências específicas do supervisor relativas ao supervisionado

As competências específicas do supervisor enquanto osteopata, são fundamentais para gerir e desenvolver as competências dos futuros praticantes em osteopatia. Eles compartilham um conjunto de competências essenciais, para orientar o diagnóstico, gestão e tratamento de seus pacientes, formam a base para a abordagem Osteopática nos cuidados de saúde.

Neste contexto, são importantes as seguintes competências:

- Ter uma boa prática e gostar / saber transmiti-la;
- Ter conhecimento científico, para que o aluno possa compreender que está a aprender alguma coisa;
- Estar cientificamente actualizado;
- Ter o maior número de competências técnicas possível e saber implementá-las na prática;
- Ter consciência de que um supervisor não tem que ser sempre melhor, em todas as áreas.

A Organización Mundial de Saúde, no documento *Benchmarks for Training in Osteopathy*, estabelece os pontos de referência para a formação em osteopatia, explicitando as competências essenciais para a prática osteopática em todos os programas de formação, competências que passamos a enumerar, com base naquele documento (W.H.O - World Health Organization, 2010, p. 8):

- uma base sólida na história, na filosofia e na abordagem aos cuidados da saúde osteopática;
- uma compreensão das ciências básicas no contexto da filosofia da osteopatia e os cinco modelos de estrutura-função (anexo A). Devem ser contemplados os sistemas vasculares, neurológicos, linfáticos e os fatores biomecânicos na manutenção das funções anatómicas normais e bioquímicas adaptativas, em estados de saúde e de doença;

- capacidade de formar um diagnóstico diferencial adequado e um plano de tratamento;
- compreensão dos mecanismos de acção de intervenções terapêuticas manuais e a resposta bioquímica;
- capacidade de apreciar literatura médica e científica de forma crítica e incorporar informações relevantes para a prática clínica;
- competência nas habilidades clínicas, incluindo as palpatórias, competências necessárias para diagnosticar a disfunção nos sistemas e tecidos do corpo com ênfase no diagnóstico osteopático;
- competência em uma ampla gama de habilidades de manipulação osteopática (Osteopathic Manipulative Treatment, O.M.T);
- proficiência em exame físico e a interpretação de testes e dados relevantes, incluindo os resultados de diagnósticos laboratoriais e de imagem;
- compreensão da biomecânica do corpo humano nos diversos domínios;
- experiência no diagnóstico e na manipulação de distúrbios músculo-esqueléticos;
- conhecimento profundo das indicações e contra-indicações para o tratamento osteopático;
- conhecimento básico da medicina tradicional comumente usada e técnicas de medicina complementar/alternativa. (W.H.O, 2010, p. 8)

2. Os diferentes tipos de contexto físico em que a supervisão ocorre em países com experiência

Na própria história da osteopatia, os hospitais osteopáticos surgiram nos princípios do século XX. Contudo, actualmente, a prática Osteopática é mais frequentemente praticada em consultórios e clínicas particulares.

Na altura da expansão da osteopatia, houve um crescimento de hospitais Osteopáticos nos E.U.A., como nos reporta a A.O.A.:

Ya había hospitales osteopáticos a principios del siglo xx, en la época de la inspección de Flexner, el más grande era el de Kirksville, con 54 camas. Chicago tenía 20 camas; el Pacific College, com 15; Boston, 10, y Filadelfia, 3. (American Osteopathic Association, 2006, p. 29)

Nos Estados Unidos da América, os hospitais osteopáticos tiveram muita relevância na formação de osteopatas,

Historically, osteopathic hospitals were the cornerstone of osteopathic clinical training. These community-based hospitals fit well into the primary care mission of the osteopathic colleges. Although students of osteopathic medicine may have limited exposure to such tertiary services as transplants and advanced neurosurgery in community-based hospitals, they gain extensive experience with common illnesses and procedures. (*Journal of the Association of American Medical Colleges*, 2009)

O contexto físico actual em que ocorre o ensino da osteopatia, na *Kirksville College of Osteopathic Medicine* nos E.U.A., tem crescido ao longo de sua história de mais de 100 anos para acomodar as exigências de uma educação médica do século XXI, dispõe de um laboratório de simulação de paciente humano, salas de estudo para encontros de pacientes padronizados, salas de aula e laboratórios (ATSU A.T. Still University, 2006,2008).

Na Austrália, os estágios são exercidos em hospitais, como consta no capítulo, “Submission by the Australian Osteopathic Association 15 February 2013” do documento *Osteopathy Board of Australia Draft Guidelines for Supervision of Osteopaths* divulgado pelo Conselho de Osteopatia da Austrália, do), esta parte do comentário extraída por nós, sobre a aplicação de supervisão em hospitais.

As a general observation it would appear that this simple model of supervision may be appropriate for those employed within of large hospital or healthcare setting with a hierarchy and management system. When being applied to the context of common, small osteopathic private practices with standard associate / principal relationships, the guidelines in their current form are highly problematic if not questionable. (O.B.A, 2016, p. 2).

Na Inglaterra, verificámos que a supervisão pode ter lugar tanto em hospitais como em espaços instalados dentro dos estabelecimentos de ensino, preparados para a prática clínica, com apoio de supervisão:

A vantagem da primeira opção é que:

“em hospitais médicos ou em estabelecimentos de saúde, [...] os alunos são capazes de observar uma ampla variedade de patologias e padrões de tratamentos médicos e a treinar na comunicação Interprofissional” (GOsC, 2015, p. 13).

Dos espaços físicos, depende a diversidade de contactos com situações reais que podem enriquecer a reflexão no sentido de potenciar o desenvolvimento de capacidade de análise e de reflexão sobre a experiência em que o aluno, para além de utilizar saberes anteriores, adquire novos saberes, tendo a oportunidades de crescimento pessoal e profissional, em contexto propício a que ele seja agente ou autor da sua própria formação.

3. Uma visão sinótica do ensino da osteopatia e da sua aplicação em diferentes países, e sob diferentes pontos de vista

A investigação feita nos três países, em que existe mais experiência (Estados Unidos da América, Inglaterra e Austrália), mostra que nesses mesmos países já existem, órgãos reguladores do ensino e das práticas Osteopáticas, sendo, assim, preservada a segurança dos pacientes, através da supervisão clínica realizada por osteopatas com experiência. Mostra também que, nesses países existem abordagens sobre supervisão clínica idênticas, todas centradas nas competências, atitudes, colaboração, responsabilidade, entre outras, e nos objectivos do supervisor, como sublinham (Alarcão, 2003, p. 72), “os objectivos de um supervisor devem apontar para desenvolver nos formandos as seguintes capacidades e atitudes”

Na perspectiva de (Alarcão, 2003, p. 72), os objectivos de um supervisor devem apontar para desenvolver nos formandos as seguintes capacidades e atitudes:

1. Ter espírito de auto-formação e desenvolvimento, demonstrar e aplicar o conhecimento das normas adotadas no tratamento manipulativo osteopático, incorporar a prática da filosofia osteopática adequada à necessidade do paciente, e por último, a dedicação à aprendizagem ao longo da vida. A criação de oportunidades apropriadas, para os novos alunos em formação, para que possam aprender com as observações dos alunos já praticantes e com mais experiência, para que, gradualmente, assumam futuras responsabilidades e desenvolvam autonomia na assistência ao paciente;
2. Capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar os conhecimentos subjacentes ao exercício da prática osteopática; demonstração e aplicação do conhecimento das normas da medicina osteopática; permanecer atualizado com os novos desenvolvimentos na medicina osteopática e participar da aprendizagem ao longo da vida, facultar a oportunidade de aprendizagem apropriada para o desenvolvimento de competências profissionais com pacientes reais, prestando a devida atenção ao caso clínico real que têm em mãos, ao exame, avaliação e diagnóstico, tratamento e desenvolvimento de planos de tratamento, manutenção de registros, acompanhamento e encaminhamento; para todos os supervisionados, os tipos de supervisão devem

ser combinados com as necessidades individuais, o nível de risco associado às capacidades do supervisionado. Os mecanismos da supervisão precisam de ser modificados ao longo do tempo, de acordo com os progressos realizados;

3. Capacidade de resolver problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas, recorrendo às oportunidades para integrar a aprendizagem académica e teórica e desenvolver habilidades práticas dentro do encontro clínico terapêutico; demonstrar a capacidade de tratar os pacientes eficazmente e fornecer cuidados médicos que incorporem a filosofia osteopática, empatia com os pacientes, sensibilização para as questões comportamentais e a incorporação da medicina preventiva e da promoção da saúde;
4. Capacidade de experimentar e inovar numa dialéctica entre a prática e teoria, com números adequados de consultas com novos pacientes para cada aluno, obtendo casos clínicos diferentes para apresentar;
5. Capacidade de reflectir e fazer críticas e autocríticas de modo construtivo, de avaliar criticamente os métodos da prática clínica, integração da medicina baseada em evidências para a assistência ao paciente; demonstrar a compreensão de métodos de pesquisa; melhorar as práticas de atendimento ao paciente, avaliação contínua e *feedback* de uma variedade de supervisores;
6. Consciência da responsabilidade que cabe ao osteopata no sucesso ou insucesso dos seus pacientes, dando atenção aos mecanismos eficazes para garantir que elevados padrões de tratamento osteopático e a segurança dos pacientes sejam mantidos, para orientar, desenvolver e acompanhar a conduta profissional dos estudantes que tratam os pacientes, como também, demonstrar um entendimento no sistema de prestação de cuidados de saúde; fornecer assistência eficaz e qualitativa aos pacientes dentro do sistema; é da responsabilidade profissional de cada supervisionado trabalhar dentro dos limites da sua competência, reflectir e determinar as suas próprias necessidades de aprendizagem. O supervisor deve ter responsabilidade profissional, para supervisionar adequadamente o supervisionado. Um supervisor permanece responsável pela supervisão do atendimento clínico, realizado pelo supervisionado, dependendo do nível de supervisão que se encontre;

7. Entusiasmo pela profissão que exerce e empenhamento nas tarefas inerentes, para defender a condução das próprias atividades profissionais, de modo a que promova a defesa do bem-estar do paciente, a adesão aos princípios éticos, e colaboração com profissionais de saúde, e sensibilidade a uma população diversa de pacientes; ter conhecimento da saúde física e mental para cuidar dos pacientes de forma eficaz;
8. Ter capacidade para trabalhar com os outros elementos envolvidos no processo educativo, demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que permitam estabelecer e manter relações profissionais com os pacientes, famílias e outros membros da equipe de saúde, relações apropriadas das equipas de estudantes dentro do contexto clínico, permitindo uma estreita supervisão dos encontros com os paciente por supervisores, para participar de avaliações de pacientes com seus pares sob supervisão, a fim de desenvolver habilidades de análise entre pares.

Que modelo pode o supervisor introduzir nos métodos pedagógicos, para satisfazer a necessidade de desenvolver essas capacidades e atitudes? Procuraremos dar resposta a esta questão nas páginas que se seguem (capítulo 4).

4. Para a melhoria das práticas de supervisão em osteopatia e, por esta via, da prática profissional osteopática.

A Organização Mundial de Saúde, no documento de referência, *Benchmarks for Training in Osteopathy*, que iremos sumariar, propõe uma prática clínica supervisionada, em que o tratamento osteopático manipulativo é um componente distinto de osteopatia.

As habilidades motoras, cognitivas e sensoriais e conhecimento e o desenvolvimento dessas habilidades clínicas e manual, são competências essenciais para a osteopatia, que requerem tempo e prática.

A prática clínica supervisionada é um componente essencial na formação de praticantes de osteopatia e deve ocorrer com um ensino apropriado em osteopatia e deve ter lugar em ambiente tecnicamente adequado àquela prática, e durante um mínimo de 1000 horas de prática supervisionada. (W.H.O., 2010, p. 10)

O documento de referência da W.H.O., serve para orientar as instituições de ensino, por forma a fornecerem as competências necessárias, o conhecimento e o treinamento clínico. Deste modo, quando os estudantes se formarem, poderão ser capazes de manter uma prática qualificada e independente.

Um aspecto importante da formação de osteopatia é a quantidade total de tempo no programa, bem como a quantidade de tempo dedicado ao estágio supervisionado. Os indivíduos que não têm prática clínica, *i. e.*, que não são profissionais de saúde, o programa em osteopatia deve ser um total de pelo menos 4200 horas, incluindo pelo menos 1000 horas de estágio supervisionado, por um profissional capacitado. Os indivíduos que tiveram prática clínica ou prestaram cuidados de saúde, *i. e.*, para profissionais de saúde, um programa de osteopatia pode ter uma carga horária menor que 4200 horas, mas as 1000 horas de estágio supervisionado, orientado por um profissional qualificado são sempre necessárias.

Se o programa de osteopatia é a tempo inteiro ou a tempo parcial, os resultados da aprendizagem osteopática devem ser equivalentes. Os licenciados devem ser capazes de demonstrar as mesmas competências osteopáticas depois de receber educação osteopática, independentemente do tipo de educação, formação e/ou experiência.

Da nossa investigação sobre a implementação da supervisão clínica na Inglaterra, Estados Unidos da América e Austrália, concluímos que, nesses países, não foi dada grande relevância à supervisão pedagógica, enunciaram-se objectivos, princípios, competências e medidas, mas sem qualquer objectivo de como desenvolver essas capacidades e atitudes nos supervisionados.

Um dos requisitos para ser supervisor em osteopatia, nestes países, é ter experiência clínica, que difere de país para país, e estar registado num órgão regulador da prática clínica.

Não se explicita a metodologia de aprendizagem, como transmitir o conhecimento e quais as necessidades de aprendizagem individuais dos supervisionados.

Na nossa investigação, não encontramos documentação relevante sobre a necessidade da supervisão pedagógica na supervisão clínica, com o objectivo de melhorar a orientação do ensino da prática clínica, tendo em vista a formação de melhores profissionais.

Consideramos que os supervisores de ensino clínico têm grande responsabilidade pedagógica e social. Por isso, a presente investigação centra-se na relação entre supervisão pedagógica e a supervisão clínica, em osteopatia, tendo em conta as dificuldades sentidas e percebidas ao longo do percurso profissional e o modo como a função de supervisor é exercida, por profissionais de saúde, osteopatas, que tiveram formação para exercerem clínica osteopática e não para ensinar.

Para satisfazer os objectivos de melhorar a supervisão em clínica osteopática, vamos introduzir recursos instrumentais da supervisão pedagógica, capazes de trazer uma maior eficácia à tarefa da supervisão.

Alarcão e Tavares (2003), referindo-se a esta transposição dos instrumentos teóricos e conceituais para outras áreas, como a enfermagem e a medicina, anotam que “embora o nosso enfoque seja colocado na formação de professores, por ser fundamentalmente este o campo em que temos praticado supervisão, reconhecemos a pertinência da sua transferência para outros campos profissionais” (p. 16).

A formação necessita de dedicação, estudo e principalmente reflexão sobre a sua prática, a ideia de reflexão é apresentada e estudada por diferentes autores. O cenário reflexivo, também é fundamental no papel dos supervisores

para ajudar os estagiários a compreenderem as situações, a saberem agir em situações e a sistematizarem o conhecimento que brota da interação entre a acção e o pensamento. Para utilizar expressões schonianas que se tornaram bem conhecidas, o supervisor deverá encorajar a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção. (Alarcão, 2003, p. 35)

Schön (1983; 1987) inspirou-se em Dewey, considerado seu precursor, relativamente ao papel da reflexão na formação pedagógica/profissional. Schön baseou-se na observação reflexiva do modo como os profissionais atuavam, e defendeu uma abordagem reflexiva na formação dos profissionais que veio a ter grande repercussão na formação de professores. Esta perspetiva baseia-se no valor da reflexão na e sobre a acção, com vista à construção situada do conhecimento profissional, abordagem que denominou *epistemologia da prática* (Alarcão, 2003, pp. 34,35).

Zeichner (1993) também partilha esta linha de pensamento: “os professores que são práticos reflexivos desempenham importantes papeis na definição das orientações das reformas educativas e na produção de conhecimento sobre o ensino, graças a um trabalho de reflexão na e sobre a sua própria experiência”. (p.10,11).

Os professores que utilizam a reflexão sobre a sua prática encontram-se mais próximos de desenvolverem, nas suas aulas, conteúdos aplicados e contextualizados no cotidiano, *i. e.*, na realidade que vivenciam.

Para Schön (1983;1987), a reflexão é um processo que ocorre antes e depois da acção, como também, durante a acção; os práticos têm conversas reflexivas sobre as actividades que estão a realizar, enquadrando e resolvendo problemas que emergem na própria acção.

Neste contexto, focando o ensino da osteopatia, cabe desenvolver as capacidades do supervisionado, na aplicação à prática dos conhecimentos adquiridos, diferenciando e aplicando os modelos osteopáticos (Anexo A). Importa destacar a importância da clarificação de objetivos definição de estratégias (planificação) e avaliação dos resultados.

Em todo o processo, assume um papel central a reflexão, que tem lugar em antes, durante e depois das atividades clínicas do formando. Cabe ao supervisor criar esse espaço, para que o supervisionado possa reflectir e aplicar o seu conhecimento na prática; para isso, tem necessidade de aplicar *competências* de comunicação e interação (*skills* interpessoais), (Alarcão, 2003, p. 74, citando Glickman, 1985).

Alarcão e Tavares (2003, p. 74), citando Glickman (1985) identificam dez categorias de “skills” que mediatizam as competências de interação e de comunicação interpessoal do supervisor:

1. *Prestar atenção.* O supervisor atende ao que o professor lhe diz e exprime a sua atenção através de manifestações verbais como “pois”, “está”, “é”, “o.k.”, “sim”, “uhm”, geralmente acompanhadas de outras manifestações de atenção de tipo não-verbal.
2. *Clarificar.* O supervisor interroga e faz afirmações que ajudam a clarificar e compreender o pensamento do professor: “ quando diz...,refere-se a...?”, “é capaz de explicar melhor?”, “mas...não estou a perceber”, “espere aí, já me perdi”.
3. *Encorajar.* O supervisor manifesta interesse em que o professor continue a falar ou a pensar em voz alta:” vá, vá”, “continue”, “continue, estou a gostar”, “e depois?”, “e daí”, “ótimo”.
4. *Servir de espelho.* O supervisor parafraseia ou resume o que o professor disse a fim de verificar se entendeu bem: “parece-me que, na sua opinião”, “se eu entendi bem”, “portanto, a questão é a seguinte:...”.
5. *Dar opinião.* O supervisor dá opinião e apresenta as suas ideias sobre o assunto que está a ser discutido: “na minha opinião”, “eu acho que”, “eu penso que”, “podia”, “podia-se”.
6. *Ajudar a encontrar soluções para os problemas.* Depois de o assunto ter sido discutido, o supervisor toma a iniciativa e pede sugestões para possíveis soluções: “O que é que se pode fazer?”, “como é que vai resolver este problema?”, “que estratégias lhe parecem mais adequadas?”.

7. *Negociar*. O supervisor desloca o foco da discussão do estudo das soluções possíveis para as soluções prováveis e ajuda a ponderar os prós e os contra das soluções apresentadas: “O que acontecerá se tomar esta atitude?”, “quais as vantagens desta estratégia; e as desvantagens?”, “que solução será melhor: a X ou a Y?”.
8. *Orientar*. O supervisor diz ao professor o que este deve fazer: “vai fazer isto e aquilo”, “quero que”, “é assim que se faz”.
9. *Estabelecer critérios*. O supervisor concretiza os planos de acção. Põe limites temporais para a sua execução: “na próxima semana quero ver...”, “na próxima aula tem de reduzir o seu tempo de fala para...”.
10. *Condicionar*. O supervisor explicita as consequências do cumprimento ou não cumprimento das orientações: “conto consigo”. “sei que consegues”, “vai ser capaz”, “confio em si”, “se não tomar esta atitude imediatamente, depois será tarde”, “olhe que não há tempo a perder”.

Sumariando Glickman (Alarcão, 2003), o enfoque dado pelo supervisor a algumas destas atitudes determina o seu estilo de supervisão, que poderá recair num dos três tipos de supervisão:

- estilo directivo: o supervisor concentra as suas preocupações e a sua intervenção na acção; orienta, estabelece critérios e condiciona as atitudes do supervisionado.
- estilo não directivo; o supervisor manifesta interesse e capacidade de ajudar o supervisionado, mas sem intervencionar directamente na acção, *i. e.*, escuta, espera que seja o supervisionado a tomar as iniciativas. A reacção do supervisor é calar-se para ouvir o supervisionado a falar, verbaliza as ideias e os sentimentos do supervisionado, e intervém na acção com atitudes de encorajá-lo, ajudá-lo a clarificar suas ideias e sentimentos, pede-lhe informação complementar, quando necessário;
- estilo colaborativo: o supervisor verbaliza o que o supervisionado lhe transmite, faz uma síntese das sugestões e problemas apresentados, dá a

sua opinião para depois intervir na acção ajudando a resolvê-los, negociando, por fim, soluções com o supervisionado;

O cenário clínico tem muita relevância, no contexto prático clínico, para a atenção e apoio nas necessidades do supervisionado, por exemplo, na aplicação dos modelos osteopáticos (Anexo A), em estágio, transportando o problema ou a necessidade dessa aprendizagem, para fora, e focando nele a solução do problema dessa necessidade de aprendizagem:

espelha apenas a influência do modelo clínico da formação dos médicos em que a componente prática do curso se realiza no hospital, na clínica e em que o supervisor adopta uma atitude de atenção e apoio às necessidades do formando (Alarcão, 2003, p. 25).

Smyth apresenta uma boa síntese do que levou Goldhammer e Cogan a proporem o modelo de supervisão clínica.:

Enquanto a supervisão em geral actua de fora para dentro impondo [...] soluções técnicas relativamente aos processos, aos conteúdos, às estratégias, aos materiais e à própria realização do ensino na sala de aula, soluções que assentam em teorias mais ou menos estandardizadas, a supervisão clínica, pelo contrário, actua de dentro para fora pondo o acento na observação e reflexão do próprio ensino e na colaboração e entre ajuda dos colegas [...] autêntica relação de colaboração entre colegas [...] procuram a interacção do processo de ensino aprendizagem como objecto de reflexão e questionamento crítico e fonte de hipóteses de soluções e de mudança. (Alarcão, 2003, pp. 118,119)

Smyth não põe em causa a utilização da supervisão clínica na formação inicial, mas tenta explorar as suas virtualidades na formação contínua, como referiremos em páginas subsequentes

A relação interpessoal osteopata - paciente é um dos tópicos especiais que deve ser colocado em relevo. O osteopata deverá começar a recolher dados sobre o paciente, a sua postura, a sua marcha, comportamentos, sentar, levantar da cadeira, dados preliminares que precedem a anamnese. Quando passamos para a fase seguinte, a anamnese, havendo uma comunicação verbal e não-verbal, deverá ser o mais aberta possível, porque o grau de

satisfação que os pacientes sentem depois de uma entrevista ou anamnese, reflecte frequentemente que a interacção interpessoal serve de terapêutica. Falar com um paciente ou doente exige estabelecer um relacionamento de confiança mútua. Da parte do osteopata, é requerida preparação ética e emocional para que, nesse contacto, consiga transmitir ao paciente confiança e profissionalismo, devendo o supervisor observar como o supervisionado aplica esses conhecimentos. O supervisionado deverá assumir atitudes construtivas, *e.g.*:

- adotar uma atitude amigável e calorosa;
- fazer comentários clarificadores, “Com isso quer dizer que...”;
- ouvir com cuidado e mostrar interesse;
- Estabelecer contacto visual;
- Ter uma atitude encorajadora;
- Fazer comentários reflexivos, “Sim, estou a ver”, para mostrar que está atento;
- Registrar as respostas adequadas com mímica facial sem parecer aborrecido;
- Reduzir as barreiras sociais;
- Pedir desculpa pelas interrupções;
- Não parecer apressado;
- Dar toda a atenção.

Adotando a visão do cenário pessoalista, Alarcão e Tavares (2003) referem que:

a formação de professores deve atender ao grau de desenvolvimento dos professores em formação, às suas percepções, sentimentos e objectivos, deve organizar experiências vivenciais e ajudar os professores a reflectir sobre elas e suas consequências assim como sobre as percepções que delas têm os intervenientes, sobre tudo o próprio professor. É uma perspectiva cognitivista, construtivista em que o auto-conhecimento seria a pedra angular para o desenvolvimento psicológico e profissional do professor. (Alarcão, 2003, p. 34)

As capacidades de comunicação necessárias para comunicar com os doentes, poderão ser eficazes, quando o osteopata:

- usa palavras que os doentes percebem;
- não é ambíguo;
- não faz julgamentos;
- é aberto.

O osteopata pode fazer uso de algumas técnicas para fazer o doente falar, como:

- falar menos;
- fazer perguntas em aberto;
- premiar o que o doente vai dizendo, “Isso é interessante”.

Estas capacidades e atitudes, em nosso entender, serão fundamentais na formação do supervisionado, na fase inicial do estágio. Ele próprio terá de estar preparado, ética e emocionalmente, antes de entrar em estágio, para que o seu contacto com a realidade, seja o mais natural possível.

A criação de oportunidades para melhorar e verificar necessidades de aprendizagem a nível emocional e ético dos futuros estagiários, pode-se aproveitar os quadros clínicos dos estágios com alunos com alguma experiência, mas sob supervisão, estes, fornecem um cenário para observação por alunos, que estão no pré-estágio, a observação da teoria na prática e, como reagem os seus pares aos desafios éticos e emocionais.

Esses cenários poderão ser aproveitados com o objectivo de preparar os alunos para o futuro estágio, melhorando a sua preparação para os desafios éticos, emocionais que irão enfrentar com o contacto com a realidade.

A preparação prévia para um melhor conforto da postura do estagiário, vai transmitir maior confiança ao paciente, daí o resultado obtido em todo o processo clínico, anamnese, diagnóstico, tratamento, poderá ser profissionalmente melhor.

Esta medida transmitida de estagiários em prática, para futuros estagiários podem economizar tempo na orientação da prática clínica, como também, os futuros estagiários ficam com melhor preparação na inter-relação osteopata/paciente, com o objectivo de obter melhor sucesso nos resultados da sua prática clínica.

No cenário ecológico, o enfoque é dado ao desenvolvimento do formando, num contexto social e ambiental, sendo este processo considerado como inacabado e interactivo, dependendo do meio onde o mesmo está inserido. É uma dimensão importante nas práticas de supervisão. Neste contexto, a supervisão como processo enquadrador da formação,

assume a função de proporcionar e gerir experiências diversificadas, em contextos variados, e facilitar a ocorrência de transições ecológicas que, possibilitando aos estagiários o desempenho de novas actividades, a assunção de novos papéis e a interacção com pessoas até aí desconhecidas, se constituem como etapas de desenvolvimento formativo e profissional. Estes três factores - actividades, papéis, relações interpessoais, são determinantes para o desenvolvimento humano e profissional, mas igualmente determinantes são as matrizes que moldam a natureza dos contextos e das suas relações. (Alarcão e Tavares, 2003, pp. 37:38)

O supervisor para estar em condições de orientar o processo de ensino/aprendizagem e desenvolvimento de supervisionado, deverá possuir uma visão abrangente e profunda, para que esse processo ocorra nas condições desejáveis.

De acordo com a criação de oportunidades para melhorar e verificar necessidades de aprendizagem a nível emocional e ético dos futuros estagiários, o supervisor terá dois supervisionados em diferentes níveis:

- um tem objetivo de aplicar o seu conhecimento teórico e prático;
- o outro está num estado inicial, fazendo observação apenas para melhorar o seu conhecimento sobre a realidade na prática clínica, com o objectivo de melhorar as dimensões ética e emocional.

A tarefa do supervisor implica competências formativas de âmbito pedagógico que escapam a uma formação apenas científica e técnica, *i. e.*, no nosso caso, confinada aos domínios científico e técnico da osteopatia.

Destacamos, a partir de (Alarcão e Tavares, 2003, p. 48), quatro elementos do processo, essenciais para compreender todo e qualquer processo de ensino/aprendizagem, como também da supervisão ou orientação pedagógica:

- os sujeitos e o seu nível conhecimentos e competências adquiridos;
- as tarefas a realizar;
- os conhecimentos a adquirir ou a mobilizar;
- a atmosfera afecto-relacional envolvente.

O supervisor deverá propor tarefas adequadas aos diferentes níveis de competências dos supervisionados.

Segundo os autores acima citados (Alarcão e Tavares, 2003, p. 56) algumas tarefas parecem mais relevantes, e até imprescindíveis, seja qual for a situação. Segundo este ponto de vista, caberá ao supervisor:

- estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional que, sem ser castrante ou intimidante, é exigente e estimulante;
- criar condições de trabalho e interacção que possibilitem o desenvolvimento humano e profissional do supervisionado;
- desenvolver o espírito de reflexão, autoconhecimento, inovação e colaboração;
- criar condições para que os supervisionados desenvolvam e mantenham o gosto pelo ensino e pela educação permanente;
- analisar criticamente os programas, os textos de apoio, os contextos educativos, etc;
- planificar o processo de ensino-aprendizagem dos supervisionados;
- identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo;
- determinar os aspectos que devem ser objeto de observação, de reflexão e em relação aos quais devem ser estabelecidas estratégias adequadas;

- observar;
- analisar e interpretar os dados observados;
- avaliar os processos de ensino-aprendizagem;
- definir os planos de acção a seguir;
- criar espírito profissional, baseado nas dimensões do conhecimento profissional;

Em Portugal, o ciclo de estudos em osteopatia na pronúncia apresentada pelo Instituto Piaget - Cooperativa Para O Desenvolvimento Humano, Integral E Ecológico, Crl, recentemente aprovado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), adotou um modelo integrado de ensino-aprendizagem num currículo em espiral, que promove o desenvolvimento das aptidões de aprendizagem ao longo da vida e a importância da mesma para o exercício profissional, explanando que:

O desenho do plano de estudos assume que os conhecimentos e competências são apreendidos, desenvolvidos e aprofundados pelos estudantes de forma progressiva, analisando e reflectindo sobre as diferentes temáticas em diferentes níveis de complexidade e incerteza. Através da reflexão crítica dos contextos e do próprio perfil profissional, da identificação de oportunidades para actualização do conhecimento e das competências, e da incorporação dos resultados científicos mais atuais na prática clínica e no desenvolvimento profissional, o currículo em espiral promove o pensamento crítico e a prática baseada na evidência, essenciais para aquisição integrada e robusta de conhecimentos e competências no 1.º ciclo de estudos. (A3ES, 2016, p. 1/6)

Dentro de cada área do curso, o nível de conhecimentos e competências do estudantes será apreendido e aprofundado num percurso contínuo, que se inicia no nível de iniciante desenvolvendo-se, progressivamente, até ao proficiente, num total de quatro níveis, podendo ser definidos nos seguintes termos (A3ES, 2016, p. 1/6:2/6):

- Iniciante – estudantes que estão a iniciar a sua formação de base desenvolvendo os conhecimentos e competências de base sobre o osteopata enquanto promotor de cuidados primários, como se adaptar aos desafios do exercício da profissão, e

como as ciências fundamentais e as ciências e técnicas clínicas são importantes para a sua formação e futuro exercício profissional.

- Iniciante avançado – estudantes cujos conhecimentos e competências estão desenvolvidos, consolidados e integrados, constituindo uma base segura para o trabalho clínico.
- Competente – estudantes que interpretam e articulam um conjunto de novos conhecimentos e competências previamente adquiridos, entendendo as funções do indivíduo em termos holísticos.
- Proficiente – estudantes cuja formação lhes permite desenvolver, sob supervisão, as suas competências clínicas e aplicar os conhecimentos adquiridos de forma aprofundada, adaptando-se a novas situações e problemas.

Em cada um destes quatro níveis serão, também, desenvolvidas, de forma progressiva, as competências e atitudes metacognitivas, especialmente ao nível do pensamento crítico, reflexão e de avaliação e auto-avaliação sobre o conhecimento existente.

Neste processo metacognitivo, o supervisor tem decisiva influência, nomeadamente, na superação das dificuldades dos supervisionados, e na resolução de problemas.

Deve ajudá-los a serem capazes de monitorar, avaliar e modificar suas estratégias, de encontrar as respostas e de descrever esse processo; deve estimular cada aluno a discutir e a pensar sobre como faz as coisas, sobre como aprende, de modo a promover a capacidade de planeamento, revisão e adaptação.

Como referimos acima, a supervisão é feita ao supervisionado que já está em prática clínica, e ao supervisionado que só faz observação, podemos estabelecer uma interligação destas duas fases de supervisão, com os níveis descritos na página anterior (A3ES, 2016, p. 1/6:2/6), o supervisionado em observação estará na fase iniciante avançado; o supervisionado já em prática poderá estar na fase competente e proficiente.

Na nossa perspectiva de supervisão tem como objectivo que os futuros estagiários da fase *iniciante avançado* observem os mais experientes, com objectivo de melhorarem as atitudes emocionais e éticas.

Na fase *competente e proficiente*, a supervisão é mais focalizada na aplicação da teoria na prática em contexto clínico, elaboração da anamnese, o supervisionado deve recolher o máximo de informação possível, elaborar com clareza as questões pertinentes e fazer o registo dos resultados no documento do paciente.

O processo de recolha de dados na anamnese é o primeiro conhecimento do paciente, que é muito relevante no diagnóstico final e diferencial.

O processo de recolha de dados da observação física do paciente e aplicação de teste osteopáticos e neurológicos, exames de imagem ou outros, levam o supervisionado a juntar estes, à recolha dos dados da anamnese, que irá formular o diagnóstico osteopático relativo à causa dor do paciente.

A reflexão sobre o diagnóstico e plano do tratamento é pertinente antes de intervir na acção terapêutica, como também, averiguar se existem contra-indicações que levem à não intervenção da osteopatia.

O supervisionado vai ter dificuldades na intervenção clínica, por isso, nesses casos, o supervisor necessita da sua “capacidade de prestar atenção e o saber escutar são consideradas fundamentais” (Alarcão, 2003, p. 74) sendo igualmente importante observar e tentar detetar as necessidades de aprendizagem dos supervisionados.

Ao supervisor, nesta inter-relação com o supervisionado, deve orienta-lo na aplicação da teoria na prática. No desenrolar do estágio o supervisor deverá definir objectivos para melhorar as capacidades e atitudes nos supervisionados, como já referido anteriormente (Alarcão, 2003, pp. 73,74).

As competências que devem ser desenvolvidas pelos supervisionados em relação à aplicação de técnicas, exige algumas habilidades que poderão ser adquiridas em contexto formal, durante supervisão, como também no contacto com outros pares, onde “a competência para agir nessas situações implica uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma criatividade e uma sensibilidade de artista aos índices contextuais manifestos ou implícitos” (Alarcão, 2003, p. 35).

Neste contexto de supervisão, existe a aplicação de métodos pedagógicos de um cenário clínico, promovendo atenção e apoio das necessidades dos supervisionados, a colaboração entre supervisor e o supervisionado tem grande relevância neste processo

porque, “devendo o supervisor assumir a atitude de um colega que, como elemento de apoio, de recurso, está à sua disposição para o ajudar a ultrapassar as dificuldades sentidas na sua profissão” (Alarcão, 2003, p. 26).

A construção de um meio educativo onde, os próprios cenários se podem interligar, com o objectivo de melhorar o processo ensino aprendizagem, existe para além da aprendizagem formal; a aprendizagem entre pares, para alguns supervisionados, é um bom processo de adquirirem conhecimento. Assim, cabe incentivar a aprendizagem informal, criando grupos estratégicos, em que o supervisor terá de colocar supervisionados com mais conhecimento, juntamente com outros que apresentem dificuldades.

Este processo implica um espírito de colaboração entre o supervisor e o professor e entre este e os seus colegas; mas implica também uma actividade continuada que engloba a planificação e avaliação conjuntas para além da observação e da análise. (Alarcão, 2003, p. 24).

Contudo há necessidade de estabelecer limites de acção prática, para que esta metodologia seja aplicada dentro dos parâmetros de segurança.

Neste sentido, o supervisor deverá saber estar, saber comunicar e estar disponível para criar “uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entre ajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre o supervisor e o professor.” (Alarcão, 2003, p. 61).

A supervisão pedagógica incide directamente sobre o processo de ensino/aprendizagem que facilita o desenvolvimento do supervisionado, mas também o supervisor ou orientador da prática pedagógica se encontra, num processo de desenvolvimento e aprendizagem.

É neste contexto que nos parece oportuno uma referência à investigação-ação como processo de empenhamento na resolução de problemas concretos do mundo da escola, como motor de desenvolvimento profissional colaborativo e como meio de atribuir aos professores o seu direito, e o seu dever, de investigarem o seu campo de actuação e de desenvolverem o seu conhecimento profissional. (Alarcão, 2003, p. 127).

Os cenários acima mencionados, pessoalista, ecológico, reflexivo e clínico, como meios, a nosso ver, de supervisão de futuros osteopatas, todos enfatizam, a ação, reflexão e colaboração. O conceito de supervisão tem vindo a evoluir no sentido de ser superado o pressuposto de que o supervisor é aquele que avalia, inspecciona, que ocupa o lugar de superioridade e modela o supervisionado, ficando este limitado à reprodução dos modelos adquiridos, evoluindo na “ideia de que, embora a figura do supervisor possa desaparecer, a dinâmica da supervisão deve continuar através de uma auto-supervisão ou da supervisão realizada no seio do grupo do colega” (Alarcão, 2003, p. 114).

Este desenvolvimento surgiu de uma experiência que foi iniciada na Austrália nos finais dos anos 70 e início da década de 80 (Alarcão, 2003, p. 114). Realizaram-se experiências semelhantes noutros países, incluindo Portugal, em que a supervisão deve continuar através da auto-supervisão ou supervisão entre colegas, onde o professor australiano, W. John Smyth veio promover a conjugação de formação continua com a supervisão clínica. Neste contexto, para a supervisão em osteopatia, os supervisionados têm de compreender a finalidade imediata e o sentido prático das ações em que se envolvem:

como adultos, não aprendem tanto com a frequência de cursos ou leituras de livros e revistas (Stenhouse, 1978), mas sobretudo com a observação, análise e reflexão do seu próprio ensino ou do ensino com a observação pelos seus colegas, [...] Smyth procura assentar a sua experiência em três grandes vectores: *acção, reflexão e colaboração*. (Alarcão, 2003, p. 121).

Segundo Smyth, (Alarcão, 2003) estimular os supervisionados a reflectir sobre o processo de ensino-aprendizagem, constitui a base na qual assentou o projecto de formação contínua, envolvendo os seguintes princípios:

- basear-se nas actividades ocorridas na sala de aula;
- orientar-se para a prática do dia-a-dia do professor;
- ser iniciado e controlado pelo próprio professor;
- não ser de natureza coerciva;
- ser concretizado em formas de colaboração entre colegas;

- estar isento de avaliações;
- basear-se em dados (quantitativos ou descritivos).

Assim considerada, a formação contínua, constitui um projecto de investigação sobre a prática do próprio supervisionado, "através de um caminho metodológico que inclui experiência, conceptualização, acção, observação, reflexão e avaliação" (Alarcão, 2003, p. 123).

Porém, para que todo este processo tenha sucesso deverão, relativamente aos supervisionados ser respeitadas as seguintes condições: (Alarcão, 2003, p. 123):

- vontade de participar, livremente expressa pelos professores;
- certeza de que os colegas não vão exercer avaliação uns sobre os outros;
- apoios para levar a cabo a tarefa, incluindo a ajuda de quem possa esclarecer dúvidas sobre processos de recolha de dados e reflexão sobre os mesmos;
- uma organização de horários compatíveis, aspectos extremamente importante para permitir condições de colaboração e entre-ajuda.

Este tipo de formação apoia-se na pressuposto de que os osteopatas devem continuar a desenvolver-se humana e profissionalmente para que possam melhorar a sua prática clínica e, subsequentemente, os resultados obtidos.

5. Proposta de abordagem à Supervisão em Estágios de Osteopatia em Portugal

O conhecimento produzido através da presente investigação aliado à experiência do investigador permitiu fundamentar uma proposta de abordagem à supervisão dos futuros supervisores de estágios em Osteopatia, assente na formação pedagógica.

5.1. Abordagem à supervisão em estágios em Osteopatia em Portugal

Propomos a seguinte abordagem à supervisão de estágios em Osteopatia em Portugal:

1. Criação de grupos pequenos de 3 ou 4 alunos, para desenvolver as habilidades de análise entre pares, dar oportunidade a cada um deles de avaliar o mesmo paciente, observar as diferentes capacidades de sensibilidade nas execuções dos diferentes testes osteopáticos, neurológicos e outros, como também dados da recolha na palpação e habilidades de tratamento,
2. Análise e discussão em grupo das reflexões individuais dos dados recolhidos pelos alunos e pelo supervisor, privilegiando a aprendizagem colaborativa em contextos de actividades de natureza teórico-prática, promotoras de discussão e reflexão partilhadas, complementadas por momentos expositivos e de síntese, facilitadores da aquisição dos conceitos e da sistematização dos conteúdos programáticos trabalhados.
3. Discussão de hipóteses de diagnóstico, devendo o supervisor ter em atenção as indicações e contra indicações perante o tratamento a ser executado pelos alunos, para segurança dos pacientes, como também, para a consciencialização dos futuros osteopatas, desenvolvendo a capacidade para reconhecer os sinais e sintomas que indicam a necessidade de técnicas específicas osteopáticas, reconhecer as contra indicações.
4. Reavaliação do paciente e observação dos resultados do último tratamento, e reflexão sobre os mesmos, com base nos registos de todas as evidências que levaram a bons ou maus resultados.
5. Colaboração entre pares e supervisor, no aperfeiçoamento do diagnóstico e do tratamento, esclarecimento de possíveis dúvidas, devendo o supervisor incentivar críticas construtivas, no sentido da resolução conjunta dos problemas que vão surgindo.

5.2. Responsabilidades do Supervisor em Estágios em Osteopatia

O supervisor tem grande responsabilidade no desenvolvimento dos seguintes aspetos:

1. – promoção da defesa do bem estar do paciente
2. – promoção da adesão aos princípios éticos e deontológicos que se aplicam à profissão
3. - promoção da sensibilidade para conhecer uma população diversa de pacientes
4. promoção de uma atitude de aprendizagem ao longo da vida, no sentido da atualização dos novos desenvolvimentos na área da saúde
5. delegação de tarefas apropriadas às funções dos supervisionados

Conclusões

A longa história da prática e ensino da osteopatia, desde a sua génese, no país de origem, até à transferência desse conhecimento para a Europa, e outros países, como Austrália, mostra que a osteopatia atravessou grandes vicissitudes e obstáculos relacionadas com as alterações políticas e sociais. Obtivemos dados sobre supervisão, nos Estados Unidos da América, Inglaterra e Austrália, onde o foco se centralizou nas atitudes e competências dos futuros osteopatas, não se verificou qualquer interligação da supervisão pedagógica à supervisão clínica.

O objectivo deste trabalho foi unir duas disciplinas, Pedagogia e Osteopatia, a integração da supervisão pedagógica no campo da supervisão clínica, em osteopatia, e propor competências que um supervisor deve possuir na área pedagógica (Alarcão, 2003), com o objectivo de melhorar a transferência de conhecimento, através de métodos pedagógicos, no sentido de formar melhores profissionais em osteopatia.

A inexistência de estudos na área da osteopatia em Portugal e, a falta de docentes, foi um dos interesses neste trabalho, apesar de existir falta de recursos.

O reconhecimento das Medicinas não Convencionais pela Organização Mundial de Saúde O.M.S, e todo o processo de harmonização e legislação, tem vindo a melhorar o controlo de ensino e das práticas osteopáticas, sendo um dos objectivos a segurança dos utilizadores.

Portugal está com o reconhecimento e regulamentação da osteopatia aprovados e publicados, como a existência de um plano de estudos pela A3ES, conferindo o grau de licenciado.

Neste trabalho tentámos definir os objectivos que um supervisor de osteopatia deve ter em conta para desenvolver no formando atitudes e competências, que lhe permitam o melhor desempenho profissional possível, bem como as também competências do supervisor em osteopatia.

Procuramos desenvolver uma supervisão nos contextos éticos e emocionais, na fase do formando iniciante avançado (A3ES, 2016, p. 1/6:2/6), na criação de oportunidades de observação para formandos iniciais, observando supervisionados já em prática de estágio, promovendo um desenvolvimento nos futuros supervisionados, como atuarem perante a

realidade, criando mais auto confiança, que, por sua vez, irá transmitir mais segurança aos pacientes.

Colocámos em destaque diferentes cenários de supervisão pedagógica: reflexivo, clínico, ecológico e dialógico. Valorizámos o método de Smyth (Alarcão, 2003), por integrar todos os outros cenários referidos e valorizar a formação contínua, o que permite que o exercício da osteopatia seja permanentemente actualizado, numa educação permanente, com o objetivo de melhorar a formação em osteopatia preparando melhores profissionais.

Referências Bibliográficas

- A3ES Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (2016a) – *NCE/15/00232 Decisão de apresentação de pronúncia - Novo ciclo de estudos*. Disponível em http://www.a3es.pt/sites/default/files/NCE_15_00232_papnce_2015_dec_apres_contr.pdf
- ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde-Ministerio da Saude(2016). Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Terap%C3%AAuticasN%C3%A3oConvencionais/tabid/1155/language/pt-PT/Default.aspx> - 20:42 h 23-02-2016
- Alarcão, I. e Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina
- American Osteopathic Association (ed.) (2006) – *Fundamentos de medicina osteopática* – (2º edição) Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- A.O.A. American Osteopathic Association (2016) – *2016-18 CME Guide*. Disponível em <http://www.osteopathic.org/Pages/default.aspx> consultado em 17/06/2016 21:41
- A.P.O. (Associação de Profissionais de Osteopatia) (2013) – *Breve historial da osteopatia - medicina osteopática em Portugal*. Disponível em http://www.aposteopatia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=471&lang=pt, consultado em 19-02-2016.
- ATSU A.T. Still University (2006-2008) – *Doctor of Osteopathic Medicine (D.O.)*. Disponível em <https://www.atsu.edu/kcom/>
- ATSU A.T. Still University (2012) – *Museum of Osteopathic Medicine and International Center for Osteopathic History*. Disponível em: <https://www.atsu.edu/museum-of-osteopathic-medicine/museum-at-still>
- ATSU A.T. Still University (2006-2008) - *About KCOM, Campus*. Disponível em: <https://www.atsu.edu/kcom/about/campus.htm>
- Barreto, N. M. S. (2014) - *Componentes de formação no plano de estudos: a componente prática num curso profissional de Osteopatia*. Tese de Mestrado, Lisboa:

Universidade Aberta. Disponível em

https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3640/1/TMSP_NunoBarreto.pdf

Diário da República (2013) 1.^a série — N.º 168 - Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro/Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das actividades de aplicação de terapêuticas não convencionais. Disponível em <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/0543905442.pdf>

Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor (1997) *sobre o estatuto das medicinas não convencionais*. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//PT>

Correia, M. L. A. (2005) – *O nascimento da osteopatia na era da bacteriologia*. Tese de Mestrado, Rio Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/index.php/br/alunos/teses-e-dissertacoes>

Formosinho, J. O. (org). (2002) – *A supervisão na formação de professores II :Da organização à pessoa*. Porto: Porto editora.

Gil, A.C. (2002) – *Como elaborar de projectos pesquisa*. São Paulo, Brasil: Editora Atlas.

GOsC General Osteopathic Council (2015) – *Council May 2015 - Item 15a Annex A Final Draft CEN Standar*. Disponível em <http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/about-the-gosc/council-may-2015-item-15a-annex-a-final-draft-cen-standard/>

GOsC General Osteopathic Council (2016) – *Guidance for the Professional Conduct Committee on formulating Conditions of Practice Order*. Disponível em: <http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/our-work/pcc-conditions-of-practice-orders-guidance-draft/>

Henriques, A. J. P. B. (2011) - *Os osteopatas em portugal: processo de profissionalização e formação identitária*. Tese de Mestrado, Évora: Universidade de Évora. Disponível em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1729/1/Os%20osteopatas%20em%20Portugal.pdf>.

Jakob, Jody (s.d.) – About Us. Disponível em <http://www.osteopatia-cascais.com/en/about-us/jody-jakob>

Jornal médico(s.d). Disponível em <http://www.jornalmedico.pt/2015/12/04/dois-mil-pedidos-de-cedulas-profissionais-para-medicinas-alternativas-30-emitidas/>

Journal of the Association of American Medical Colleges (2009) - Krueger, Paul M. DO ;Dane, Peter DO; Slocum, Philip DO; Kimmelman, Marilyn EdD - *Osteopathic Clinical Training in Three Universities*. Disponível em http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/06000/Osteopathic_Clinical_Training_in_Three.16.aspx?AuthenticationFailureReason=LoginFailed

O.B.A. Osteopathy Board of Australia (2016) – *Osteopathy guidelines for supervision*. Disponível em <http://www.osteopathyboard.gov.au/Codes-Guidelines.aspx>

Paulus, S. (2009) – *Books by Andrew Taylor Still, the Founder of Osteopathy*. Disponível em <http://osteopathichistory.com/pageside2/BooksATStill.html>

Instituto de técnicas de Saúde (2016) – *Estágios*. Disponível em <http://itsaude.com/estagios>

Sousa, M. A. B. (1998) – *Medicinas Complementares e o seu desenvolvimento no contexto económico e social*. Tese de Mestrado, Lisboa: Instituto de Técnicas de Saúde.

Sousa, M. A. B. (2010a) - *Osteopatia em Portugal*. Disponível em <http://www.osteopatiaemp Portugal.com.pt/pt/osteopatia/osteopatia-em-portugal>

Sousa, M. A. B. (2010b) - *Osteopatia em Portugal*. Disponível em <http://www.osteopatiaemp Portugal.com.pt/pt/osteopatia/osteopatia-no-reino-unido> consultado em 19-02-2016

Sousa, M. A. B. (2010c) - *Osteopatia em Portugal*. Disponível em <http://www.osteopatiaemp Portugal.com.pt/pt/osteopatia/a-osteopatia-nos-estados-unidos>.

Stahnisch, F. W.e Verhoef, M. (2012), The Flexner Report of 1910 and its impact on complementary and alternative medicine and psychiatry in North America in the 20th century, *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*,

Secção1, disponível em <http://www.hindawi.com/journals/ecam/>. Consultado em 18/08/2016.

Trowbridge, C. (1991). *Andrew Taylor Still 1828–1917*. Kirksville, Missouri, EUA: The ThomasJefferson University Press. Disponível em:
http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwjwL_Z_d_NAhUK2BoKHRnbAWoQFggjMAI&url=http%3A%2F%2Fsbffadffa281b8680.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1348040588%2Fmodule%2F5706889210%2Fname%2FTrowbridge%2520Andrew%2520Taylor%2520Still.pdf&usg=AFQjCNE87uoLva4atvl6V4_gvt2vb8rYtw&sig2=0ij69HUq-BivHtWG29XFkA

World Health Organization (2010) – *Benchmarks for training in traditional /complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy*. Disponível em <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>., recuperado em 03-05-2016.

Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: Idéias e práticas*. Lisboa, Educa - Professores. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/167881080/Zeichner-A-FORMACAO-REFLEXIVA-DE-PROFESSORES>

Anexo A

Tradução das páginas 4 e 5 do documento: *Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine – Benchmarks for Training in Osteopathy*, feita pelo autor desta dissertação, em anexo o original.

Disponível em:

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>.

Anexo A - Fonte: World Health Organization (2010)

(INFORMATIVO)

Modelos Osteopáticos

Em 2010, o W.H.O. (OMS) listou os cinco modelos a seguir [1]. No entanto, estes modelos não são exaustivos e não descrevem totalmente as diferentes abordagens utilizadas por osteopatas no tratamento da disfunção.

Cinco principais modelos de relações estrutura-função orientam uma abordagem osteopática para diagnósticos e tratamentos. Estes modelos são geralmente usados em combinação para fornecer um quadro para interpretar o significado de disfunção dentro do contexto da informação clínica objetiva e subjetiva. A combinação escolhida é adaptada para diagnósticos, comorbidades (Designação de duplo diagnóstico. Corresponde a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente), outros regimes terapêuticos do paciente e resposta ao tratamento.

A.1 - Modelo biomecânico

O modelo biomecânico vê o corpo como uma integração de componentes somáticas que se relacionam como um mecanismo para a postura e equilíbrio. Estresses (Tensões) ou desequilíbrios dentro deste mecanismo pode afetar a função dinâmica, aumentar o gasto de energia, alterar a propriocepção (o sentido da posição relativa e do movimento de partes vizinhas do organismo de alguém), alterar a estrutura conjunta, impedir função neurovascular e alterar o metabolismo. Este modelo aplica abordagens terapêuticas,

incluindo técnicas de manipulação osteopática, que permitem a restauração da postura e do equilíbrio, e o uso eficiente dos componentes músculo-esqueléticas.

A.2 - Modelo respiratório/ circulatório

O modelo respiratório / circulatório se preocupa com a manutenção de ambientes extracelulares e intracelulares através de entregas desimpedidas de oxigênio e nutrientes, e de remoção de resíduos de produtos celulares. O estresse (tensão) de tecido ou outros fatores que interferem no fluxo ou na circulação de qualquer fluido corporal pode afetar a saúde do tecido. Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para tratar a disfunção na mecânica respiratória, na circulação e no fluxo de fluidos corporais.

A.3 - Modelo neurológico

O modelo neurológico considera a influência da facilitação da coluna vertebral, a função proprioceptiva, o sistema nervoso autônomo e a atividade de nociceptores sobre a função da rede imune do neuroendócrino. A relação entre os sistemas viscerais (autônomicas) e somáticas é de particular importância. Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para reduzir tensões mecânicas, equilibrar entradas neurais e reduzir ou eliminar unidade nociceptiva. Isto é por vezes referido como o modelo sacro-craniano.

A.4 - Modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial reconhece as várias reações e tensões psicológicas que podem afetar a saúde e o bem-estar dos pacientes. Neles incluem fatores ambientais sócio-econômicos, culturais, psicológicos e fisiológicos, que influenciam a doença. Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação osteopática, para enfrentar os efeitos de, e as reações a, vários fatores de stress biopsicossocial.

A.5 - Modelo bioenergético

O modelo bioenergético reconhece que o corpo procura manter um equilíbrio entre a produção, a distribuição e o gasto de energia. Manter esse equilíbrio ajuda o corpo na sua capacidade de adaptar-se a vários fatores de stress (imunológico, nutricional, psicológico, etc.). Este modelo aplica abordagens terapêuticas, incluindo técnicas de manipulação

osteopática, para abordar os fatores que têm o potencial de desregular a produção, distribuição ou dispêndio de energia.

Original do anexo A

1.2 Structure-function relationship models

Five main models of structure-function relationships guide the osteopathic practitioner's approach to diagnosis and treatment. These models are usually used in combination to provide a framework for interpreting the significance of somatic dysfunction within the context of objective and subjective clinical information. The combination chosen is adapted to the patient's differential diagnosis, co-morbidities, other therapeutic regimens and response to treatment.

1.2.1 The biomechanical structure-function model

The biomechanical model views the body as an integration of somatic components that relate as a mechanism for posture and balance. Stresses or imbalances within this mechanism may affect dynamic function, increase energy expenditure, alter proprioception (one's sense of the relative position and movement of neighbouring parts of the body), change joint structure, impede neurovascular function and alter metabolism (5-7). This model applies therapeutic approaches, including osteopathic manipulative techniques, which allow for the restoration of posture and balance and efficient use of musculoskeletal components.

1.2.2 The respiratory/circulatory structure-function model

The respiratory/circulatory model concerns itself with the maintenance of extracellular and intracellular environments through the unimpeded delivery of oxygen and nutrients, and the removal of cellular waste products. Tissue stress or other factors interfering with the flow or circulation of any body fluid can affect tissue health (8). This model applies therapeutic approaches, including osteopathic manipulative techniques, to address dysfunction in respiratory mechanics, circulation and the flow of body fluids.

1.2.3 The neurological structure-function model

The neurological model considers the influence of spinal facilitation, proprioceptive function, the autonomic nervous system and activity of nociceptors (pain fibres) on the function of the neuroendocrine immune network (9-15). Of particular importance is the relationship between the somatic and visceral (autonomic) systems. This model applies

therapeutic approaches, including osteopathic manipulative techniques, to reduce mechanical stresses, balance neural inputs and reduce or eliminate nociceptive drive.

1.2.4 The biopsychosocial structure-function model

The biopsychosocial model recognizes the various reactions and psychological stresses which can affect patients' health and well-being. These include environmental, socioeconomic, cultural, physiological and psychological factors that influence disease. This model applies therapeutic approaches, including osteopathic manipulative techniques, to address the effects of, and reactions to, various biopsychosocial stresses. The basic principles of osteopathy

1.2.5 The bioenergetic structure-function model

The bioenergetic model recognizes that the body seeks to maintain a balance between energy production, distribution and expenditure. Maintaining this balance aids the body in its ability to adapt to various stressors (immunological, nutritional, psychological, etc.). This model applies therapeutic approaches, including osteopathic manipulative techniques, to address factors which have the potential to deregulate the production, distribution or expenditure of energy (6,7,16).

Anexo B

Tradução das páginas 6 e 7 do documento: *Guidance for the Professional Conduct Committee on formulating Conditions of Practice Orders – General Osteopathic Council*, anexo A, feita pelo autor desta dissertação, em anexo o original.

Disponível em:

<http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/our-work/pcc-conditions-of-practice-orders-guidance-draft/>

Anexo B

Ao formular as condições, o P.C.C. deve perguntar e responder as seguintes perguntas.

Por favor, note: as palavras em itálico são exemplos.

1. Qual é / são as deficiência(s) e / ou risco(s) que precisam ser examinados?

Estes provavelmente irão fluir a partir dos resultados que foram alcançados pelo P.C.C. no caso relevante.

Deficiência - *Falta de habilidades necessárias para ter um histórico de casos adequados*

Risco - *Relatos de casos inadequados sendo tomados*

2. O que os osteopatas precisam fazer para corrigir a deficiência(s) e minimizar o risco(s)?

As condições restritivas irão minimizar o risco e as condições de ensino irão abordar a deficiência.

Deficiência - *Conclusão bem-sucedida de um curso ou treinamento adequado no domínio e uso de históricos dos casos*

Risco - *Praticar sob supervisão.*

3. Como é que isto protege o público, incluindo os pacientes?

Por favor, explique como os passos propostos no ponto 2 irão proteger o público, incluindo os pacientes.

Deficiência - *treinamento bem-sucedido trará aos osteopatas habilidades de acordo com os padrões exigidos*

Risco - *Pacientes são protegidos pela supervisão*

4. Como os osteopatas devem demonstrar que têm reduzido o risco e / ou dirigido a deficiência?

É importante que os osteopatas saibam qual prova terá que ser fornecida ao P.C.C. ou ao GOsC a fim de demonstrar que cumpriram com as condições.

Deficiência - Evidência da conclusão bem-sucedida de um curso ou treinamento no domínio e uso de históricos dos casos

Risco - Relatório do supervisor

5. Como as reivindicações dos osteopatas deverão ser verificadas de forma independente?

É importante que as alegações do osteopata são verificadas de forma independente. Isto pode ser alcançado através de:

- . Relatórios sobre a conduta de um supervisor
- . Auditoria clínica
- . A passagem de uma Avaliação do Desempenho Clínico (teste de competência).

Deficiência – Evidência da conclusão bem-sucedida de um curso ou treinamento no domínio e uso de históricos dos casos

Risco - Relatório do supervisor

Original anexo B

Annex A

When formulating conditions, the PCC should ask and answer the following questions.

Please note: the words in italics are examples.

1. What is/are the shortcoming(s) and/or risk(s) that need addressing?

These will likely flow from the findings that have been reached by the PCC in the relevant case.

Shortcoming	Risk
Lack of necessary skills to take an adequate case history	Inadequate case histories being taken

2. What does the osteopath need to do to address the shortcoming(s) and mitigate the risk(s)?

Restrictive conditions will mitigate the risk and educational conditions will address the shortcoming.

Successful completion of an appropriate course or training in the taking and use of case histories.	Practise under supervision

3. How does this protect the public, including patients?

Please explain how the steps proposed at point 2 will protect the public, including patients.

Successful training will bring the osteopaths skills up to the standards required	Patients are protected by the supervision

4. How should the osteopath demonstrate that they have mitigated the risk and/or addressed the shortcoming?

It is important the osteopath knows what evidence they will need to supply to the PCC or GOsC in order to demonstrate that they have complied with the conditions.

Evidence of the successful completion of a course or training in the taking and use of case histories	Report from supervisor

5. How should the osteopath's claims be independently verified?

It is important that the osteopath's claims are independently verified. This might be achieved by:

- Reports on conduct from a supervisor
- Clinical audit
- The passing of an Assessment of Clinical Performance (test of competence).

Shortcoming	Risk
Evidence of the successful completion of a course or training in the taking and use of case histories	Report from the supervisor

Anexo C

Tradução das páginas 8,9 e 10 do documento: *Guidance for the Professional Conduct Committee on formulating Conditions of Practice Orders – General Osteopathic Council*, anexo B, feita pelo autor desta dissertação, em anexo o original.

Disponível em:

<http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/our-work/pcc-conditions-of-practice-orders-guidance-draft/>

Anexo C –

Amostra de designações para as Condições

Abaixo, estão fornecidas amostras de designações que podem ser usadas em Condições da Ordem de Prática. Esta lista é fornecida para orientar o P.C.C. e não é de maneira alguma exaustiva ou abrangente.

(a tabela está na página 8 do original)

Restrições - A fim de reduzir o risco para o público e os doentes, pode ser necessário colocar restrições sobre a prática Osteopática

. Enquanto estiver na prática você não deverá realizar ..., a menos que esteja sendo supervisionado diretamente

. Sua prática deve ser supervisionada diretamente / de perto por um osteopata registrado

. Você não deve realizar exames íntimos ou tratamento em pacientes sem um acompanhante presente

. Você não deve realizar consultas com pacientes do sexo masculino / pacientes do sexo feminino / pacientes menores de idade

Supervisão - A supervisão pode ser uma maneira eficaz de proteger os pacientes, permitindo o osteopata a continuar praticando.

. Você só vai praticar osteopatia sob a supervisão, às suas próprias custas, de outro osteopata e em pacientes que tenham sido informados com antecedência de que estão sob supervisão.

. Para a finalidade desta exigência, a supervisão significa que o osteopata supervisor está no local, aprova antecipadamente o tratamento proposto em função do caso clínico e os resultados dos exames e tem a responsabilidade clínica para com o paciente.

. Você deve fornecer o GOsC com os dados completos de um colega de profissão que esteja preparado para monitorar a sua conformidade com as condições e fornecer um relatório ao GOsC cada x meses fornecendo detalhes de qualquer progressão ou regressão na área especificada.

. Você deve colocar-se sob a supervisão de um osteopata registrado, que irá reunir-se a você semanalmente/mensalmente para revizar

. Você deve colocar-se sob a supervisão de um osteopata registrado, que deverá reunir-se em intervalos de não mais do que x e permitir que o supervisor a preparar um relatório sobre ... que deve ser enviado para o GOsC. Cada relatório deve ser específico para:

. Você deve trabalhar com o seu supervisor para formular um plano de desenvolvimento pessoal, projetado especificamente para resolver as deficiências nas seguintes áreas:

Treinamento - Muitas vezes será necessário um elemento de re-treinamento.

. Você deve concluir com êxito um curso de treinamento, às suas custas, em: ...

. Você deve passar por um período de re-treinamento em uma clínica de ensino dirigida por uma instituição de ensino osteopático de Qualificações Reconhecidas no Reino Unido para um mínimo de x horas.

. Esta formação deve abordar as deficiências identificadas na decisão da Comissão, que são:

. Esta formação deve abordar as seguintes normas:

Auditoria clínica - A auditoria clínica pode ser uma maneira útil para verificar de forma independente a alegação dos osteopatas de que eles têm cumprido as condições.

. Você estará sujeito a uma auditoria independente/ x auditorias da sua prática dentro de x semanas / meses

. A primeira auditoria será realizada x semanas / meses após o início dessa ordem. As auditorias subsequentes ocorrerão em intervalos de x semanas / meses, até

. Você deve informar qualquer paciente que você tratar que seus registros serão sujeitas a revisão e auditoria por um auditor independente.

. Você irá cooperar com o auditor e disponibilizar todas as informações que ele / ela exigir.

. Você deve disponibilizar todos os registros de pacientes feitos por você após o início dessa ordem para a auditoria.

. A / cada auditoria, o auditor irá:

Observar as consultas, de pelo menos x paciente, x das quais deve ser uma nova consulta do paciente.

. A auditoria de registro do paciente tomará a seguinte forma:

Entre x para x meses do início da presente ordem, o auditor irá assistir sua clínica e precisará especificamente ver evidências de: ...

. Você fornecerá ao auditor, no momento da auditoria, evidências de: ...

. Você será responsável pelos custos da auditoria, relatórios e acompanhamento do auditor em audiências, e deve pagar todas as faturas relevantes no prazo de 28 dias do recebimento.

. O auditor apresentará um relatório ao Comitê.

Teste de competência - A avaliação do desempenho clínico (teste de competência) é um meio eficaz e independente de assegurar que os osteopatas pratiquem de acordo com as normas exigidas.

. Você deve completar com sucesso, às suas próprias custas, uma Avaliação do Desempenho Clínico antes x

Audiência de revisão - Na maioria dos casos, o P.C.C. irá querer rever a ordem antes que ela expire.

. Esta Ordem será revisada em uma audiência antes que ela expire.

. Na audiência de revisão a Comissão desejará ver as seguintes provas: ...

. Você deve fornecer essa prova ao GOsC pelo menos um mês antes da data da audiência de revisão.

Original anexo C

Annex B

Sample Wording for Conditions

Provided below are samples of the wording that may be used in Conditions of Practice Orders. This list is provided to guide the PCC and it is by no means exhaustive or comprehensive.

Restrictions	In order to mitigate the risk to the public and patients, it may be necessary to place restrictions on the osteopath's practice
	While in practice you must not carry out ..., unless directly supervised
	Your practice must be directly/closely supervised by a registered osteopath
	You must not carry out intimate examinations or treatment on patients without a chaperone present
	You must not undertake consultations with male patients/female patients/patients under the age of x

Supervision	Supervision can be an effective way to protect patients while allowing the osteopath to continue practising.
	You will only practise osteopathy under the supervision, at your own expense, of another osteopath and on patients who have been informed in advance that you are under supervision.

	For the purpose of this requirement, supervision means that the supervising osteopath is on the premises, approves in advance the proposed treatment in the light of the case history and examination findings and has the clinical responsibility for the patient.
	You must furnish the GOsC with the full contact details of a professional colleague who is prepared to monitor your compliance with the conditions and provide a report to the GOsC every x months providing details of any progression or regression in the specified area.
	You must place yourself under the supervision of a registered osteopath, who will on a weekly/monthly basis meet with you to review ...
	You must place yourself under the supervision of a registered osteopath, who you should meet at intervals of not more than x and allow the supervisor to prepare a report on ... which should be sent
	to the GOsC. Each report should have specific regard to: ...
	You must work with your supervisor to formulate a personal development plan, specifically designed to address the deficiencies in the following areas: ...
Training	Often an element of re-training will be required.
	You should successfully complete a course of training, at your expense, in: ...

	You should undergo a period of re-training in a teaching clinic run by a Recognised Qualification osteopathic education institution in the UK for a minimum of x hours.
	This training should address the deficiencies identified in the Committee's decision, which are: ...
	This training should address the following Standards: ...
Clinical audit	A clinical audit can be useful way to independently verify the osteopath's claim that s/he has complied with the conditions.
	You will be subject to an independent audit/x audits of your practice within x weeks/months
	The first audit will take place x weeks/months following the commencement of this order. Subsequent audits will take place at intervals of x weeks/months, until ...
	You must advise any patient that you treat that your records will be subject to review and audit by an independent auditor.
	You will co-operate with the auditor and make available whatever information s/he requires.
	You should make all patient records made by you following the commencement of this order available for audit.
	At the/each audit, the auditor will: Observe at least x patient consultations, x of which must be a new patient consultation.

	The patient record audit will take the following form: Between x to x months of the commencement of this order, the auditor will attend your clinic and will specifically need to see evidence of: ...
	You will provide the auditor at the time of the audit with evidence of: ...
	You will be responsible for the costs for the audit, reports and the auditor's attendance at hearings and shall pay any relevant invoices within 28 days of receipt.
	The auditor will provide a report to the Committee.
Test of competence	A assessment of clinical performance (test of competence) is an effective and independent means of ensuring that the osteopath practises to the standards required.
	You should successfully complete, at your own expense, an Assessment of Clinical Performance before x
Review hearing	In most cases, the PCC will wish to review the order before it expires.
	This Order will be reviewed at a hearing before it expires.
	At the review hearing the Committee will wish to see the following evidence: ...
	You should provide this evidence to the GOsC at least one month before the date of the review hearing.

Anexo D

Tradução das páginas 4,5 e 6 do documento: *Guidelines for supervision of osteopaths – Osteopathy Board of Australia*, feita pelo autor desta dissertação, em anexo o original.

Disponível em:

<http://www.osteopathyboard.gov.au/Codes-Guidelines.aspx>

Níveis de Supervisão

Nível 1

Resumo

O supervisor assume a responsabilidade direta e principal para os pacientes individuais

Especificações

. O supervisor deve estar fisicamente presente no local de trabalho, quando o supervisionado estiver fornecendo cuidados clínicos, de acordo com o plano de estágio do supervisionado.

. A supervisão através do telefone (indireta) não é permitida.

. O supervisionado deve consultar o supervisor sobre a gestão de cada paciente antes que o cuidado seja entregue (antes do tratamento).

Frequência dos relatórios típicos para o nível

. Apresentar um relatório após um mês do início e, em seguida, em intervalos de três meses, enquanto o supervisionado estiver no nível 1 de supervisão.

. Se só for esperado do supervisionado ficar no nível por menos de um mês, o Plano de prática de supervisão poderia especificar um relatório (por exemplo verbal) por exceção e o primeiro relatório escrito de acordo com os requisitos para os níveis subsequentes.

Exemplo de uso possível para o nível de supervisão

- . Quanto mais alto o nível de supervisão, este nível pode ser utilizado:
 - Para determinar o atual nível de competência do clínico e informar novos níveis de supervisão sob um plano de prática supervisionada, ou
 - Em um plano de prática supervisionada decorrente de uma questão de saúde, conduta ou desempenho pode ser especificado em uma empresa ou condição
 - Durante um breve período (por exemplo, uma semana, 8 sessões, etc), para confirmar que o supervisionado é capaz de avançar para o nível 2 de supervisão

Nível 2

Resumo

Supervisor e supervisionado compartilham a responsabilidade para com os pacientes individuais

Especificações

- . De acordo com o plano de prática supervisionada, o supervisor deve estar fisicamente presente no local de trabalho na maioria do tempo em que o supervisionado estiver fornecendo cuidados clínicos.
- . Quando o supervisor não estiver fisicamente presente, eles devem estar sempre acessíveis por telefone ou outros meios de telecomunicação tal como de vídeo- conferência e disponíveis para observar e debater.
- . O supervisionado deve informar o supervisor em intervalos acordados (concordados) sobre a gestão de cada paciente; isto pode ser depois que o atendimento tenha sido feito.
- . Se o supervisor aprovado estiver temporariamente ausente algum dia, então o supervisor deve tomar as providências necessárias para uma supervisão alternativa, como um médico registrado fornecendo uma supervisão temporária.

Frequência dos relatórios típicos para o nível

. Informar na renovação, se movendo do nível 1 e fornecer relatórios anteriores satisfatórios.

. Se iniciar no nível 2 de supervisão, um relatório após os 3 meses iniciais e depois no momento da renovação.

Exemplo de uso possível para o nível de supervisão

- Em um plano de prática supervisionada decorrente de uma saúde, conduta ou importância do desempenho

- Em um plano de prática supervisionada decorrente dos padrões registrados na Qualidade Recente de Informações do Conselho (Board's Recency)

Nível 3

Resumo

O supervisionado assume a responsabilidade primária para sua prática, incluindo pacientes individuais

Especificações

. O supervisor deve assegurar que existem mecanismos em vigor para monitorar se o supervisionado está praticando com segurança.

. O supervisionado está autorizado a trabalhar de forma independente, desde que o supervisor esteja prontamente contactável por telefone ou por outros meios de telecomunicação tais como vídeo- conferência.

. O supervisor deve realizar revisões regulares da prática do supervisionado.

Frequência dos relatórios típicos para o nível

. Informar no momento da renovação, se movendo de um nível elevado de supervisão e fornecer relatórios anteriores satisfatórios.

. Se iniciar no nível 3 de supervisão, um relatório após os três meses iniciais e depois no momento da renovação.

Exemplo de uso possível para o nível de supervisão

- Geralmente utilizado no segundo estágio de um plano de prática supervisionada após o clínico ter progredido através dos níveis de supervisão 1 ou 2

Nível 4

Resumo

O supervisionado assume toda a responsabilidade para a sua prática, incluindo os pacientes individuais de supervisão geral do supervisor

Especificações

- . O supervisor deve fornecer ampla supervisão da prática do supervisionado.
- . O supervisor deve estar disponível para revisão ou consulta se o supervisionado requerer assistência pessoalmente ou por outros meios de comunicação.
- . O supervisor aprovado deve realizar revisões periódicas da prática do supervisionado.

Frequência dos relatórios típicos para o nível

- . Informar no momento da renovação, se movendo de um nível elevado de supervisão e fornecer relatórios anteriores satisfatórios.
- . Se iniciar no nível 4 de supervisão, um relatório após três meses iniciais e depois no momento da renovação.

Exemplo de uso possível para o nível de supervisão

- Fases posteriores de um plano de prática supervisionada após o clínico ter progredido através dos níveis de supervisão 1, 2 ou 3
- Por favor, note que é possível começar no nível 4 de supervisão.

Original anexo C

The commencement level of supervision and the progression through the levels of supervision will be determined by the Board's approval of the individual's supervised practice plan, and as agreed by all parties. If concerns are raised in the supervision reports or by the supervisor directly, the supervised practice plan will be amended by the Board as necessary. Not all supervisees will need to commence on level 1 and not all supervisees will be expected to or be required to progress to level 4 supervision.

Table 1: Levels of supervision summarises the four (4) levels of supervision and the likely reporting timeframe for each level, with Level 1 the highest and most intensive supervision and Level 4 the lowest and least intensive level of supervision. The table also lists the possible uses for the different levels of supervision. The table refers to the usual frequency of reports but may be modified for an individual supervised practice plan, taking into account that it is competence-based rather than strictly time-based. It should be noted that the Board or the supervisor may, at any time, exercise its discretion to ask for/provide a report.

Level	Summary	Specifications	Typical reporting frequency for level	Example of possible use for level of supervision
1	The supervisor takes direct and principal responsibility for individual patients	The supervisor must be physically present at the workplace, when the supervisee is providing clinical care, as per the supervised practice plan.	Report after initial one month and then at three-monthly interval/s, while the supervisee is on Level 1 supervision. If the supervisee is	As the highest level of supervision, this level may be used: □ to determine the current level of competence ^{3F5} of the practitioner and inform further

		Supervision via telephone (indirect) is not permitted. The supervisee must consult the supervisor about the management of each patient before care is delivered.	only expected to be at level one for less than one month, the Supervision Practice Plan could specify a report (e.g verbal) by exception and the first written report according to the requirements for subsequent levels	levels of supervision under a supervised practice plan, or ☐ In a supervised practice plan arising from a health, conduct or performance matter and may be specified in an undertaking or condition ☐ For a brief period (eg one week, 8 sessions etc), to confirm that the supervisee is able to progress to level two supervision
--	--	--	--	--

Level	Summary	Specifications	Typical reporting frequency for level	Example of possible use for level of supervision

2	The supervisor takes direct and principal responsibility for individual patients	As per the supervised practice plan, the supervisor must be physically present at the workplace for the majority of time when the supervisee is providing clinical care. When the supervisor is not physically present, they must always be accessible by telephone or other means of telecommunication such as videoconference and available to observe and discuss. The supervisee must inform the supervisor at agreed intervals about the	Report at renewal if moving from level 1 and previous satisfactory report(s) provided. If commencing at level 2 supervision, a report after initial 3 months and then at renewal.	☐ In a supervised practice plan arising from a health, conduct or performance matter ☐ In a supervised practice plan arising from the Board's Recency of practice registration standard
---	--	--	---	---

		management of each patient; this may be after the care has been delivered. If the approved supervisor is temporarily absent during any day, then the supervisor must make appropriate arrangements for alternative supervision, such as a practitioner with general registration providing temporary oversight.		
--	--	---	--	--

Level	Summary	Specifications	Typical reporting frequency for level	Example of possible use for level of supervision
3	The supervisee takes primary responsibility	The supervisor must ensure that there are	Report at renewal if moving from a	☐ Generally used at second stages of a

	for their practice, including individual patients	mechanisms in place for monitoring whether the supervisee is practising safely. The supervisee is permitted to work independently, provided the supervisor is readily contactable by telephone or other means of telecommunication such as videoconference. The supervisor must conduct regular reviews of the supervisee's practice.	higher level of supervision and previous satisfactory reports provided. If commencing at level 3 supervision, a report after initial three months and then on renewal.	supervised practice plan after the practitioner has progressed through level 1 or 2 supervision
--	---	---	---	---

Level	Summary	Specifications	Typical reporting frequency for level	Example of possible use for level of supervision

4	The supervisee takes full responsibility for their practice, including individual patients within the supervisor's general oversight	The supervisor must provide broad oversight of the supervisee's practice. The supervisor must be available for case review or consultation if the supervisee requires assistance in person or by other means of communication. The approved supervisor must conduct periodic reviews of the supervisee's practice.	Report at renewal if moving from a higher level of supervision and previous satisfactory reports provided. If commencing at level 4 supervision, a report after initial three months and then on renewal	☐ Later stages of a supervised practice plan after the practitioner has progressed through level 1, 2 or 3 supervision ☐ Please note, it is possible to start at level 4 supervision
---	---	---	--	--