



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Joana Isabel Freire Lopes

## **Modelo *continuum* de supervisão de Anderson: Estudo de caso**

**Relatório Final elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Terapia da Fala,  
área de Supervisão Clínica e Gestão de Recursos**

**Orientador:** Professora Doutora Isabel Cristina Ramos Peixoto Guimarães

**Co-orientador:** Mestre Maria Dulce Henriques Tavares

Dezembro, 2012



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Joana Isabel Freire Lopes

## **Modelo *continuum* de supervisão de Anderson: Estudo de caso**

**Relatório Final elaborado com vista à obtenção  
do grau de Mestre em Terapia da Fala,  
área de Supervisão Clínica e Gestão de Recursos**

**Orientador:** Professora Doutora Isabel Cristina Ramos Peixoto Guimarães

**Júri:**

**Presidente:** Professora Doutora Élia Maria Carvalho Pinheiro da Silva Pinto  
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Vogais:** Mestre Maria Dulce Henriques Tavares  
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Professora Doutora Marisa Lobo Lousada  
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dezembro, 2012

## Resumo

No âmbito do mestrado em terapia da fala na área de supervisão clínica e gestão de recursos realizou-se a orientação de um aluno num estágio curricular de intervenção durante 15 semanas em contexto hospitalar.

Foi aplicado o modelo *continuum* de supervisão de Anderson de 1988, constituído por três fases que implicam um aumento de autonomia e independência do aluno relativamente ao educador clínico (EC). Este estudo de caso com um aluno do 4º ano de terapia da fala, de 22 anos a cumprir um estágio em contexto hospitalar, pretende responder à questão: “Será que o modelo *continuum* de supervisão é eficaz na educação clínica de um estudante de terapia da fala (TF) do 4ºano?”

Realizou-se a descrição das competências do aluno nos três momentos de avaliação do estágio e compararam-se os resultados, no sentido de observar a sua evolução. O modelo revelou-se eficaz notando-se que no final do estágio o aluno atingiu a maioria das competências estabelecidas no último nível do modelo, à exceção das que requerem proatividade e iniciativa.

No segundo capítulo apresenta-se um estudo de validação de um questionário de recolha de feedback do aluno relativamente ao EC, através do recurso a um painel de peritos e a um préteste. Este instrumento permite a reflexão do aluno, desenvolvendo as competências de análise.

Considera-se que a formação pósgraduada na área da supervisão clínica é muito importante e potencia o desenvolvimento profissional do aluno e do EC.

## Abstract

On behalf of the Master Degree in Speech and Language Therapy (SLT) in the area of clinical supervision and management of resources, a student was supervised in a curricular internship for 15 weeks in a hospital context. The Anderson's model *continuum* of supervision (1988) was applied, consisting of three phases that imply an increase in autonomy and independence of the student towards the clinical educator (CE). This case study refers to a 4th year student of SLT who is 22 years old and aims to answer the question: "Will the model *continuum* of supervision be effective in clinical education for a 4th year student of SLT? The description of the student's skills was completed in three moments of evaluation during the internship and the results were compared, in order to observe his progress. The model proved to be effective, noting that towards the end of the

internship the student reached the final level of the model in the majority of established skills, except for those which require proactivity and initiative.

The second chapter presents a validation study of a questionnaire used for gathering feedback from students regarding the CE, by using a panel of experts and a pre-test. This instrument allows student's reflection, developing his skills of analysis. It is considered that post-graduate training in the area of clinical supervision is very important and enables the professional development of both the student and the CE.

## Índice

Introdução ao relatório .....	6
I. Modelo de supervisão clínica.....	8
1.1 Enquadramento teórico.....	8
1.2 Metodologia.....	14
1.2.1 Sujeito.....	14
1.2.2 Instrumentos .....	15
1.2.3 Procedimentos .....	17
1.3 Apresentação e discussão dos resultados .....	21
1.4 Conclusões.....	29
II. Contributo para a validação do instrumento “Questionário de feedback do aluno relativamente ao educador clínico” .....	30
Resumo.....	30
2.1 Introdução.....	32
2.2 Metodologia.....	34
2.3 Apresentação e discussão dos resultados .....	36
2.4 Conclusões.....	39
III. Considerações finais.....	40
Referências bibliográficas .....	41
Apêndices do relatório.....	44
Apêndices do artigo.....	76
Anexos.....	113

## **Introdução ao relatório**

O presente relatório tem por objetivo apresentar uma descrição e uma reflexão crítica sobre o estágio, realizado no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala na área de Supervisão clínica e gestão de recursos que incluiu o processo de supervisão clínica desenvolvido durante o estágio curricular com um aluno de 4ºano de Terapia da Fala (TF) realizado entre 20 de setembro de 2011 e 13 de janeiro de 2012, num total de 15 semanas, na Unidade de TF do Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA).

No capítulo I, pretende-se descrever a forma como o estágio decorreu, expondo-se o modelo de supervisão adotado, o seu planeamento e a implementação de metodologias de acompanhamento na vertente técnica e pedagógica, evidenciando-se particularmente a (auto) avaliação de desempenho e de competências.

Atualmente existem vários modelos de supervisão clínica em que o terapeuta da fala se pode basear na sua prática, considerando-se vantajosas as fases desenvolvimentais do modelo *continuum* de supervisão, apresentadas por Anderson em 1988, pois possibilitam adequar a supervisão clínica, em cada etapa segundo as necessidades do aluno e tendo em vista alcançar o maior nível de autonomia.

Assim, apresenta-se um estudo de caso que pretende responder à seguinte questão orientadora: “Será que o modelo *continuum* de supervisão é eficaz na educação clínica de um estudante de TF do 4ºano?”.

Caracterizaram-se e compararam-se as competências do aluno nos três momentos que constituem a avaliação (diagnóstica, formativa e sumativa) esperando-se que no último momento de avaliação o aluno atinja a terceira fase do modelo descrito, na maioria das competências.

Este processo implica que o educador clínico (EC) assista o aluno, para que este se torne autónomo no processo de intervenção clínica com as patologias acompanhadas, fomentando o seu desenvolvimento académico e profissional futuramente.

No decurso do estágio sentiu-se necessidade de desenvolver instrumentos de trabalho, nomeadamente um questionário de feedback do aluno relativo ao EC, pelo que no capítulo II se apresenta um estudo de contributo para a sua validação.

O estudo pretende responder à questão: “Será que o instrumento avalia de forma correta e apropriada aquilo que se propõe medir?”.

Procedeu-se à recolha de duas rondas de opinião por um painel de peritos, através do preenchimento de uma grelha com uma escala tipo Likert. Após as reformulações do instrumento realizou-se um préteste a alunos estagiários que não suscitou mais alterações.

No final do relatório apresentam-se as principais considerações sobre todo o processo de aprendizagem enquanto mestranda.

Este relatório assume especial relevância pois permite explorar e promover o processo de educação clínica, potencializando as aprendizagens tanto do aluno como do EC, em dimensões técnicas e humanas, de forma mais reflexiva, proativa e mobilizando competências de comunicação interpessoal.

## I. Modelo de supervisão clínica

### 1.1 Enquadramento teórico

Neste capítulo apresenta-se uma breve descrição dos principais aspetos teóricos inerentes ao modelo de supervisão clínica implementado.

O processo de supervisão clínica representa uma área distinta da prática em TF e constitui um componente essencial na educação dos alunos e no crescimento profissional contínuo dos terapeutas da fala. Assume-se como uma diversidade de atividades e comportamentos específicos orientados para as necessidades, competências e expectativas do supervisor e do supervisionado e para as exigências do contexto clínico (American Speech-Language-Hearing Association – ASHA, 2008).

O conhecimento sobre os modelos de supervisão clínica disponíveis, capacita o EC para o desenvolvimento de um processo em que todos os intervenientes beneficiam, incluindo-se a si próprio, o aluno e os utentes (McLeod, Romanini, Cohn & Higgs, 2001).

Como o processo de educação clínica se deve adequar ao nível de conhecimentos, experiência e competência do aluno (ASHA, 2005 citada por Philips, 2009), torna-se assim necessário avaliar estes parâmetros no momento inicial do estágio para se poder identificar pontos fortes e fracos, bem como necessidades e expectativas do aluno (Philips, 2009) e nesta base adotar um modelo de supervisão.

Assim, de entre vários modelos, optou-se por aplicar o *continuum* de supervisão de Anderson criado em 1988. Segundo McLeod *et al.* (2001), este modelo apresenta três fases.

A primeira fase deste modelo “*evaluation- feedback stage*” (fase de avaliação e feedback) propõe um estilo de supervisão mais direto/ativo, onde o aluno assume o papel mais passivo, observando o EC e recebendo instruções mais diretas sobre as suas ações e pressupostos teóricos. Neste estágio encontram-se alunos numa fase inicial ou sem experiência em determinada área da TF que envolva maior complexidade de raciocínio e experiência clínica (Newman, Victor & Zylla-Jones, 2009). Assim, o EC é mais diretivo, liderando o processo. Deverá fornecer mais informações e feedback sobre os utentes relativamente à intervenção realizada e ao diagnóstico. Além disso, quando o aluno inicia a sua intervenção espera-se que o EC ainda assuma a liderança do processo terapêutico, tendo em vista as necessidades de cada utente. Esta fase é facilitadora e organizadora para

o aluno, contudo espera-se que rapidamente se possa avançar para o estadió seguinte (Newman, 2011).

Segue-se a “*transitional stage*” (fase de transição) em que o aluno reflete de forma crítica sobre as experiências e participa mais autonomamente no acompanhamento dos utentes, podendo recorrer-se à implementação de modelos colaborativos. O aluno torna-se um participante mais ativo, sendo encorajado a tomar decisões com base no raciocínio clínico que desenvolveu na primeira fase, ainda com ajuda do EC. Existe uma partilha na resolução de situações problemáticas, o aluno caminha para uma posição de maior independência, aumentando os seus conhecimentos e aperfeiçoando as suas competências. O estilo colaborativo é o mais adequado para esta etapa do processo de supervisão, prevendo-se que a responsabilidade seja partilhada e que o estabelecimento de objetivos seja em conjunto. Também se prevê que o aluno observe sucessivas sessões terapêuticas com a aplicação da mesma técnica antes de a implementar (Newman *et al.*, 2009). Esta estratégia de imitação deve ser precedida de estratégias cognitivas e complementada com outras psicomotoras de níveis mais complexos, incluindo a realização da técnica (manipulação) em conjunto com o aluno, numa perspetiva mais colaborativa/cooperativa (McKenna & Tooth, 2006).

Nesta fase do modelo de supervisão o aluno deverá planear, implementar e analisar a sua intervenção de forma mais autónoma, sendo mais responsabilizado, o que poderá ser gerador de ansiedade. Assim, o EC deverá verificar se o aluno demonstra sinais a este nível e também gerir a sua própria perda de controlo da intervenção com os utentes e familiares (Newman, 2011).

Espera-se que o aluno atinja uma maior autonomia com casos considerados mais simples, necessitando de pouco apoio do EC, podendo exigir maior acompanhamento em outras competências, tais como realizar sessões de intervenção indireta com os familiares. Neste caso o EC pode adotar um estilo de supervisão mais ativo e dirigir o aluno nos aspetos mais importantes, tais como escolha de vocabulário apropriado (Newman, 2011).

O aluno deverá aprender a analisar as suas sessões terapêuticas e o seu desempenho/comportamento (Newman *et al.*, 2009).

No modelo subjacente espera-se que o aluno alcance a última fase “*self-supervision stage*” (fase de autosupervisão), em que o estilo é mais consultivo, sendo que o EC ouve e apoia o aluno na resolução de problemas apenas quando este o solicita (Staub, 2008). O aluno deverá ser capaz de autoanalisar as aprendizagens e transferi-las para outros contextos, funcionando independentemente, resolvendo os problemas que surgem de

acordo com os conhecimentos de que dispõe. O aluno autoavalia a sua prestação de forma autónoma, estabelecendo-se assim uma relação de par com o EC (Newman *et al.*, 2009).

A passagem para a última fase do *continuum* poderá ser realizada quando o aluno demonstrar algum nível de independência, ou seja, quando for o responsável pela gestão da intervenção com os utentes que acompanha, e quando revelar maior autonomia na intervenção indireta com as famílias (Newman, 2011).

Tendo em conta que, de acordo com O'Connor e Newman (2009) o processo de supervisão clínica é dinâmico, desencadeando contínuas mudanças no aluno e no EC, a maior vantagem deste modelo parece ser a flexibilidade na escolha do estilo de supervisão adequado e a adaptação aos diferentes níveis de conhecimento e capacidades clínicas do aluno, atendendo a cada fase do *continuum*.

Este modelo de supervisão não apresenta limites de tempo entre cada fase, o que se adequa aos diferentes ritmos de aprendizagem e a cada experiência clínica, pretendendo suportar o aluno no seu desenvolvimento e autoavaliação para reconhecer as suas áreas fortes e as áreas que requerem apoio adicional (Newman, 2011).

No processo de supervisão podem ser traçados objetivos de acordo com cada fase do *continuum*, orientando o aluno sobre o que se espera do seu desempenho e favorecendo a avaliação. Segundo McKenna e Tooth (2006), a definição dos objetivos deve integrar três componentes: ação - o comportamento observável a ser atingido; condição - as circunstâncias que envolvem a concretização da ação estipulada; e critério - indica em que medida a ação deve ocorrer para se alcançar o objetivo.

Os mesmos autores propõem que os objetivos sejam enquadrados ao nível dos domínios: cognitivo- que se refere a competências intelectuais; afetivo- que integra expressão de sentimentos, valores e atitudes; e psicomotor- centrado na aquisição de competências.

Cada um destes domínios de aprendizagem apresenta níveis hierárquicos de complexidade, representando estratégias cada vez mais elaboradas e que implicam maior reflexão e integração dos conhecimentos. Por exemplo no domínio cognitivo espera-se que o indivíduo seja capaz de adquirir conhecimentos teóricos sobre determinado assunto e desenvolvê-los, atingindo um nível de análise e síntese e finalmente de avaliação; no domínio afetivo pretende-se alcançar um crescimento em termos de sentimentos e de compromisso; no domínio psicomotor encontram-se as estratégias de imitação, manipulação que se complexificam até ao nível de naturalização que representa a automatização do comportamento.

Independentemente do modelo de supervisão a implementar Rose e Best (2005) referem que o estágio deverá ser precedido por um período de preparação. Assim, o EC deve atender a determinados aspetos organizacionais e de planeamento no sentido de proporcionar um ambiente apropriado à aprendizagem do aluno (McLeod *et al.*, 2001). Também se atribui importância à receção do aluno no local de estágio. Este representa um momento de acolhimento e contextualização que permite conhecer o contexto do estágio, pretendendo-se deixar uma impressão positiva orientada para favorecer a sua aprendizagem (Rose & Best, 2005).

Preconiza-se a realização de reuniões de supervisão formais ao longo do estágio, definidas previamente, e com carácter regular. Constituem um recurso para validar o feedback dado informalmente, realizar a monitorização da aprendizagem do aluno e aferir aspetos do processo de educação clínica como dificuldades sentidas e respetivo apoio para as ultrapassar, proporcionando o crescimento profissional (Newman *et al.*, 2009).

No sentido de conduzir eficazmente o processo de supervisão, os mesmos autores evidenciam que o EC deve conhecer desde o início as características individuais do aluno.

Destaca-se: a) o estilo de aprendizagem do aluno, que permite encontrar a forma mais efetiva de direcionar o estilo de supervisão (ASHA, 2008a); b) o modo como o aluno prefere receber e dar feedback, sendo que o feedback é essencial no processo de avaliação e pretende-se que seja recíproco (Lincoln *et al.*, 2001) descritivo, isento de julgamentos, focado em comportamentos específicos, diretamente observáveis e fornecido o mais próximo possível da situação a que respeita (Newman *et al.*, 2009); c) as necessidades e expectativas do aluno e d) objetivos e preferências do indivíduo (McKenna & Tooth, 2006).

Sobre este último item considerou-se o estudo de Klopfenstein (2010) que se debruça sobre os principais aspetos que alunos recém-formados em TF enunciaram pretender desenvolver no seu primeiro ano de prática profissional, identificando-se três categorias: a) capacidades técnicas – gestão do tempo e das tarefas, preparação e desenvolvimento das sessões terapêuticas, adaptação aos utentes, pesquisa e recolha de informação; b) comunicação no contexto clínico- com os utentes e supervisores clínicos; c) desenvolvimento de uma identidade clínica – aferir expectativas, mobilizar experiências anteriores, autoavaliação e preferências dos utentes.

Tendo em conta que a perceção do aluno e do EC é necessariamente diferente, no sentido de diminuir esta discrepância é útil recorrer ao feedback escrito, à autoavaliação através do preenchimento de *checklists* e a relatos em que o aluno reflete sobre as suas experiências (McCarthy, 2009).

Schon (1987, citado por Lincoln, Stockhausen & Maloney, 2001) refere que os alunos refletem sobre as experiências no momento em que estas estão a decorrer, tomando decisões, adaptando-se ao contexto e também após as experiências terem ocorrido.

Também o EC se deve preocupar em realizar uma constante autoanálise, no sentido de facilitar e melhorar as suas competências de supervisão (O'Connor & Newman, 2009). Tal como referem McAllister, Lincoln, Ferguson e McAllister (2009), o desenvolvimento profissional do aluno e do EC é potencializado quando o processo de supervisão implica a autoanálise e autoavaliação de ambos. Este processo também tem em vista desenvolver no aluno um raciocínio clínico independente, que lhe permita resolver problemas em situações clínicas desafiantes, esperando-se que seja capaz de compreender como é que os dados clínicos disponíveis podem facilitar a evolução do utente e de si próprio (O'Connor & Newman, 2009).

Esta capacidade de resolução de problemas, deve ser privilegiada no processo de prática clínica, incentivando-se os alunos a pesquisar informação, a interpretá-la, a sistematizá-la e a avaliá-la de modo a tomar decisões clínicas. As hipóteses colocadas pelo aluno e a sua própria autoanálise são condições que o EC deve considerar ao avaliar o aluno a este respeito (Higgs, 2001).

A avaliação é de facto outro elemento importante no processo de supervisão clínica. Esta deve ser constituída por três fases: diagnóstica, formativa e sumativa. A avaliação diagnóstica pretende situar o aluno face a novas aprendizagens que lhe vão sendo propostas (Ribeiro, 1999). A avaliação formativa constitui uma sessão estruturada de feedback, que se pretende um guia para o aluno contextualizar a sua evolução e promover uma prática reflexiva que inclui a discussão oral dos casos, relatórios de caso e a própria autoavaliação (McCarthy, 2009). A avaliação sumativa implica a atribuição de uma classificação, no final de determinado período (Rose & Best, 2005).

Uma importante ferramenta para a avaliação é a elaboração conjunta de um contrato de aprendizagem que serve de guia ao aluno e ao ser continuamente monitorizado promove o feedback (Orientações Pedagógicas para Docentes do Ensino Superior -OPDES, sd) e permite estabelecer necessidades, objetivos, dividindo responsabilidades no processo (Lincoln *et al.*, 2001).

De acordo com McAllister *et al.* (2009), a avaliação do aluno deverá ser orientada por objetivos, que são estabelecidos em colaboração com o indivíduo, tal como McKeena e Tooth (2006) referem, abrangendo as expectativas de progresso e competências a avaliar. Estes autores estabelecem um perfil de desempenho contemplando várias competências

gerais e específicas para três níveis/estádios de aprendizagem do aluno: “inicial”; “intermédio”; e “final-entrada na profissão”.

Os autores indicam que no nível inicial o aluno necessita de maior suporte do EC para compreender a situação global do utente, retirar daí conclusões, delinear um plano de ação e aplicar estratégias para resolução de problemas. Referem que é necessário mais tempo e esforço para integrar as responsabilidades clínicas. Na fase intermédia espera-se que em função da complexidade do caso, o aluno já seja capaz de realizar estas tarefas mais autonomamente e desenvolva competências de observação que favoreçam o raciocínio clínico. Poderá ser mais dirigido pelo EC na priorização de objetivos. No nível final o aluno deve ser mais independente, identificando os aspetos importantes do problema clínico e de uma forma integrada propôr conclusões/ações que podem ser modificadas se nova informação for adicionada. Observando estes aspetos é possível realizar um paralelismo com as três fases do modelo *continuum* de supervisão.

Além do desenvolvimento das competências técnicas, há que valorizar as competências interpessoais, tais como a autoconsciência e autogestão que promovem a inteligência emocional. Davys e Beddoe (2010) referem-nas como importantes ferramentas no controlo emocional do próprio, e na compreensão das emoções/sentimentos dos outros. Howe (2008, citado por Davys e Beddoe, 2010) defende que estas competências permitem potencializar a capacidade de observação, avaliação, raciocínio clínico e a relação terapêutica com o utente. O EC deverá facilitar a expressão de sentimentos e conduzir o processo de forma a dar espaço ao aluno para se expressar e, consoante a natureza do problema, dar a resposta mais adequada que pode mesmo ser a providência de apoio psicológico especializado (Davys & Beddoe, 2010).

Inerentes a todos estes aspetos encontram-se as responsabilidades legais e éticas que o EC deverá integrar (O'Connor & Newman, 2009). O código de ética apresentado pela ASHA (2010) enuncia que o EC tem de assegurar que o paciente recebe o melhor tratamento, que o aluno recebe o melhor acompanhamento de supervisão possível e que é respeitado durante o processo de educação clínica. De acordo com este código de ética, destaca-se a temática da confidencialidade da informação. A ASHA (2004) desenvolve o assunto, referindo que os intervenientes no processo de intervenção ou educação clínica não devem divulgar informações que lhes sejam confiadas sem autorização, bem como guardar de forma segura os seus registos escritos e gravações dos utentes.

Atendendo às bases teóricas descritas, segue-se a apresentação da metodologia adotada neste estudo de caso.

## 1.2 Metodologia

O presente relatório apresenta um estudo de caso que pretende responder à questão: “Será que o modelo *continuum* de supervisão é eficaz na educação clínica de um estudante de TF do 4ºano?”

Para responder à questão formulada o presente estudo tem os seguintes objetivos:

### Objetivo geral

- Verificar se o aluno se tornou autónomo na prática clínica, através da implementação do modelo *continuum* de supervisão.

### Objetivos específicos

- 1) Caracterizar as competências do aluno no momento da avaliação diagnóstica.
- 2) Caracterizar as competências do aluno no momento da avaliação formativa.
- 3) Caracterizar as competências do aluno no momento da avaliação sumativa.
- 4) Comparação entre os três momentos de avaliação
- 5) Verificar se foram alcançados os objetivos (expetativas) do aluno.

No sentido de verificar os objetivos acima mencionados recorreu-se a uma metodologia qualitativa, descritiva e comparativa

### 1.2.1 Sujeito

O estudo foi realizado apenas com um estudante de 22 anos, a frequentar o 4º ano de TF, no âmbito da unidade curricular Educação Clínica III.

Através dos dados obtidos na avaliação da sua caracterização, recolhendo-se as suas expetativas e objetivos para o estágio e aplicando-se o questionário “Memletics accelerated learning styles inventory” foi possível constatar que apresenta um perfil de aprendizagem predominantemente social, verbal/auditivo, remetendo-nos para uma preferência por tarefas desenvolvidas em grupo e predominantemente por via de explicações orais e escritas.

As suas expetativas para o estágio são desenvolver competências na área de intervenção terapêutica e adquirir método de trabalho no que respeita à organização.

Os objetivos que pretende alcançar são: desenvolver aptidões específicas da área técnica, nas componentes de avaliação e intervenção, essencialmente ao nível da motricidade orofacial e deglutição.

Segundo o que foi relatado pelo aluno, a experiência de prática clínica anterior decorreu em contexto hospitalar, abrangendo pacientes em idade adulta e pediátrica, principalmente com alterações de linguagem.

O aluno referiu que a experiência do estágio anterior foi negativa quanto ao suporte dado pelo EC, às competências adquiridas e à classificação final que foi abaixo das suas expectativas. Verbalizou que esta situação lhe trouxe ansiedade, reduzindo a sua autoestima e influenciou as suas expectativas para o presente estágio.

### **1.2.2 Instrumentos**

Em seguida apresentam-se os instrumentos utilizados ao longo do estágio.

- Cronograma (apêndice I) – elaborado antes do início do estágio, contemplando: as atividades planeadas para cada semana; os conteúdos da reunião de supervisão semanal; as propostas de tarefas com os respetivos prazos de entrega; planeamento de sessões que serão realizadas com outros TF, nomeadamente na realização de primeiras avaliações e na observação de casos de interesse para o aluno tanto na TF como em outras valências.
- Recolha escrita das expectativas e objetivos do aluno para o estágio (apêndice II) - constituído por estes dois parâmetros no sentido de promover a reflexão do aluno .
- Questionário “Memletics accelerated learning styles inventory” versão 1.2. de Advanogy (2003) para avaliação do perfil de aprendizagem do aluno (anexo I) – trata-se de um questionário de autopreenchimento com 70 questões que se classificam numa escala de três níveis: 0-“a descrição não tem nada a ver comigo; 1-“a descrição é em parte como eu sou”; 2-“a descrição é exatamente como eu sou”. Implica uma autoavaliação anterior ao preenchimento que serve de comparação aos resultados finais obtidos. Após cotação os resultados são representados num gráfico, salientando de forma evidente os estilos de aprendizagem mais dominantes e os secundários. A classificação indica sete estilos de aprendizagem: visual, auditivo, verbal, físico, lógico, social e solitário que dão indicações concretas sobre o modo de conduzir o processo de aprendizagem. Não se encontraram, no entanto, estudos de validação deste questionário.
- Contrato de aprendizagem, baseado em OPDES (sd) (apêndice IV)- centrado em cinco objetivos, apresentando-se as respetivas tarefas que o aluno deverá realizar, as estratégias a implementar, bem como o prazo e o critério de sucesso para cada um deles.

- Questionário de autoavaliação do aluno relativamente à sessão terapêutica, baseado nas diretrizes de Lincoln, Stockhausen e Maloney (2001) (apêndice V)- constituído por oito questões abertas em que o aluno reflete sobre a sua prática numa determinada sessão terapêutica, tendo em vista possíveis reformulações para futuras sessões. Pode ser aplicado ao longo do estágio sempre que se justifique, de preferência imediatamente após a sessão a que respeita.
- Questionário de feedback do aluno relativamente ao educador clínico, baseado nas indicações expressas por Lincoln, Carmody e Maloney (2001) (apêndice V)- constituído por seis questões abertas relacionadas com o desempenho do EC e com o local de estágio. Poderá ser preenchido no momento da avaliação diagnóstica e formativa. Este instrumento será apresentado em detalhe no capítulo II, num estudo de contributo para a sua validação.
- Autoavaliação do EC baseado no perfil de características que o EC deve ter, enunciado por Schlisselberg (2008), que foi adaptado para um formato de questionário (apêndice V) – questionário constituído por 14 perguntas fechadas, classificadas numa escala de Likert de cinco níveis, sendo 1-Nunca e o 5-Sempre. Poderá ser preenchido pelo EC nos momentos de avaliação diagnóstica e formativa de modo a realizar uma reflexão sobre o seu desempenho e reformular a sua abordagem se necessário.
- (Auto) Avaliação diagnóstica (anexo II)- questionário elaborado pela Escola Superior, em que o EC classifica 10 questões gerais sobre o desempenho do aluno com base num escala de três níveis. Deverá ser preenchida ao fim do primeiro mês de estágio.
- (Auto) Avaliação formativa e sumativa de acordo com as normas da Escola Superior (anexo III)- questionário que deverá ser preenchido pelo EC de modo qualitativo na 8ª semana de estágio e quantitativamente no último dia de estágio. Apresenta o domínio técnico e de atitudes, classificando-se em vários níveis correspondentes a uma classificação até 20 valores.
- (Auto) Avaliação por competências baseado em McAllister *et al.* (2009) – constituído por oito competências que se avaliam em indicadores comportamentais divididos em três indicadores de medida, correspondentes aos níveis inicial, intermédio e final. Este instrumento foi adaptado de um instrumento desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Supervisão clínica em Terapia da Fala da 1ª edição do mestrado em TF da ESSA, 2010/12.
- Registos escritos pedidos ao aluno- tendo em conta a dinâmica da instituição e as características do aluno os registos clínicos mais apropriados foram: registos escritos em formato de relatório de caso e estudo de caso; registos de sessões; preenchimento de

grelhas de autoavaliação ou de avaliação referente ao processo de educação clínica; duas cartas em formato de relatório de caso a dois profissionais diferentes (um deles TF).

### **1.2.3 Procedimentos**

Em seguida será descrita a forma como se planearam as atividades, bem como os procedimentos adotados para o seu desenvolvimento.

#### 1.Preparação do estágio

Foram adotadas as seguintes medidas:

- Atribuição de 1h semanal, no horário do EC, destinada à reunião de supervisão com o aluno.
- Elaboração do cronograma (apêndice I) onde se apresentam as atividades propostas ao longo do estágio em cada período. Pretende-se que este cronograma sirva apenas de orientação, sendo que a calendarização pode ser sujeita a reformulações, havendo sempre espaço para que o aluno introduza tópicos do seu interesse.
- Definição do tipo de registos escritos pedidos ao aluno de acordo com o funcionamento da instituição.
- Comunicação ao aluno do horário do estágio, das normas de fardamento/identificação e do tipo de patologia que irá acompanhar, em utentes de idade pediátrica.
- Comunicação aos colegas da unidade de TF da data de chegada do aluno. Em reunião de unidade informaram-se os colegas e definiu-se como medida de contingência, que dois terapeutas especificamente, assegurariam o processo de supervisão no caso de possível ausência do EC por motivos imprevistos.

Em contexto de educação clínica, os papéis de cada elemento da unidade de TF estão estabelecidos, estando subjacente que cada terapeuta pode colaborar no processo, permitindo que o aluno observe sessões terapêuticas ou de avaliação (neste último caso apenas dois terapeutas especificamente), esclarecendo dúvidas sem interferir com a metodologia de educação clínica adotada pelo EC responsável pelo aluno.

#### 2.Forma de acolhimento do aluno

Aquando da chegada do aluno, fez-se uma breve caracterização da instituição: numa vertente mais global, pela diretora da unidade de TF, em reunião com todos os alunos estagiários em TF; numa vertente mais específica, pelo EC, em reunião de supervisão, abordando-se os principais aspetos de funcionamento do SRPD e do acompanhamento dos

utentes tais como: rotinas do serviço, organograma, missão da unidade de TF, critérios de admissão, normas de atendimento, normas de consulta e registo de processos.

Apresentou-se o aluno aos colegas da unidade de TF, aos elementos da equipa multidisciplinar do SRPD que assumem cargos de chefia e aos parceiros privilegiados na intervenção.

No sentido de implementar o modelo de supervisão mais adequado, o aluno descreveu oralmente a experiência de prática clínica anterior, quanto ao perfil de casos atendidos e ao contexto clínico.

### 3.Fase de avaliação e feedback

Pediou-se que o aluno refletisse sobre as suas expectativas e metas para o estágio, apresentando-as por escrito até ao final da primeira semana.

Sugeriu-se o preenchimento do questionário “Memletics accelerated learning styles inventory” versão 1.2. de Advanogy (2003), para a construção do seu perfil de aprendizagem, e discutiram-se os resultados oralmente, tendo-se traçado, em conjunto, os objetivos de estágio (apêndice III).

Com base no que se pretende alcançar no estágio e respetivos objetivos, estabeleceu-se o contrato de aprendizagem, baseado na proposta de OPDES (sd) (apêndice IV).

A escolha dos casos que o aluno iria acompanhar, realizou-se de uma forma partilhada mas tendo por base a diversificação de experiências quanto ao tipo de patologia, grau de severidade e alterações associadas (Newman *et al.*, 2009).

Considerando todos estes pressupostos adotou-se o modelo de supervisão que pareceu mais adequado, o *continuum* de supervisão de Anderson criado em 1988, que foi sucintamente apresentado ao aluno e discutido oralmente.

Estas ações tiveram lugar durante as duas primeiras semanas de estágio, no sentido de melhor delinear e organizar o processo de supervisão.

Também nestas primeiras semanas o aluno pôde observar várias sessões realizadas pelo EC, recebendo informação detalhada sobre cada caso, para poder caracterizá-los, atribuir diagnóstico e discuti-los. Contudo, como as fases do modelo de *continuum* de supervisão não são estanques, houve momentos ao longo do estágio que se enquadram nesta fase do *continuum*, nomeadamente quando surgiam casos com patologia mais complexa ou quando o aluno assistia a apresentações orais de relatórios de caso realizados por colegas da unidade de TF, em que assumia um papel mais passivo.

#### 4.Fase de transição

Nesta fase do modelo pretendeu-se: conduzir o processo de raciocínio clínico, numa perspetiva colaborativa; promover a autoanálise e a autoavaliação através do preenchimento de instrumentos adequados; desenvolver competências de comunicação interpessoal no sentido de facilitar o processo de supervisão clínica; fomentar a investigação em contexto clínico através de um esboço de estudo de caso com suporte na prática baseada na evidência (PBE).

Foram realizadas sessões conjuntas tanto no caso de utentes com patologia mais severa ou com a qual o aluno não tivesse ainda contactado, bem como nas primeiras avaliações, no sentido de promover um maior domínio do protocolo de aplicação e posteriormente da análise dos dados.

Como o estilo de aprendizagem do aluno privilegia a área social, proporcionaram-se algumas oportunidades a este nível, nomeadamente a colaboração entre alunos de TF e de outras valências (fisioterapia e terapia ocupacional).

Atendendo também ao estilo de aprendizagem do aluno, acordou-se que preferencialmente seria dado feedback oralmente e em algumas circunstâncias por escrito, no sentido de promover a autoanálise.

Tentou-se que o feedback fosse sempre objetivo e dirigido a situações concretas, dado no momento oportuno e oferecendo uma alternativa à ação realizada.

Por vezes o feedback ocorreu em momentos informais, tais como: o final de sessão, em que sobretudo se abordou qual a perceção do aluno sobre a dinâmica da sessão observada/realizada e quais os sentimentos que experienciou; durante as sessões terapêuticas com o intuito de permitir ao aluno uma reformulação imediata, conduzindo a sessão de outra forma.

Nos momentos em que foi dado/recebido feedback apenas estavam presentes os intervenientes diretos, respeitando-se a confidencialidade do feedback.

Tendo em conta que o estágio decorreu em contexto pediátrico, o feedback pedido aos utentes foi no sentido de referirem se gostaram de realizar as tarefas proposta e as respostas foram todas positivas.

Nos momentos de reunião de supervisão semanal, procurou-se seguir o que Newman *et al.* (2009) apresentam. Validou-se o feedback dado informalmente, discutiram-se os assuntos teóricos e trabalhos/registos clínicos em desenvolvimento, recorrendo-se sobretudo ao feedback escrito.

Deu-se também especial atenção às competências de autoanálise e autoavaliação.

Assim, propôs-se que o aluno realizasse a autoavaliação das suas sessões de intervenção, como base para a melhoria de alguns aspetos e para fomentar o desenvolvimento de um processo de raciocínio clínico cada vez mais autónomo.

Para tal recorreu-se a dois instrumentos já apresentados - Questionários de autoavaliação sobre a sessão terapêutica realizada e Questionários de feedback do aluno relativamente ao educador clínico, baseados nas diretrizes de Lincoln, Stockhausen e Maloney (2001) e de Lincoln, Carmody e Maloney (2001) respetivamente.

O EC também realizou a sua autoavaliação, construindo-se uma grelha com base nos pressupostos evidenciados por Schlisselberg (2008).

Durante o estágio foi necessário disponibilizar acompanhamento psicológico para o aluno, de forma a promover o seu desempenho e salvaguardar os utentes. Foi solicitado esse apoio à Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA)(apesar de não ser estudante desta instituição), através de um pedido escrito ao gabinete de apoio ao estudante (Apêndice VII), o qual foi atendido prontamente.

Esta fase correspondeu sobretudo ao período de estágio entre a 4<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semanas.

#### 5.Fase de auto supervisão

Cingiu-se sobretudo às duas últimas semanas de estágio onde se procurou adotar um estilo mais consultivo, valorizando-se a iniciativa do aluno e a sua autonomia no processo de intervenção.

Promoveu-se o desenvolvimento de sentimentos e atitudes positivas no aluno relativamente à sua independência na intervenção.

#### 6. Processo de avaliação

O processo de avaliação é transversal a todas as fases do modelo de supervisão. Os critérios são estabelecidos pelas normas da Escola Superior e pressupõem avaliações formais, baseadas em comportamentos observáveis e na sua qualidade, devendo ocorrer em momentos específicos ao longo do estágio, os quais se respeitaram.

Pediou-se sempre a autoavaliação, referente aos objetivos propostos pela Escola Superior. Na avaliação formativa e sumativa também se analisaram os objetivos constantes no contrato de aprendizagem e ainda uma grelha de avaliação por competências, baseada nas diretrizes de McAllister *et al.* (2009) que foi elaborada na unidade curricular de Supervisão clínica em Terapia da Fala da 1ªedição do Mestrado em Terapia da Fala da ESSA 2010/12 (Apêndice VI).

Na avaliação sumativa atribuiu-se a classificação quantitativa, respeitando os parâmetros estabelecidos pela instituição acadêmica do aluno.

### **1.3 Apresentação e discussão dos resultados**

Em seguida apresentam-se os principais resultados a salientar do corrente estágio, de acordo com os objetivos traçados.

Relativamente ao primeiro objetivo, no momento da avaliação diagnóstica não foi possível avaliar o aluno nas competências de planeamento, intervenção e aprendizagem ao longo da vida, tendo em conta o curto período de tempo decorrido não se solicitaram tarefas a este nível. Nas restantes competências (avaliação, análise, raciocínio clínico, comunicação e profissionalismo) observou-se que o aluno precisava ainda de muito suporte do EC para compreender o quadro global do utente, situando-se no nível inicial de competências apresentado por McAllister *et al.* (2009). Atendendo ao modelo de Anderson também se verifica, para estas competências, que o aluno se situa na fase de avaliação e feedback, o que está de acordo com o esperado para este período de aplicação do modelo. O domínio de aprendizagem cognitivo, é preponderante, mais centrado nas competências teóricas e de análise, sendo que o domínio afetivo ainda é pouco visível pois o aluno é mais passivo, escuta o EC e ainda não expressa os seus sentimentos de forma espontânea. No domínio psicomotor apenas experiencia ao nível da imitação.

Os resultados encontrados, de acordo com as competências delineadas, nos momentos da avaliação formativa e sumativa encontram-se sintetizados no quadro abaixo.

Quadro 1- Competências do aluno de acordo com as fases do modelo *continuum* de supervisão.

<b>Competências</b>	<b>Indicador comportamental</b>	<b>Avaliação formativa</b>	<b>Avaliação sumativa</b>
<b>Avaliação</b>	Recolhe a informação relevante.	Fase de transição	Fase de transição
	Estabelece o plano de avaliação.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Realiza a avaliação.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
<b>Análise</b>	Analisa e interpreta os dados da avaliação.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Estabelece o diagnóstico em Terapia da Fala.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Estabelece o prognóstico em Terapia da Fala.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
<b>Planeamento</b>	Discute com utente /cuidador(es) sobre os objetivos delineados	Fase de transição	Fase de transição
	Seleciona o plano de intervenção em conjunto com o utente e/ou cuidador(es)	Fase de transição	Fase de transição
	Elabora planos de intervenção terapêutica e de sessão	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
<b>Intervenção</b>	Estabelece relação com o utente, facilitando a intervenção	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Implementa o plano de intervenção	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Avalia de forma contínua a intervenção e modifica o plano se necessário	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Documenta as alterações efetuadas e evolução (Justificação)	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
<b>Raciocínio clínico</b>	Utiliza os conhecimentos para justificar a prática em Terapia da Fala	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Apresenta uma perspetiva holística	Fase de autosupervisão	Fase de auto-supervisão
	Apresenta raciocínio profissional	Fase de transição	Fase de transição

Quadro 2- Competências do aluno de acordo com as fases do modelo *continuum* de supervisão. (continuação)

<b>Competências</b>	<b>Indicador comportamental</b>	<b>Avaliação formativa</b>	<b>Avaliação sumativa</b>
<b>Comunicação</b>	Interage com o utente, com apoio do supervisor.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Desenvolve uma interação adequada com os membros da equipa.	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
<b>Aprendizagem ao longo da vida</b>	Reflete sobre o seu desempenho	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	É proativo na aprendizagem	Fase de transição	Fase de transição
	Desenvolve continuamente o seu desempenho	Fase de transição	Fase de transição
<b>Profissionalismo</b>	Demonstra capacidade de organização	Fase de transição	Fase de auto-supervisão
	Adequa comportamentos e atitudes profissionais	Fase de autosupervisão	Fase de auto-supervisão
	Cumprir as regras do código ético e deontológico da profissão	Fase de transição	Fase de auto-supervisão

Quanto ao objetivo 2. de acordo com o quadro 1 e 2 é possível verificar que no momento da avaliação formativa, o aluno possui competências de avaliação, análise, planeamento, intervenção, comunicação e aprendizagem ao longo da vida que são desenvolvidas sob supervisão do EC, gradualmente de forma mais autónoma, o que está de acordo com o previsto nas normas da Escola Superior e com o que se espera na implementação do modelo de Anderson. Nestas competências o aluno situa-se na fase de transição do modelo, o que significa que o aluno já é mais autónomo no acompanhamento dos utentes e no processo de aprendizagem, tendo para isso desenvolvido competências de domínio cognitivo sobretudo ao nível de análise e síntese e também de avaliação, nomeadamente no indicador “Reflete sobre o seu desempenho”. No indicador “Apresenta uma perspetiva holística” o aluno evidenciou uma melhor prestação, correspondendo à fase de autosupervisão.

Na fase de transição o domínio psicomotor é também desenvolvido nos níveis de manipulação e tendendo à automatização.

No domínio afetivo já expressa os sentimentos e atitudes, embora ainda com solicitação do EC, destaca-se o indicador comportamental “Adequa comportamentos e atitudes profissionais” em que o aluno apresentou um nível de aprendizagem mais acentuado, situando-se na fase de autosupervisão.

Respondendo ao objetivo 3, constata-se que na avaliação sumativa o aluno atingiu a fase de autosupervisão na maior parte das competências, que é o pretendido no modelo adotado, demonstrando maior autonomia. Nos indicadores “ Discute com utente /cuidador(es) sobre os objetivos delineados” e “ Selecciona o plano de intervenção em conjunto com o utente e/ou cuidador(es)” não atingiu um nível de independência do EC suficiente para se situar na terceira fase do modelo. O mesmo se verificou nos indicadores “Apresenta raciocínio profissional”, “É proativo na aprendizagem” e “Desenvolve continuamente o seu desempenho”.

No momento da avaliação sumativa o aluno evidenciou maior capacidade de análise, síntese e avaliação, apresentando estratégias mais complexas de aprendizagem do domínio de cognitivo. No domínio afetivo também se notou um crescimento sobretudo no que se refere à autoavaliação. As estratégias do domínio psicomotor já indicam uma generalização da aplicação das técnicas e comportamentos a adotar, o que vai de encontro ao estabelecido no modelo implementado.

Quanto ao objetivo 4, pode observar-se que no momento da avaliação diagnóstica o aluno situava-se na fase de avaliação e feedback (nível inicial) e na avaliação formativa na fase de transição (correspondente ao nível intermédio), nas competências estabelecidas, à exceção dos indicadores “Adequa comportamentos e atitudes profissionais” e “Apresenta uma perspectiva holística ”em que já demonstrava desempenho compatível com a fase de autosupervisão.

No final do estágio (avaliação sumativa) o aluno conseguiu atingir a fase de autosupervisão na maioria dos indicadores comportamentais estabelecidos. O aluno não ultrapassou a fase de transição nos indicadores que se relacionam com a capacidade de iniciativa e proatividade, destacados nas competências de aprendizagem ao longo da vida e de raciocínio clínico. O mesmo se verificou nos indicadores comportamentais que implicavam discussão com cuidadores (competência de planeamento) e de recolha de informação relevante (competência de avaliação).

Notou-se que gradualmente foi atingindo níveis de aprendizagem mais complexos nos vários domínios, sendo que o afetivo foi o que menos se destacou.

Através dos instrumentos aplicados, verificou-se que o processo de educação clínica foi potencializado através do conhecimento mais aprofundado sobre o aluno, o que nos permite responder ao objetivo 5.

Assim, foi importante recolher informação sobre o aluno e comparar as suas respostas face a expectativas e objetivos para o estágio, com o que foi encontrado por Klopfenstein (2010). A análise destes aspetos, com o aluno, permitiu também enquadrar como objetivos, a vertente de desenvolvimento pessoal, interação com outros técnicos e de crescimento profissional, que também se consideram fatores importantes a desenvolver.

Ao definir o perfil de aprendizagem do aluno, foi possível seguir Lamarche-Bisson (sd), proporcionando oportunidades para o aluno expressar oralmente o que aprendeu bem como falar sobre as situações problemáticas a fim de as resolver.

Tendo em conta a vertente social encontrada, proporcionou-se a colaboração com outros colegas. De acordo com McLeod *et al.* (2001) a colaboração também pode ocorrer entre pares e na perspetiva da interdisciplinaridade, permitindo ao aluno envolver-se em prática terapêutica com outros profissionais, bem como desenvolver as suas competências comunicativas, discutindo casos ou sugerindo orientações.

Por outro lado, todos os procedimentos adotados possibilitaram o conhecimento prévio do aluno acerca do processo de supervisão, respetiva avaliação e objetivos bem como a valorização das suas expectativas e necessidades, o que está de acordo Brasseu (2001) e contribuiu para uma aprendizagem mais favorável.

Uma importante ferramenta na concretização destes aspetos foi o contrato de aprendizagem, em que se optou por uma estrutura com objetivos claramente definidos, apresentando critério de sucesso, pois de acordo com Rose e Best (2005) este processo permite uma avaliação mais credível e válida e constitui uma referência concreta para o aluno do que é esperado do seu desempenho.

O contrato de aprendizagem revelou-se bastante facilitador por promover as competências de organização e de capacidade de trabalho que o aluno gostaria de desenvolver. O mesmo se verificou na discussão do cronograma estabelecido que serviu de guia, contribuindo também para a diminuição da ansiedade inicial, pois de acordo com Lincoln, Carmody e Maloney (2001) desconhecer o que se espera do seu desempenho é um fator gerador de ansiedade no aluno.

Atribuiu-se grande importância às competências de comunicação interpessoal como ferramenta fundamental para conduzir o desenvolvimento do raciocínio clínico no aluno. O'Connor e Newman (2009) referem-no e foi uma das maiores dificuldades sentidas neste processo e que requer ainda treino e aperfeiçoamento por parte do EC.

Na autoavaliação do EC os parâmetros foram classificados nos itens “frequentemente” “sempre” mas não existiam questões sobre as competências interpessoais, pois a este nível sentiu-se necessidade de desenvolver a capacidade de formulação de perguntas abertas com um objetivo específico de orientar o aluno neste processo sem facultar toda a informação de imediato.

De um modo geral considera-se que o modelo adotado deu resposta às necessidades e objetivos estabelecidos para o estágio e foram ao encontro das expectativas do aluno.

Através do relato do aluno acerca das suas experiências clínicas anteriores verificou-se que embora estivesse familiarizado com o ambiente hospitalar, as patologias que iria acompanhar abrangiam um leque mais diversificado, e em áreas em que não tinha tido oportunidade de observar. Este facto implicou que, numa fase inicial, o aluno necessitasse de maior suporte e de uma abordagem mais colaborativa, antes de iniciar a intervenção de forma mais autónoma com o utente- “*fase de avaliação e feedback*”.

Sensivelmente, a partir da quarta semana de estágio, pôde ser introduzida a fase de transição, na maioria das competências.

Esta foi a fase predominante, pois ultrapassou-se rapidamente o primeiro estadio mas notou-se dificuldade em evoluir para os indicadores de medida correspondentes ao nível final - “*fase de autosupervisão*”.

Sentiu-se sempre necessidade de orientar sessões de intervenção indireta, como Newman (2011) evidencia e não se observou uma atitude de proatividade e de iniciativa por parte do aluno, o que seria de esperar, de acordo com o nível final que Mc Allister *et al.* (2009) apresentam e que também é estabelecido por Newman (2001) para a última fase do *continuum*.

Assim, procurou-se que o aluno fosse mais autónomo com os utentes que acompanhava há mais tempo, fomentando-se a autoanálise, por forma a atingir a última fase do modelo adotado. Tal como Newman *et al.* (2009) referem, procurou-se que na “*fase de transição*” e na “*fase de autosupervisão*”, existisse um equilíbrio entre o feedback direto dado pelo EC e a autoanálise do aluno.

Verificou-se que este modelo se enquadrou na dinâmica do local de estágio e pareceu facilitador também para o EC, dando resposta às várias funções que deverá desempenhar

como o papel de modelo, colega, professor, avaliador, gestor, conselheiro e investigador, segundo McLeod (1997, citado por Rose & Best, 2005).

Outra vertente importante foi a comunicação de sentimentos de forma aberta e honesta, favorecendo momentos de escuta ativa em que se mobiliza a observação de comportamentos não verbais, demonstrando empatia sem uma atitude de julgamento. (Newman *et al.*, 2009).

Uma das regras de ouro da comunicação – “Expressar”, assumiu maior relevância neste processo de educação clínica, por dois motivos: ajudar o aluno a gerir a sua ansiedade no contato inicial com casos que causam um impacto emocional negativo; gerir uma experiência de estágio anterior, que o aluno referiu como marcante negativamente.

A solução encontrada em conjunto foi iniciar apoio psicológico, pois o aluno apresentava-se fragilizado emocionalmente. O aluno manifestou ter beneficiado do apoio que lhe foi prestado e observaram-se alterações positivas no seu comportamento com os utentes e na forma como geriu as tarefas a realizar durante o estágio.

Foi respeitada a vontade do aluno quanto à confidencialidade deste assunto com a sua instituição académica, ficando ao seu critério relatar a situação.

Verificou-se, tal como Davys e Beddoe (2010) indicam, um sentimento de fracasso e diminuição da autoestima e confiança do aluno em si próprio.

Ao longo do estágio procurou-se explorar as competências de autoconsciência e autogestão, no sentido de promover a inteligência emocional tal como Davys e Beddoe (2010) defendem.

Relativamente ao processo de (auto)avaliação, para preenchimento das grelhas correspondente foi necessário recorrer a:

- discussões orais, o que permitiu aferir o nível de conhecimentos do aluno bem como as suas capacidades de comunicação oral (Rose & Best, 2005);
- observação da prática do aluno, no sentido de monitorizar e orientar o seu desempenho, tendo em conta a variedade de casos que acompanha e a sua complexidade (Rose & Best, 2005);
- registos escritos – a) relatórios de caso, onde pode desenvolver em detalhe os aspetos relativos à intervenção com os utentes e que segundo McCarthy (2009), facilitam o enquadramento global dos casos observados e acompanhados. Permitiu avaliar as competências de comunicação escrita e também orais pois um dos relatórios de caso foi

apresentado e discutido oralmente com a equipa de TF; b) planos de cada sessão e respetivo registo do desempenho do utente; c) orientações aos familiares dos utentes acompanhados (intervenção indireta); d) cartas de referenciação do utente a um TF e a outro profissional.

- projeto de investigação, que fomenta as competências de pesquisa e possibilita o desenvolvimento de determinada área clínica (Rose & Best, 2005). Sugeriu-se a realização de um estudo de caso em formato de artigo, suportado nos princípios da Prática Baseada na Evidência (PBE). Este trabalho promoveu as competências de aprendizagem ao longo da vida, demonstrando ao aluno o potencial da investigação em contexto clínico.

O aluno referiu que o trabalho de investigação realizado foi bastante interessante, pois deu-lhe a possibilidade de explorar competências ainda pouco desenvolvidas, contando com o apoio constante do EC para o orientar.

A avaliação assumiu-se como um processo contínuo, o que ficou desde logo explícito no cronograma e no contrato de aprendizagem estabelecido, pois o intervalo de tempo corresponde a todo o período do estágio, contemplando um momento de avaliação diagnóstica, de avaliação formativa e de avaliação sumativa.

Através do desempenho do aluno e evolução ao longo do estágio, considera-se que o feedback dado foi efetivo, de acordo com o descrito por Newman *et al.* (2009).

Para fomentar o processo de raciocínio clínico procurou-se seguir as diretrizes propostas por Rose e Best (2005) que preconizam uma prática reflexiva antes, durante e depois da ação adotada, tendo em vista melhorar o desempenho ou reformulá-lo.

Tal como McCarthy (2009) defende, a prática reflexiva foi suscitada através de instruções explícitas e pedidos de autoavaliação e análise do desempenho do aluno e do EC, realçando-se a importância de utilização dos seguintes instrumentos: “Autoavaliação sobre a sessão terapêutica realizada”; “Feedback do aluno relativamente ao educador clínico”; “Autoavaliação do EC”; “(auto) avaliação de acordo com o contrato de aprendizagem e com a grelha de avaliação por competências”.

A utilização dos dois primeiros instrumentos mencionados levou à realização de um estudo para o contributo da sua validação, no sentido de serem usados por outros EC e alunos com confiança.

Apresentam-se em seguida as principais conclusões do trabalho.

## 1.4 Conclusões

O modelo *continuum* de supervisão de Anderson implica uma mudança ao longo do tempo no estilo aplicado e no modo de participação do EC, consoante as necessidades, conhecimento e competências do aluno, prevendo-se que este alcance uma maior autonomia e independência ao longo das três fases do modelo.

No estudo de caso apresentado procurou-se verificar se este modelo favoreceu a aprendizagem do aluno, através da caracterização e comparação das suas competências para a prática clínica, de acordo com as fases do modelo *continuum* de supervisão, ao longo dos três momentos de avaliação do estágio.

Tornou-se relevante utilizar instrumentos para potencializar todo o processo, sobretudo direcionados para a (auto)avaliação e recolha de feedback.

Constatou-se que o aluno evoluiu rapidamente do estadio inicial para a fase de transição, na maioria das competências avaliadas, sendo que só no final do estágio conseguiu atingir, em algumas competências, a autonomia necessária para passar ao terceiro estadio.

Foi facilitador estabelecer o paralelismo entre as três fases do modelo e os três níveis de competências de McAllister *et al.* (2009).

O modelo adotado foi apresentado e discutido com o aluno, esclarecendo regras, ajustando expectativas, pois o entendimento mútuo e a comunicação permanente são a base que potencia a atuação clínica e promove o crescimento profissional (Brasseu, 2001).

As competências de comunicação interpessoal assumem de facto um papel fundamental na condução do processo de supervisão clínica e notaram-se dificuldades em usá-las e potencializá-las para a promoção de um raciocínio clínico efetivo, tendo em vista a resolução de problemas. Sentiu-se necessidade de explorar melhor esta vertente no futuro para melhorar o desempenho como EC.

## II. Contributo para a validação do instrumento “Questionário de feedback do aluno relativamente ao educador clínico”.

### Resumo

O processo de feedback espera-se recíproco o que implica o envolvimento do aluno, dando opinião relativamente ao desempenho do educador clínico. Para tal é necessário recorrer a instrumentos, tendo-se elaborado um “Questionário de feedback do aluno relativamente ao educador clínico” com base nas indicações de Lincoln, Carmody e Maloney (2001). Este estudo pretende responder à questão: Será que este instrumento avalia de forma correta e apropriada aquilo que se propõe medir?

Metodologia: Selecionou-se um painel constituído por nove peritos, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais (três de cada área profissional) com mais de três anos de experiência como educadores clínicos em estágios de intervenção de futuros terapeutas. Realizaram-se duas rondas de recolha de opinião, através do preenchimento de uma grelha com uma escala tipo Likert e chegou-se ao instrumento final reformulado. Procedeu-se à recolha de opinião de alunos estagiários através do preenchimento da mesma grelha, funcionando como préteste. Resultados e conclusões: Na primeira ronda de respostas houve uma maior dispersão de opiniões que levou à alteração das questões 2, 3, 4 e 5, dando origem às questões 3, 2, 7 e 9 respetivamente, introduziram-se cinco novas perguntas e retiraram-se duas. No final da segunda ronda de respostas o nível de consenso foi elevado, mas ainda levou a ajustes nas questões três e sete. A opinião dos alunos não suscitou alteração do instrumento.

**Palavras-chave:** Supervisão clínica; Feedback do aluno;

### Abstract

Feedback is a reciprocal process, which means that there is an involvement between the student's and the clinical educator's opinions. In so far, it is necessary to use instruments, which leads us to a 'Questionnaire of feedback from the student about the clinical educator' based on Lincoln, Carmody and Maloney's (2001) proposals.

This study aims to answer the question: Does the instrument measures accurately what is supposed to? Methodology: A panel of experts consisting of nine professionals, among each physiotherapists, speech therapists and occupational therapists (three of each professional area) with more than three years of experience was selected as educators in

clinical settings for intervention of future therapists. Two rounds for collection of opinions, through the completion of a grid with a Likert scale was used, which allowed for the final instrument to be reformulated. The collection of opinion from interns involved filling in the same grid, which acted as a pre-test. Results and conclusions: In the first round of answers there was a greater dispersion of views which led to the modification of questions 2, 3, 4 and 5, resulting in questions 3, 2, 7 and 9 respectively. Five new questions were added and two were removed. At the end of the second round of responses the level of consensus was high, but still led to adjustments in questions 3 and 7. The student's opinion induced no amendment of the instrument.

Key-words: Clinical supervision; students feedback

## 2.1 Introdução

A supervisão clínica assume-se como uma diversidade de atividades e comportamentos específicos orientados para as necessidades, competências e expectativas do supervisor e do supervisionado e para as exigências do contexto clínico. Os objetivos deste processo são o crescimento profissional e o desenvolvimento de ambos, o que vai beneficiar o acompanhamento do utente (American Speech-Language-Hearing Association – ASHA, 2008).

No contexto de prática clínica pretende-se que o supervisionado adquira competências de pensamento crítico, capacidade de reflexão e prática reflexiva (Lincoln, Stockhausen & Maloney, 2001).

Defende-se que estes mecanismos devem ser favorecidos pelo educador clínico (EC), possibilitando uma reflexão planeada e consciente, facilitando a tomada de decisão e o crescimento profissional.

Como processo complementar, a recolha/receção de feedback de uma forma explícita, possibilita ao supervisionado participar ativamente na sua experiência (Lincoln, Carmody & Maloney, 2001).

Os mesmos autores indicam que é importante para o aluno vivenciar diferentes formas e fontes de feedback de modo a potencializar a aprendizagem e a conduzir a uma maior independência. Bogo (1993, citado por Lincoln *et al.*, 2001) acrescenta que a oportunidade do aluno dar feedback sobre a atuação do EC poderá minorar a diferença de poder existente na relação de ambos.

Assim, preconiza-se a utilização de instrumentos que orientem o processo de reflexão e facilitem o feedback recíproco entre este e o EC. Atendendo a este pressuposto uma das responsabilidades do aluno é identificar as áreas em que precisa de ser acompanhado pelo EC e dar-lhe feedback sobre a forma como esse processo pode ocorrer, bem como participar na avaliação do EC (Hawkins & Shohet, 2000).

Borders e Leddick (1987, citados por Hawkins & Shohet, 2000) destacam que o supervisionado deve refletir sobre o desempenho do seu EC, considerando os seguintes aspetos: “faz-me sentir à vontade com o processo de supervisão”; “dá e aceita feedback”; “ajuda-me a clarificar objetivos na intervenção com os utentes”; “explica os critérios de avaliação de forma clara e atendendo a comportamentos”; “incentiva-me a raciocinar de outras formas, tendo em conta os utentes”; “permite-me estar ativamente envolvido no processo de supervisão”.

Lincoln, Carmody & Maloney (2001) também propõem algumas questões que servem de base a este processo de reflexão do aluno, que incluem aspetos sobre a instituição em que se insere, sobre as atividades já realizadas e ainda a realizar, sobre dificuldades sentidas e como agiu para as ultrapassar e também como considera a atuação do EC relativamente à sua aprendizagem. Além disso, destacam também a importância do aluno refletir sobre o processo de feedback e de resolução de problemas.

Estes autores reforçam que a análise e discussão destes parâmetros permite estabelecer objetivos para ambos e dar sugestões para o EC. Evidenciam que desta forma o supervisionado pode ter oportunidade de expressar medos, inclusivamente sobre a relação de supervisão existente.

Da pesquisa realizada, não se encontraram estudos em Portugal sobre esta temática, pelo que se considera relevante desenvolver um instrumento que leve o supervisionado a refletir sobre aspetos da atuação do EC que possam ser condicionantes da sua prestação e aprendizagem, bem como da evolução/bem estar do utente.

Com base nos mesmos parâmetros o EC também deverá autoavaliar-se e comparar a sua perceção com a do supervisionado.

Recorreu-se ao estudo de Barros (2002) que apresenta um contributo para a validação de uma escala e utiliza um painel de peritos como meio de chegar a um juízo de valor sobre o instrumento em questão e alcançar um consenso, que deverá ser de 85% de acordo com Silva (1990, citado por Barros, 2002).

Assim, este estudo pretende contribuir para a validação do instrumento criado para o aluno dar feedback relativamente ao EC, verificando através de um painel de peritos e da sondagem de opinião de alunos se o instrumento mede efetivamente o que se pretende medir, respondendo-se à seguinte questão orientadora: Será que este instrumento avalia de forma correta e apropriada aquilo que se propõe medir?

## 2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo metodológico que pretende realizar a validação de um instrumento de avaliação, tendo em vista a sua utilização futura com confiança.

### a) Caracterização dos participantes no estudo

Os participantes no estudo foram escolhidos por conveniência, selecionando-se nove profissionais, três Fisioterapeutas (FT) codificados na grelha em apêndice H com a letra A, três Terapeutas da fala (TF), codificados com a letra B, e três Terapeutas ocupacionais (TO), codificados com a letra C, a exercer funções no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), considerados peritos com experiência e prática de supervisão clínica comprovada. De acordo com os parâmetros de referência da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (2001), o terapeuta terá de apresentar no mínimo dois anos de prática profissional antes de iniciar funções como EC, assim atendeu-se aos seguintes critérios de inclusão: atividade profissional como técnico de diagnóstico e terapêutica há mais de cinco anos; experiência em educação clínica em estágios curriculares de intervenção há mais de três anos.

O painel é constituído por seis sujeitos com 17 a 34 anos de atividade profissional, os restantes três têm entre cinco (um sujeito) a nove anos de prática. Quanto aos anos como EC, cerca de metade dos peritos (seis sujeitos) tem menos de 10 anos de prática (sendo o mínimo três anos) e os restantes entre 11 a 26 anos (quadro de caracterização em apêndice G).

No sentido de realizar a validação de construto do instrumento recolheu-se a apreciação dos alunos a realizar estágio curricular de intervenção na unidade de TF do CMRA (selecionaram-se seis sujeitos mas apenas responderam dois), funcionando como préteste do instrumento (apêndice J).

### b) Instrumentos

- “Questionário de feedback do aluno relativamente ao educador clínico” - (apêndice A), elaborado com base nas ideias expressas por Lincoln *et al.* (2001) - é constituído por seis questões abertas que permitem ao aluno dar feedback sobre o local de estágio e a atuação do EC no acompanhamento do supervisionado, tanto na vertente técnica como pessoal.

- Grelha de apreciação do instrumento (apêndice B), de acordo com o apresentado por Barros (2002)- é constituída por todas as questões do instrumento acima mencionado, classificadas na seguinte escala tipo Likert: 1. Concorda sem reservas; 2. Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça sugestões; 3. Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar do questionário. Justifique e faça sugestões; 4. Discorda totalmente da inclusão do item no questionário. Justifique e faça sugestões; 5. Sem opinião.

### **c) Procedimentos**

1. Construção do instrumento “Questionário de feedback do aluno relativamente ao educador clínico” baseado nas propostas de Lincoln *et al.* (2001);
2. Construção da grelha de apreciação de conteúdo do instrumento com base no estudo de Barros (2002);
3. Identificação dos peritos para integrarem o painel;
4. Pedido de autorização à diretora dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do CMRA para realização do estudo<sup>1</sup> (neste caso não houve necessidade de intervenção da Comissão de Ética por não haver envolvimento de utentes) (apêndice C).
5. Entrega da carta de pedido de colaboração no estudo aos respetivos peritos e apresentação do instrumento e respetiva grelha de apreciação (em formato de papel ou digital, via e-mail quando solicitado) (apêndice C).
6. Recolha da primeira ronda de respostas (apêndice D).
7. Análise de conteúdo (apêndice H).
8. Reformulação do instrumento (apêndice E).
9. Segunda ronda de respostas (apêndice F).
10. Análise de conteúdo (apêndice H)
11. Apresentação do instrumento final (apêndice I)
12. Identificação de alunos estagiários a frequentar estágio curricular de intervenção no CMRA, para a validação de construto do instrumento (préteste).
13. Pedido de colaboração no estudo aos alunos estagiários (apêndice D) e envio do instrumento com a respetiva grelha de apreciação, através de e-mail.
14. Análise de conteúdo (apêndice J).

---

<sup>1</sup> A carta menciona dois instrumentos em validação pois recolheu-se opinião relativa a outro instrumento cujos dados serão tratados por outra colega no âmbito deste mestrado.

**d) Tratamento de dados**

Realizou-se análise de conteúdo, transcrevendo-se a informação recolhida para análise qualitativa.

**2.3 Apresentação e discussão dos resultados**

Em apêndice H encontra-se para consulta detalhada a grelha síntese da recolha de opinião dos peritos.

Em seguida apresenta-se um quadro síntese com as frequências das respostas dadas, sendo que um consenso de 85% representa cerca de oito sujeitos.

Quadro 3- Frequência das respostas da 1º ronda de opinião (n=9)

Questão	1 (concorda sem reservas)	2 (concorda na generalidade mas propõe alterações)
1. Refira os aspetos positivos e negativos do seu local de estágio.	9	0
2. Comente as atividades mais importantes que foram realizadas / observadas.	8	1
3. Quais foram as dificuldades / frustrações sentidas e o que fez para as ultrapassar? Que mais poderia ter sido feito?	7	2
4. Que atividades gostaria de desenvolver no âmbito de estágio e que ainda não foi possível?	6	3
5. De que forma a atuação do educador clínico foi facilitadora da sua aprendizagem e auto desenvolvimento?	5	4
6. Outras observações / comentários pertinentes	9	0

Relativamente à primeira pergunta do questionário, embora todos os elementos tenham respondido no item 1 (concorda sem reservas), houve no entanto um sujeito a referir que o instrumento apresentava apenas uma pergunta direta sobre o EC, o que de facto se verifica e levou a acrescentar novas questões sobretudo quanto à temática do feedback.

Na segunda questão as respostas também se situaram no item 1, à exceção de um sujeito que registou no item 2 (Concorda na generalidade mas propõe alterações), referindo que a questão deveria incluir a identificação das atividades já realizadas.

Na terceira questão houve mais comentários no sentido de substituir o termo “frustrações” e evidenciar mais o papel do EC no acompanhamento do aluno.

Nas questões quatro e cinco houve uma maior dispersão de opiniões entre os itens 1 e 2, não se obtendo a percentagem de concordância esperada. Assim, as sugestões apresentadas foram tidas em conta para a reestruturação do instrumento.

A última questão não suscitou dúvidas e obteve consenso de todos os elementos.

Constatou-se que apesar do sujeito C1 apresentar menor experiência relativamente aos restantes membros do painel, colocou sugestões que enriqueceram o instrumento.

Através das respostas obtidas na primeira ronda, decidiu-se retirar a primeira questão por ser muito geral e centrada apenas na instituição. Reformularam-se as questões 2, 3, 4 e 5, dando origem às questões 3, 2, 7 e 9 respetivamente. Introduziram-se cinco novas questões sobretudo no âmbito do processo de feedback e autoavaliação, que também são mencionadas por Lincoln *et al.* (2001) e pelo comentário do sujeito B3 consideraram-se pertinentes. Optou-se por retirar a questão aberta para comentários porque o novo instrumento está mais extenso e já contempla comentários em algumas respostas, considerou-se que não se justificava manter esta pergunta. A ordem das questões foi ligeiramente alterada tendo em conta as novas perguntas introduzidas.

Foi de notar que o tipo de resposta dada não diferiu consoante a área profissional dos peritos, o que reforça o facto de o processo de supervisão clínica poder ser transversal às várias áreas (consultar apêndice D).

Após a reestruturação do instrumento procedeu-se à recolha de opiniões numa segunda ronda, contudo apenas se obteve resposta, em tempo útil de oito dos peritos, excluindo-se o sujeito C3. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 4.

Quadro 4- Frequência das respostas da 2ª ronda de opinião (n=8).

Questão	1 (concorda sem reservas)	2 (concorda na generalidade mas propõe alterações)	3 (não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanci- ais)
1. O processo de supervisão clínica foi discutido consigo?	8	0	0
2. Descreva de que forma o educador clínico o acompanhou nas dificuldades que sentiu durante o processo de educação clínica.	8	0	0
3. Quais as atividades mais importantes que experienciou durante o processo de educação clínica e refira porquê.	7	1	0
4. O educador clínico encorajou a sua autoavaliação?	8	0	0
5. Considera que o educador clínico valorizou os seus contributos nos momentos de feedback?	6	1	1
6. Considera que os casos que acompanhou diretamente garantiram a quantidade e variedade aceitáveis para a sua aprendizagem?	8	0	0
7. Que atividades gostaria de desenvolver no âmbito do processo de educação clínica e que ainda não foi possível realizar?	7	1	0
8. O processo de feedback que recebeu do educador clínico foi adequado às suas necessidades?	8	0	0
9. A atuação do educador clínico foi facilitadora da sua aprendizagem?	8	0	0

Nesta fase alcançou-se a percentagem de consenso esperada, que corresponde a cerca de sete sujeitos, representando 85% das respostas, exceto numa questão, sendo que a maioria dos peritos assinalou o item 1.

Há apenas a evidenciar as questões três e sete em que surgiram sugestões, alterando-se os termos destacados. Na questão cinco foi colocado um comentário mas que não se valorizou por não apresentar sugestão.

Assim elaborou-se o instrumento final (apêndice I) e pediu-se a colaboração dos alunos estagiários que se encontravam na instituição, no sentido de preencherem a grelha de apreciação e desta forma recolher a sua opinião.

Os alunos não apresentaram dúvidas sobre o instrumento. Um dos sujeitos referiu que o instrumento deveria indicar se se referia ao contexto de prática clínica ou às reuniões tutoriais. Optou-se por não alterar o questionário pois como é o EC a entregar o questionário ao aluno no momento do estágio, pensa-se que não haverá dúvidas neste sentido. O questionário final encontra-se no apêndice I.

## **2.4 Conclusões**

O presente estudo representa um contributo para a validação de um instrumento que se destina à avaliação do feedback do aluno relativamente ao educador clínico. No processo de supervisão clínica nem sempre se contempla este aspeto mas a sua relevância é unânime entre os autores consultados.

Através da recolha de opiniões por um painel de peritos e da realização de um préteste a alunos estagiários, considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado, pois o nível de consenso das repostas foi elevado. As limitações identificadas ainda colocam reservas à sua utilização generalizada.

Pode considerar-se como limitação ao estudo o facto de a recolha de opiniões de peritos ter sido realizada apenas numa instituição, pois restringe o contexto de prática clínica.

Assim sugere-se para investigações futuras neste trabalho, a aplicação a outros peritos que realizem a sua prática em outros locais e caso se obtenha consenso então passar a aplicar o instrumento com confiança.

Destaca-se que este instrumento, após as reformulações inerentes ao processo de validação também pode ser usado como autoavaliação do EC, o que representa uma mais-valia para o processo de supervisão clínica.

Além disso, o instrumento poderá ser utilizado também por outras áreas profissionais da saúde.

### III. Considerações finais

A experiência de supervisão clínica que esteve na base da elaboração deste relatório representa uma forma importante de implementar, numa situação prática, alguns dos conteúdos abordados neste mestrado.

Na área de gestão e organização destaca-se sobretudo o planeamento que foi realizado previamente ao início do estágio, contemplando as atividades e projetos para o aluno e que ficaram expressos no cronograma elaborado.

A área de supervisão clínica foi a mais desenvolvida, debruçando-se sobre o modelo “*Continuum* de supervisão” e os conceitos de feedback, autoavaliação e autoanálise que são imprescindíveis ao crescimento profissional do aluno e do EC.

No estudo de caso apresentado, a orientação do EC baseou-se no modelo adotado e possibilitou que o aluno desenvolvesse a capacidade de pesquisa, avaliação e intervenção clínica e se integrasse adequadamente na instituição onde se inseria, cumprindo os princípios éticos inerentes.

Através do processo de avaliação contínua estabelecido tanto o aluno como o EC puderam aferir o seu desempenho ao longo do estágio. Este processo de análise revelou-se de tal forma importante que se optou por realizar um estudo de contributo para a validação de um instrumento sobre o feedback do aluno relativamente ao EC.

Considera-se assim que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados, tendo-se sentido um aperfeiçoamento das competências como EC. As maiores dificuldades encontradas foram sobretudo na vertente de comunicação interpessoal.

A realização deste mestrado permitiu uma melhor preparação como EC, destacando-se a importância da formação pósgraduada a este nível, contribuindo para potencializar o contexto de prática clínica em benefício dos alunos/futuros profissionais.

Foi possível implementar as diretrizes teóricas enunciadas na literatura, refletir sobre o processo de supervisão e construir instrumentos que o enriquecem. É ainda uma vertente pouco desenvolvida no nosso país na área da saúde mas que tem impacto no crescimento profissional.

## Referências bibliográficas

Davys, A., & Beddoe, L. (2010). *Best practice in professional supervision: A guide for the helping professions*. London: Jessica Kingsley.

Hawkins, P., & Shohet, R. (2000). *Supervision in the helping professions: An individual, group and organizational approach* (2ª ed). Buckingham : Open University Press.

Higgs, J. (2001). Learning to make clinical decisions. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating learning in clinical settings*. (pp. 99-129). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

Lincoln, M., Carmody, D., & Maloney, D. (2001). Professional development of students and clinical educators. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating learning in clinical settings*. (pp. 65-98). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

Lincoln, M., Stockhausen, L., & Maloney, D. (2001). Learning processes in clinical education. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating learning in clinical settings*. (pp. 99-129). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

McKenna, K. & Tooth, L. (2006). *Client education – a partnership approach for health practioners*. Sydney: UNSW Press book

McLeod, S., Romanini, J., Cohn, E. & Higgs, J. (2001). Models and roles in clinical education. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating learning in clinical settings*. (pp. 27-64). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

Phillips, D. (2009). Supervisory practices in speech - language pathology: Prepracticum assessment of student clinicians in graduate training programs. *Perspetives on Administration and Supervision*, (19), 107-113.

Ribeiro, L. (1999). *Avaliação da Aprendizagem*. Lisboa: Texto Editora.

Rose, M. & Best, D. (2005). *Transforming practice through clinical education, professional supervision and mentoring*. London: Elsevier.

## Documentos eletrônicos:

Advanogy (2003). “Memletics accelerated learning styles inventory” versão 1.2.

<http://www.sjboces.org/transition/Memletics-Learning-Styles-Inventory%20pdf.pdf>

08-09-2011 23h.

American Speech-Language-Hearing Association. (2010). Code of ethics. <http://www.asha.org/docs/html/ET2010-00309.html> 23-12-2011 22h.

American Speech-Language Hearing Association. (2008a). Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing clinical supervision [Knowledge and Skills]. [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy). 12-11-2011 22h.

American Speech-Language Hearing Association. (2008). Clinical supervision in speech-language pathology [Position Statement].

<http://www.asha.org/docs/pdf/PS2008-00295.pdf> 12-02-2012 16h

American Speech-Language Hearing Association. (2004).

<http://www.asha.org/docs/html/ET2004-00168.html#sec1.2> 05-02-2012 17h.

Brasseur, J. (2001). Practical researching supervision: A guide to reasoned practice. <http://www.csha.org/documents/publications/PracticalResearchInSupervision.pdf>. 10-12-10 22:00.

Lamarche-Bisson, D. (sd). <http://www.exampleessays.com/viewpaper/33450.html>

McAllister, M., Lincoln, A., Ferguson, A., & McAllister, L. (2009). Designing valid assessments of students' competency in the workplace. ASHA convention.

[http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/1494\\_McAllister\\_Sue.htm](http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/1494_McAllister_Sue.htm). 12-12-2011 23h.

McCarthy, M. (2009). Promoting Independence Through Self-Evaluation and Formative Assessment in Clinical Education 2009 Annual ASHA Convention. [http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/1483\\_McCarthy\\_Mary\\_Pat/](http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/1483_McCarthy_Mary_Pat/) . 10-10-2011 23h

Newman, W. (2011). Clinical education and the professions. <http://www.asha.org/academic/teach-tools/supervision.htm> 12-11-2011 23h.

Newman, W., Victor S., & Zylla-Jones, E. (2009). Tools for the first time supervisor. ASHA convention New Orleans, LA.

[http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/2192\\_Zylla-Jones\\_Elizabeth.htm](http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/2192_Zylla-Jones_Elizabeth.htm). 09-10-2011 23h.

O'Connor, L. & Newman, W. (2009). Making supervision count: Facilitating successful externship experiences. Annual Conference Newport, California.

<http://www.capcsd.org/proceedings/2009/talks/Making%20Supervision%20Count-%20Facilitating%20Successful%20Externship%20Experiences%20-%20L%20O'Connor%20and%20W%20Newman.pdf> 17-12-2011 22h20.

Schlisselberg, G. (2008). Clinical Education in SLP: Effecting a Good Supervisor-Supervisee Match. ASHA 2008 Short Course, Chicago.

[http://www.docstoc.com/docs/69425075/Clinical-Education-in-SLP\\_-Effecting-a-Good-Supervisor-Supervisee](http://www.docstoc.com/docs/69425075/Clinical-Education-in-SLP_-Effecting-a-Good-Supervisor-Supervisee) 09-09-2011 22h.

Staub, K. (2008). Applying Anderson's *Continuum* of Supervision to academic instruction.

[http://www.eshow2000.com/asha/2008/handouts/1420\\_1395Staub\\_Kenneth\\_J.\\_059323\\_Nov17\\_2008\\_Time\\_092143AM.pdf](http://www.eshow2000.com/asha/2008/handouts/1420_1395Staub_Kenneth_J._059323_Nov17_2008_Time_092143AM.pdf). 09-12-10 22:00.

Orientações pedagógicas para docentes do ensino superior. (sd).

<http://ndsim.esec.pt/pagina/opdes/documentos/ContratosdeAprendizagem.pdf>

10-10-11 22h30.

Klopfenstein, M. (2009). Lived experiences of first year graduate student clinicians in speech language pathology. University of Louisiana at Lafayette.

[http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/0927\\_Klopfenstein\\_Marie.htm](http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/0927_Klopfenstein_Marie.htm). 02-12-2011 22h

#### Documentos de difusão restrita:

Barros, M. (2002). *Contributo para a adaptação e validação para a realidade portuguesa de questionário de audição do utente- The Patient Feedback Questionnaire*. Monografia de final de curso de licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Escola Superior de Saúde do Alcoitão (2011). *Estágio I e II- Normas orientadoras do curso de licenciatura em terapia da fala*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão