

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

***ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DOS
EDUCADORES CLÍNICOS DO CURSO DE
TERAPIA DA FALA DA ESTSP***

PAULA CRISTINA TROCADO DA COSTA FARIA

PORTO, 28 DE DEZEMBRO DE 2012

RESUMO

Em Portugal a Educação Clínica nos cursos de licenciatura em Terapia da Fala, corresponde a aproximadamente um quarto do tempo de formação dos Terapeutas da Fala. Para suportar o conhecimento e as competências dos orientadores nos contextos da prática clínica, após a implementação do processo de Bolonha e perante os novos paradigmas da educação, é necessário verificar as suas áreas fortes e emergentes para promover programas de desenvolvimento destas últimas.

Desenvolveu-se um estudo observacional descritivo, transversal e quantitativo com a questão de partida: Qual a percepção dos orientadores das unidades curriculares de Educação Clínica do 4º ano do curso de Terapia da Fala da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, face às suas competências no papel de orientadores?, subdividida em dois objectivos: 1) Determinar o nível de competências dos orientadores por domínio, numa auto perspectiva; 2) Identificar as competências dos orientadores, por domínio, alvo de valores baixos numa auto perspectiva.

O questionário de autopreenchimento escolhido foi o adoptado num estudo longitudinal actualmente em curso e é composto por dois grupos de questões de auto preenchimento. O primeiro permite caracterizar a amostra e o segundo responder aos dois objectivos acima referidos, através da utilização de uma escala de *Likert* com cinco valores e mais um para Não Aplicável. Da população de 46 Educadores Clínicos, obteve-se uma amostra de 22 que orientaram estágios no ano lectivo 2010-2011.

Esta amostra apresenta valores médios por domínio e por competência (item) de quatro. Na média individual por sujeito também obtêm o mesmo valor. Isto indica que na percepção dos Educadores Clínicos estes consideram-se competentes para desempenhar o papel que lhes é atribuído na formação de Terapeutas da Fala em Portugal. Quatro dos domínios onde se identificaram valores baixos correspondem, juntamente com mais um, aos que surgiram com a reformulação da ASHA em 2008 das Capacidades e Competências dos Educadores Clínicos, de acordo com as mudanças do sistema educativo, sendo por isso os mais indicados para o início da criação de programas de formação para os mesmos em Portugal.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Clínica; Competência do Educador Clínico; Terapia da Fala.

INTRODUÇÃO

Foi há aproximadamente meio século (ano de 1965) que os três primeiros Terapeutas da Fala (TpF) se formaram em Portugal (1-2), tendo o seu número vindo a aumentar de forma exponencial (3). No ano de 2010 eram portadores da cédula profissional 1250 TpF e em 2011 o número havia aumentado para 1564 (4); neste ano estavam 1600 TpF a exercer em Portugal (5). Relativamente à representação profissional, a *International Association of Logopedics and Phoniatrics* (IALP) é a mais antiga associação de TpF existente no mundo (6); a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) define as funções do TpF nos Estados Unidos da América (7); e o *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne* (CPLOL) define-as para a Europa (8). A Terapia da Fala (TF) em Portugal é regulamentada pelo Decreto-Lei 524/99 de 25 de Dezembro de 1999 (9), onde estão definidas as funções deste profissional como Técnico de Diagnóstico e Terapêutica no artigo 6º, ponto 3, alínea c), bem como pela Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) (10) que pertence ao CPLOL desde a sua fundação em 1978 (1). As associações citadas indicam como sendo cinco as funções do TpF: a) prevenção; b) avaliação; c) intervenção; d) conduta profissional; e e) investigação e formação contínua (3); sendo que de entre as várias funções do TpF a formação contínua contém implícita a colaboração na formação de futuros profissionais da sua área. Esta última informação consta explicitamente no Código Ético e Deontológico do Terapeuta da Fala da APTF de 1999 (11), na Secção II, artigo 3, ponto 7 e sendo esta a única entidade de auto-regulação de profissão em Portugal, está de acordo com o estabelecido pelo CPLOL para a Europa (12).

Na redefinição do perfil do TpF em 2005 (13), com base no relatório coordenado pelo Prof. António Lopes de 2004 (14), foram definidas as competências que o estudante deverá possuir no término do seu percurso académico (licenciatura) de forma a desempenhar adequadamente as suas funções. Encontramos nos mesmos documentos os princípios orientadores no âmbito da TF para: os diferentes níveis de formação; o perfil profissional para o detentor da formação inicial de licenciatura, bem como as competências gerais dos profissionais deste nível de formação; e ainda a estrutura da formação. No congresso do CPLOL, em Ljubljana em 2009, Patterson define como competência para o TpF "(...) fazer a coisa certa, no momento certo, da forma correcta, pelas razões correctas... mais do que ser só capaz de fazer alguma coisa." (15 p17). Ainda informa que as atitudes e atributos do TpF se encontram agrupados em três domínios: cognitivo (competências intelectuais; conhecimento), psicomotor (competências físicas; pensamento crítico, manutenção e uso de tecnologia), afectivo (atitudes, sentimentos, valores,

emoções credíveis) (15); acrescido de literacia emocional (16). Na redefinição do perfil de 2005, podemos encontrar os quatro domínios supra-referidos, como base para a aquisição das competências organizadas em três grandes áreas: instrumental; interpessoal e sistémica; aqui são de salientar a competência nº 6 da área de competências interpessoais¹ e a competência nº 5 da área de competências sistémicas² que estão directamente relacionadas com a colaboração na formação de futuros profissionais de TF (13-14).

Entre 2008 e 2010, a IALP realizou uma revisão das linhas orientadoras para a formação de profissionais, que contou com o contributo de profissionais e de orientadores clínicos de várias partes do mundo (17).

No plano de curso de TF em Portugal, sempre existiu carga lectiva dirigida para a prática clínica ou estágios de aprendizagem, doravante designado de Educação Clínica (EC) (14). O tempo de prática clínica indicado pelo CPLOL (2009) é de um quarto da duração do curso. Após a adequação dos dez cursos de TF em Portugal às sugestões do 'Grupo de Trabalho de Terapia da Fala' (13-14), as horas de contacto destas práticas com o Educador Clínico (EdC) representam aproximadamente um quarto do tempo total do curso (18-27). Todos os cursos devem contemplar um número elevado de horas para a prática clínica, independentemente das diferenças estruturais entres eles (28). A EC é assim considerada vital para a formação e o desenvolvimento geral dos futuros profissionais em TF (29).

De acordo com o Grupo de Trabalho de Terapia da Fala (13), nove dos cursos existentes em Portugal estão estruturados para decorrerem ao longo de 8 semestres ou 12 trimestres com um total de 240 *European Credit Transfer*³ (ECTS) (18-25, 27), excepto um (26) que está estruturado em 7 semestres. Em média cada curso dispõe de 60 ETCS para unidades de EC, com uma variação entre o valor mínimo de 41 ETCS e o valor máximo de 77 ETCS (18-27).

Através do curso os estudantes (também denominados de estagiários) de TF frequentam uma variedade de instituições de carácter clínico, social ou educativo onde as suas competências para a prática profissional estão continuamente a ser avaliadas (31). A EC é assim uma componente valiosa na educação nas áreas da saúde, facultando a oportunidade dos estudantes de aplicar a teoria à prática (32).

O CPLOL em Turim (2009) defendeu que as aulas práticas do TpF devem incluir trabalho clínico em contextos de saúde e de educação assim como outros contextos onde o TpF exerce (33). É

¹ "Demonstrar capacidades de relacionamento pessoal que facilitem a aprendizagem dos futuros terapeutas da fala." (14 p295).

² "Participar no treino e supervisão ou monitorização de futuros terapeutas da fala." (14 p295).

³ Créditos curriculares europeus (30).

nestes contextos que os estudantes de TF sob orientação profissional desenvolvem técnicas únicas da TF integrando o conhecimento teórico em aspectos práticos, bem como a capacidade de reflexão sobre os seus actos (33).

A fonte de referência actual a nível nacional (14), bem como o CPLOL (33) e a ASHA (31) indicam que o TpF pode exercer a sua profissão em diversos contextos: instituições públicas ou privadas (11), jardim-de-infância, escolas privadas e públicas de ensino obrigatório, centros de dia, unidades de investigação, incluindo o domicílio da pessoa que está a ser alvo da intervenção (14, 31, 33). Ainda encontramos referências a prisões e a instituições de jovens delinquentes, e os tribunais como contextos de trabalho (34). A ASHA em 2005 aprovou também a prática clínica por videoconferência e a teleprática (34). Nos documentos do curso de TF da ESTSP verificamos que perante as diversas facetas do TpF na realidade actual, os momentos de EC podem decorrer em unidades de saúde, unidades educacionais e ainda na própria instituição de ensino (35).

Na última década predomina a tendência da formação contínua dos orientadores com um carácter dinâmico e que considera a prática orientadora como profissão viva e activa num contínuo progressivo; desta forma a formação de orientadores está vinculada ao seu desenvolvimento profissional, sendo interpretada como uma síntese que engloba diferentes componentes como a sua cultura, o contexto, o conhecimento disciplinar, a competência metodológica, os aspectos éticos, e outros, como elementos essenciais da profissionalização no âmbito da orientação (36).

As dimensões do desenvolvimento profissional dos orientadores são o perfeccionismo pedagógico (desenvolvimento da actuação educativa), o autoconhecimento e a compreensão de si mesmo (imagem equilibrada), o desenvolvimento cognitivo (aquisição de conhecimentos e melhoria de estratégias de processamento de informação), o desenvolvimento teórico e o desenvolvimento da carreira profissional (36).

Victor (2009) apresenta o ensino clínico efectivo como sendo um processo de desenvolvimento de competências de auto-análise, auto-avaliação e de resolução de problemas que devem ser desenvolvidos pelo EdC em si próprio e no estudante (37), expondo assim o desenvolvimento da competência de reflexão sobre si próprio e sobre o outro.

Macedo (2012) menciona que “(...) há que atentar para a diversidade de significados oferecidos pela literatura produzida em vários pontos do mundo.”, referindo-se aos conceitos de EdC e de Supervisor Clínico (38 p17), tal como já havido sido afirmado por Wills em 1997 (39).

A ASHA em 1985 defendia que “O papel do educador clínico deve transcender a mera monitorização das actividades dos estudantes. Deve incluir o ensino informal dos conteúdos clínicos a demonstração das técnicas clínicas, e o aconselhamento maduro ao estudante na relação com o seu treino clínico.” (40).

O Comité de Supervisão da ASHA emitiu em 1985 o posicionamento da associação face aos conceitos de EdC e de Supervisor Clínico. O primeiro inclui só e apenas as tarefas e competências de ensino clínico relacionadas com a interacção entre o clínico e o cliente; o segundo para além dos aspectos referidos inclui programas de manuseamento de tarefas definindo o termo de supervisor como os profissionais envolvidos no ensino clínico através da observação, reuniões, revisão de registos e outros procedimentos, e desejam que estejam relacionados com a interacção entre o clínico e o cliente e a evolução ou manuseamento das competências comunicativas (41).

No Relatório Técnico da ASHA em 2008 encontramos que a “(...) supervisão clínica⁴ (...) (também chamada ensino clínico ou educação clínica) é uma área distinta na prática do Terapeuta da Fala e (...) é uma componente essencial na educação dos estudantes e no crescimento contínuo do profissional da Terapia da Fala.” (42 p1).

A ASHA também refere que o papel do EdC é “O guiar e suportar, (...) sessões que são desenhadas para explorar, compreender e envolver numa experiência de aprendizagem partilhada com o educador clínico. No centro está o papel da ‘conversa reflexiva’ no processo de exploração de caminhos para onde olhar e aprender com a prática conjunta.” (42 p1). E acrescenta que “(...) requerem uma mudança grande em muitos aspectos organizacionais e dos locais de trabalho na cultura das organizações de saúde.” (42 p1).

A EC na sociedade de hoje necessita do seu alicerce no interesse dos aspectos éticos e legais da relação de orientação (16) e deve ter três funções equitativamente importantes: a) formativa (processo educativo do desenvolvimento de competências); b) restaurativas (uma abordagem constantemente suportada pela equipa de trabalho com stress e sem stress); c) normativa (os aspectos de organização e da qualidade de controle da prática do estudante) (43). O planeamento de reuniões; o acordo sobre os objectivos de aprendizagem; e os contractos de aprendizagem escritos e revistos dos progressos do estudante, são essenciais e previnem muitos problemas (39).

Para assegurar as competências clínicas e de orientação o EdC deve: a) somente orientar em casos onde tenha uma extensa experiência directa e conhecimento; b) tirar vantagem das

⁴ Neste trabalho definida como Educação Clínica (50).

oportunidades da educação contínua para aumentar os conhecimentos clínicos; c) manter o estudo dos processos de orientação através da pesquisa em revistas de referência, apresentações orais e pósteres em convenções, manuais, livros e jornais profissionais (16).

Entre os diversos estudos existentes e os documentos publicados da ASHA e do CPLOL em relação ao tema, é de salientar o do CPLOL em 2009, onde se pode ler que os EdC devem: "(...) ser indicados e aprovados pelas universidades de onde vêm os estudantes; ser reconhecidos pelo importante papel que desempenham; possuir no mínimo dois anos de prática profissional a tempo inteiro, na área que irão orientar o estudante antes de ser elegíveis para EdC; devem ser providos de instruções metodológicas; e devem ser continuamente avaliados." (33 p2).

No ponto 3 de Posicionamento da ASHA em Turim (2009), encontramos cinco aspectos a serem considerados para uma EC com qualidade: a) ser uma parte obrigatória da educação base; b) ser uma parte substancial do programa educacional; c) decorrer sobre a orientação de competentes e experientes orientadores; d) ser integrada com a parte teórica do programa educacional; e e) ser variada o suficiente para preparar os estudantes para serem competentes nos diversos contextos (33). A natureza da EC pode variar de instituição para instituição e de EdC para EdC. A natureza da especialidade, o local e a estrutura da equipa clínica promovem o serviço que deve ser primariamente determinado como requerido na EC (39).

Os estudos sobre as dificuldades e os factores de boa orientação em EC sugerem que deverá haver um mínimo de requisitos para a redução dos problemas e a promoção de uma boa orientação no processo de EC (39). Desta forma os EdC devem ser profissionais capazes na prática clínica (conhecimentos teóricos actualizados e práticos adequados), na prestação de serviços, nas competências interpessoais, no desenvolvimento pessoal e ainda no processo de reflexão (39).

Os EdC desempenham um papel vital nesta transição porque são eles que facilitam o desenvolvimento do conhecimento, das competências clínicas e das atitudes profissionais dos estudantes através da orientação e do modelo de papéis, bem como o desenvolvimento pessoal dos últimos (32).

Wills em 1997, refere a importância do ambiente de EC afirmando que os estudantes quando iniciam a frequência das unidades curriculares (UC) de EC já têm estratégias para parecerem tão competentes quanto possível, e estas podem criar situações de conflito de oportunidades de aprendizagem. Desta forma o ambiente de aprendizagem clínica positivo é essencial para permitir ao estudante uma ligação entre a teoria e a prática, e para o desenvolvimento das competências necessárias para terminar o curso (39). O EdC que participa no estudo académico da EC é mais capaz para: a) ter um plano para orientar a sessão, b) recolher dados durante a

observação da sessão, c) desenvolver um estilo facilitador em vez de directivo da orientação e d) diminuir o tempo de conversação nas reuniões com o estudante. O treino do orientador resulta no aumento da compreensão do processo da EC e na flexibilidade em trabalhar com o estudante (16). Desta forma o EdC deve: a) estar familiarizado com os objectivos de aprendizagem dos estudantes e com o seu *curriculum* incluindo o conteúdo, programa filosófico e expectativas do curso, b) orientar o estudante para facilitar o plano e a condição específica, necessidades e/ou objectivos para o cliente, c) assegurar que os deveres atribuídos estão adequados ao nível da educação, capacidades, experiências e nível de conforto e tipo de estudo do estudante, assim como o nível de complexidade e dos contextos para a prática; d) dar *feedback* contínuo ao estudante considerando a performance do mesmo ao longo do tempo, baseando-se em critérios pré-estabelecidos pelas universidades; e) assegurar-se que o consentimento informado é obtido do cliente ou respectivo responsável, antes ao início do contacto entre o estudante e o cliente; f) destituir o estudante de determinada função, sempre que tal for o melhor para o interesse público e/ou do cliente (44).

A cada profissional podem ser atribuídos vários estudantes, sendo que o EdC terá de despender, com cada um deles, algum tempo individualmente (12, 31, 34). Os estudantes devem receber orientação baseada no seu nível de conhecimento, experiência e competência, e a orientação deve ser sempre suficiente para assegurar o bem-estar do cliente (31). O processo de EC deve incluir intervir com os clientes e a qualidade dos cuidados é o propósito primário mas também deve estar de acordo com os objectivos educativos. A responsabilidade do bem-estar do cliente recai sobre o EdC (39).

Num estudo dos factores que contribuem para a qualidade da EC referenciado por Wills (1997), a qualidade da comunicação entre o EdC e o estudante e o grau de preocupação demonstrado, bem como a experiência e a eficiência da demonstração, são elementos chave (39). O docente que não ouve compromete inevitavelmente a qualidade da formação (39) e o *feedback* é considerado como parâmetro crítico para o desenvolvimento de auto atenção, e de competências clínicas e profissionais do estudante (37). O *feedback* contínuo por parte do orientador, oral e escrito é assim recomentado (31, 42); o seu carácter construtivo é essencial e deve ser frequente em todos os momentos de orientação (39).

As competências interpessoais do EdC incluem envolver os estudantes em cuidados ao cliente quer pela negociação de comportamentos assertivos, quer pela recomendação da utilização de determinadas competências por parte do segundo. A avaliação de competências do estudante deve ser realizada em autoconsciência pelo EdC, com um perfil caloroso e empático e com respeito pelo outro. As competências de saber ouvir, oferecer suporte, ser positivo e entusiasta e

até de expressar as suas próprias emoções apropriadamente devem estar também presentes (39). O sucesso da facilitação no desenvolvimento do estudante pode resultar em última análise das competências comunicativas do orientador sobre os comportamentos de recolha e análise de dados. Existe uma relação entre as competências interpessoais do orientador e a efectividade clínica do estudante. A adopção de um estilo comunicativo adequado a cada estudante, influencia-o, permitindo-lhe a participação nas reuniões, na partilha de ideias e sentimentos e promovendo mudanças de comportamento positivas (42). Enquanto especialista na comunicação o TpF deve ser capaz de comunicar efectivamente com o estudante usando a eficácia comunicativa para promover a comunicação interpessoal (37). O domínio da área interpessoal permitirá a aptidão do orientador na interacção entre clínicos sendo por isso uma ferramenta muito útil (42).

A população de clientes bem como o equipamento, instrumentos e técnicas usadas para os serviços clínicos podem ser diferentes consoante os contextos da prática. No entanto a dinâmica da relação da EC com as dos componentes do processo de orientação são similares nos vários contextos de trabalho (42). Os métodos podem variar, de acordo com as necessidades da população em atendimento, desenvolvendo o nível do estudante e do EdC no processo de ensino/aprendizagem assim como das preferências económicas no contexto da prática (42).

De forma transversal, o poder na EC pode ser definido como a capacidade de uma das partes para alterar e controlar o comportamento, as atitudes, as opiniões, os objectivos, as necessidades, e os valores da outra parte (42). O estudante a frequentar EC é sujeito a avaliação e encontra-se numa posição de poder reduzido na relação com o orientador (31). Por outro lado, a influência do poder de um EdC treinado pode mudar os seus comportamentos em relação ao estudante. A falta de atenção do EdC ao poder possuído, pode influenciar o estudante, e resultar na intimidação e relutância deste em participar em actividades na experiência da orientação. Poucos profissionais podem contestar que o seu orientador foi o factor mais importante no sucesso ou no falhanço da sua experiência (31).

Existem evidências que o EdC quando em reuniões de orientação tende a dominar o tempo de conversa, resolver problemas e a desenvolver estratégias, o que pode conduzir a um estudante passivo e dependente do primeiro. Isto diminui a necessidade do estudante do uso do pensamento crítico e das competências de resolução de problemas (42).

Podemos ainda encontrar as competências do EdC para a implementação da avaliação do estudante, onde deve estar contemplada em relação ao estudante: a) a capacidade de resolução de problemas; b) o seu grau de dependência/independência como clínico e como estagiário; c) a

sua capacidade em se auto observar e auto-analisar; e em relação ao próprio orientador a flexibilidade em adaptar o seu estilo ao nível do estudante (37).

Muitos valores culturais têm um impacto significativo na forma (como) e no momento (quando), que os indivíduos escolhem para comunicar, no formato como se comportam em diferentes contextos, e no modo como aprendem. Os diferentes valores culturais têm um impacto na natureza e na efectividade, de todos os aspectos das interacções clínicas e culturais, baseados em comportamentos e na aprendizagem de estilos de orientação, para as suas interacções serem bem-sucedidas (42). As diferenças individuais resultantes de *backgrounds* culturais e/ou linguísticos diversos podem despoletar diferentes formas de resposta na dinâmica de poder, pelo que nestes casos, pode ser importante o orientador consultar um mediador cultural para as estratégias efectivas a utilizar seja com um cliente seja com um estudante (42). A falta de compreensão e/ou apreciação cultural e linguística pode também ter um impacto significativo nas interacções que esses profissionais têm com estudantes não tradicionais, como os mais velhos ou os que retomam os estudos (42).

O orientador é totalmente responsável pelo comportamento, serviços clínicos, e documentação clínica do estudante. Para sua própria protecção bem como para o crescimento do estudante e protecção do bem-estar do cliente, os orientadores devem estar completamente envolvidos e alerta para a performance do estudante e referir de imediato ao estudante qualquer resultado/comportamento menos satisfatório (42).

É da responsabilidade do EdC, o bem-estar do cliente bem como assegurar a confidencialidade da informação do cliente, os documentos de registo e o seu manuseamento adequado; e também é da sua responsabilidade assegurar a qualidade do serviço fornecido ao cliente por parte do estudante (42). O código de ética da ASHA orienta os EdC para continuamente assegurarem o serviço óptimo ao cliente, num processo durante o qual o estudante recebe uma orientação de qualidade e onde seja respeitado através da experiência (31). O Princípio Ético IV da ASHA refere a responsabilidade ética de manter a harmonia da relação interprofissional e intraprofissional (42). O orientador tem assim a responsabilidade ética de se preparar para o papel de orientador (16).

Os processos de mentor, formalmente identificados pela ASHA no seu Relatório Técnico em 2008 (42), são tipicamente definidos como uma relação entre duas pessoas, na qual uma (mentor) é dedicada ao desenvolvimento pessoal e profissional do outro (aprendiz) (42). O foco do processo de mentor é criar formas efectivas de construir competências, influenciar atitudes e cultivar aspirações (42).

Ainda no trabalho conjunto, o EdC pode providenciar oportunidades para a socialização através de actividades profissionais e deve-se sentir confortável em falar com o estudante sobre a sua performance independentemente da sua relação fora do contexto de trabalho (42).

Em suma, o papel do EdC inclui: a) garantir a segurança do estudante e do cliente durante a prestação dos cuidados clínicos; b) dar *feedback* formal e informal da performance do estudante, nomeadamente em momentos de avaliação; c) planear o treino inicial do estudante e a sua continuidade; d) monitorizar o progresso do estudante; e) garantir os cuidados e conselhos realizados pelo estudante; e f) garantir um nível apropriado de responsabilidades clínicas e profissionais por parte do estudante (39).

Apesar de ser longa e reconhecidamente importante a prática de EC e o papel do EdC, só recentemente, as tarefas/funções, bem como as capacidades e competências julgadas necessárias para a sua efectiva aplicação foram definidas (41). Com o avançar da profissão, o conhecimento da prática baseada na evidência sobre a prática nas perturbações clínicas tem aumentado através da pesquisa experimental e descritiva (42).

A ASHA começou a estudar os processos de EC em 1968 por indicação do seu Comité de Educação Clínica que indicava a existência de pouco conhecimento dos factores críticos na metodologia de orientação (42).

Em 1985 surge o primeiro documento onde estão definidas as funções do EdC. Uma dessas funções, denota a importância do estabelecimento e manutenção de uma relação de trabalho efectiva, entre o orientador e o estudante, e esta função é básica para o sucesso da experiência. As 13 funções à data correspondiam a 13 grupos de competências perfazendo no total oitenta e um itens (41).

Surgem então as funções: “Estabelecer e manter um relacionamento de trabalho com o estudante; (...) Assistir o estudante no desenvolvimento dos objectivos e metas clínicos; (...) Assistir o estudante no desenvolvimento e refinamento das competências de avaliação; (...) Assistir o estudante no desenvolvimento e refinamento de competências clínicas; (...) Demonstrar e participar com o estudante nos processos clínicos; (...) Assistir o estudante pela observação, na análise da avaliação e nas sessões de intervenção; (...) Assistir o estudante no desenvolvimento e manutenção de registos clínicos e de Educação Clínica; (...) Interagir com o estudante no planear, executar e analisar reuniões entre ambos; (...) Assistir o estudante na avaliação da performance clínica; (...) Assistir o estudante no desenvolvimento de competências de expressão oral, escrita em termos de conteúdo e de forma; (...) Partilhar informação com respeito a: princípios éticos e legais, instituições reguladoras e outros aspectos relacionados com

a prática profissional; (...) Modelar e facilitar a conduta profissional; e (...) Demonstrar competências na pesquisa dos processos de educador clínico.” (41 p3). Estas funções continuam a reflectir os deveres centrais do EdC na prática (43), e demonstram claramente a preocupação com todos os parâmetros relacionados com a prática clínica desde que o cliente chega até ao momento de alta, incluindo os parâmetros de planeamento da avaliação e da intervenção bem como da implementação do planeado, através da observação ou da própria implementação, com realização de demonstração se necessário. Expressam também o cuidado dirigido para a realização de registos e desenvolvimento de competências orais e escritas, para a conduta profissional e ainda os princípios éticos e legais. É de ressaltar a referência a reuniões entre o EdC e o estudante.

A UNESCO emitiu um relatório em 1972, onde apresenta os quatro pilares da educação para o século XXI. Este incluía quatro grandes áreas: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver juntos e aprender a ser. Sendo que os três primeiros são um contínuo das orientações educativas à data, o último surge como o auge da junção dos três anteriores e ao mesmo tempo explicita a importância da educação no desenvolvimento total da pessoa, mencionando que através da educação a juventude deverá estar/ficar preparada para ter pensamentos autónomos e críticos de forma a poder decidir por si mesmo (47).

Com o avançar dos tempos a pesquisa na área aumentou, e em 2008 a ASHA publicou no seu site o documento *Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Clinical Supervision* onde define os conhecimentos e as competências de um TpF para desempenhar o papel de EdC para estudantes de TF em 11 domínios (46). Encontramos assim os seguintes domínios que são os adotados no instrumento de recolha de dados utilizado no presente estudo: Domínio (D) I – Preparação para a Experiência de Orientação; D II – Comunicação Interpessoal e Relacionamento entre Orientador e Estudante; D III – Desenvolvimento de Competências de Pensamento Crítico e de Resolução de Problemas; D IV – Desenvolvimento das Competências Clínicas/Terapêuticas do Estudante em Avaliação; D V – Desenvolvimento das competências Clínicas/Terapêuticas do Estudante em Intervenção; D VI – Reuniões de Orientação e/ou Reuniões de Equipa; D VII – Avaliação do Desenvolvimento do Estudante como Profissional; D VIII – Diversidade (Grau Académico, Raça, Etnia, Idade, Cultura, Linguagem, Experiência e Educação); D IX – Desenvolvimento e Manutenção de Documentos Clínicos/Terapêuticos e de Orientação; D X – Ética, Regulamentação e Requerimentos Legais; D XI – Princípios de Mentor (46). Estes domínios abarcam as funções de 1985, e incluem também a necessidade de preparação para desempenhar o papel de EdC, a importância da comunicação

e das relações interpessoais, a relevância do pensamento crítico e de resolução de problemas, o respeito pela diversidade existente, os princípios de mentor (46).

Fitzgerald (2010) conduziu um estudo sobre a 'Reflexão sobre a Percepção dos Estudantes acerca das Necessidades dos Educadores Clínicos na Educação Clínica', tendo por base o documento da ASHA sobre os conhecimentos e competências dos EdC de 2008 (48).

Em 2010 foi apresentado um estudo subordinado ao tema 'Percepção dos Estudantes de Terapia da Fala sobre as Competências dos Supervisores Clínicos do 4º Ano', onde as competências dos orientadores na perspectiva dos estudantes são classificadas em média como boas (49). As competências IV.7., V.7., VIII.4. e VIII.5. (apêndice I) apresentaram uma alta frequência de respostas cotadas como 0 – Não Aplicável, onde se inferiu que na opinião dos estudantes a população alvo de atendimento não incluía pessoas com origens culturais diversas, ou não se verifica necessidade de recorrer a mediadores e/ou outros recursos (49). Surgiram ainda como possíveis áreas de formação para os orientadores os domínios: I – 'Preparação para a Experiência de Orientação'; II – 'Comunicação Interpessoal e Relacionamento entre Educador Clínico e Estudante'; III – 'Desenvolvimento de Competências de Pensamento Crítico e de Resolução de Problemas'; e IV – 'Desenvolvimento de Competências de Pensamento Crítico e de Resolução de Problemas', e a necessidade de as confirmar ou complementar através de outros estudos (49).

No Despacho da ESTSP/P-10/2012, após proposta de regulamento disponibilizada e submetida a discussão pública em 10 de Setembro, definem-se as disposições gerais das UC de EC da ESTSP. Neste aplica-se a: a) presidência da ESTSP; b) instituição de acolhimento; c) responsável pela UC; d) docente/supervisor; e) monitor/EdC; e f) estudante, aparecendo pela primeira vez a figura de supervisor clínico e respectivos deveres definidos (50). Ainda encontramos neste documento que "(...) a aprendizagem deverá incidir sobre o perfil [profissional e pessoal], competências técnicas e qualificações profissionais (...)" (50 p3).

As fichas das UC de EC do 4º ano de TF da ESTSP incluem nos seus objectivos de aprendizagem a reflexão sobre as práticas observadas e ou estudadas e a sua aplicação em diferentes cenários (35).

METODOLOGIA

O presente estudo pretende determinar a auto percepção dos TpF acerca das suas competências de EdC, enquanto orientadores das UC de EC IV, V e VI, do 4º ano do curso de

TF da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP), no ano lectivo de 2010-2011, numa tentativa de contribuir para o avanço da formação de TpF e da profissão em Portugal.

Com o intuito de se realizar a investigação, definiu-se uma questão de partida, que se encontrará posteriormente subdivididas em dois objectivos:

Questão: «Qual a auto percepção dos orientadores das UC de EC IV, V e VI, do 4º ano do curso de TF da ESTSP, face às suas competências no papel de orientadores?»

Objectivo 1. Determinar o nível de competências dos orientadores por domínio, numa auto perspectiva;

Objectivo 2. Identificar as competências dos orientadores, por domínio, alvo de valores baixos numa auto perspectiva.

O desenho do estudo é de carácter observacional descritivo, pois interessa a medição das características dos elementos de toda a população (51) e onde está englobado o conceito de quantitativo (52). O estudo é ainda considerado transversal, pois todos os dados respeitam a um único momento, representando neste caso a realidade dos orientadores de EC no final do ano lectivo 2010-2011 (51, 53).

A população que o estudo pretende investigar é constituída pelos orientadores de EC do curso de TF da ESTSP, das UC de EC.

Como critérios para a amostra definiram-se: 1) ser EdC do 4º ano do curso de TF e 2) ser EdC no ano lectivo 2010-2011, para inclusão; e 1) ser autora do estudo como critério de exclusão.

Todos os elementos da população em causa, totalizando 46, foram convidados a participar no estudo, tendo por isso iguais probabilidades de fazer parte da amostra.

Para dar resposta aos objectivos delineados, foi utilizado o questionário⁵ já elaborado e aplicado num estudo realizado no ano anterior (49) que consistiu na tradução e adaptação das competências definidas pela ASHA em 2008 (46). Sendo este o instrumento de base para um estudo longitudinal a terminar em 2013, manteve-se a sua estrutura para permitir a longo prazo o cruzamento dos dados obtidos em anos lectivos consecutivos (entre 2009-2010 e 2012-2013).

O questionário é composto por dois grandes grupos: um referente a dados que permitam caracterizar a amostra quanto a anos de serviço e anos de experiência como orientadores clínicos bem como quanto à instituição de acolhimento do estudante; e outro composto por 67 questões, com utilização da escala de *Likert* de seis itens: 0- Não Aplicável; 1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não Concordo nem Discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente, agrupadas em onze domínios (apêndice I). Todos os itens são de resposta obrigatória.

⁵ No apêndice I encontram-se os itens/competências do questionário de investigação referentes aos domínios em estudo.

Para realizar a recolha de dados após a definição da amostra, numa fase inicial foi organizada uma lista com os endereços electrónicos dos EC por cada trimestre do ano lectivo. Posteriormente foram contactados telefonicamente, para realização do convite de participação no estudo bem, como para confirmar cada um dos *emails* pessoais. Todos os TpF contactados concordaram em participar, sendo que nesta fase a resposta de participação foi 100% positiva. Ainda nesta fase dois TpF informaram que preferiam responder ao questionário em formato de papel, pelo que para estes dois elementos da amostra, o mesmo foi enviado em envelope fechado para a sua residência e posteriormente devolvido pelos mesmos para o investigador.

De forma a agilizar o processo optou-se pela realização dos questionários via electrónica, adoptando-se o *Google docs* para o respectivo efeito. O envio dos questionários foi sempre realizado (por *email*), quinze dias após o término do trimestre escolar correspondente, excepto para os dois TpF que pediram em formato de papel; para estes foi enviado quinze dias após o término do primeiro trimestre.

Após o encerramento da base de recolha de questionários do *Google docs*, os ficheiros foram exportados para o programa *Microsoft Excel 2000*. Os dados quantitativos foram inseridos numa base de dados específica para este estudo, e a análise dos resultados foi realizada com o auxílio do programa de informática de estatística *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0, tendo em conta o desenho previamente apresentado.

Utilizou-se a estatística descritiva para caracterização da amostra e análise exploratória dos dados através de média, mediana, e amplitudes. Analisou-se também a fiabilidade da escala utilizando o alfa de *Cronbach*.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No total foram contactados 46 EdC por telefone, e enviou-se o questionário trimestralmente conforme definido, para os *emails* dos EdC relativos a cada UC.

No ano lectivo 2010-2011, (tabela I) existiram 87 estudantes a realizar estágio do 4º ano. No primeiro trimestre surgem 29 EdC para 28 estudantes; no segundo trimestre só encontramos 12 EdC novos, o que significa que para as necessidades apresentadas pelo número de estudantes aproximadamente dois terços dos EdC voltaram a orientar neste trimestre. Esta continuidade de orientação do primeiro para o terceiro, do segundo para o terceiro, ou ao longo dos três trimestres, ainda se torna mais evidente na existência de somente sete EdC novos no terceiro trimestre para um total de 30 estudantes.

TABELA I – NÚMERO DE ESTUDANTES, DE EdC CONTACTADOS E DE RESPOSTAS OBTIDAS POR TRIMESTRE

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Estudantes	28	29	30
EdC Novos	29	12	7
EdC Mantidos	--	10	13
Respostas Obtidas	17	2	3

Os 22 inquiridos ao longo do ano apresentam como tempo de exercício clínico uma média de 14,05 anos e mediana de dez anos, com o valor mínimo de três anos e o valor máximo de 26 anos.

Em relação aos anos de exercício como EdC obtivemos 7,68 anos de média com seis anos de mediana, e variação entre o mínimo de 1,5 anos e o máximo de 17 anos.

Observando os valores obtidos por inquirido, podemos ler na tabela II a sua origem, os anos de exercício profissional e como EdC e a valor médio global de auto classificação do questionário. O EdC com menos anos de exercício profissional, iniciou o processo de orientação de EC com 1,5 anos de exercício profissional e é o que se classifica com a média global mais baixa de 3,5.

TABELA II – INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO, ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E COMO EdC, E MÉDIA GLOBAL DE AUTO CLASSIFICAÇÃO POR EdC

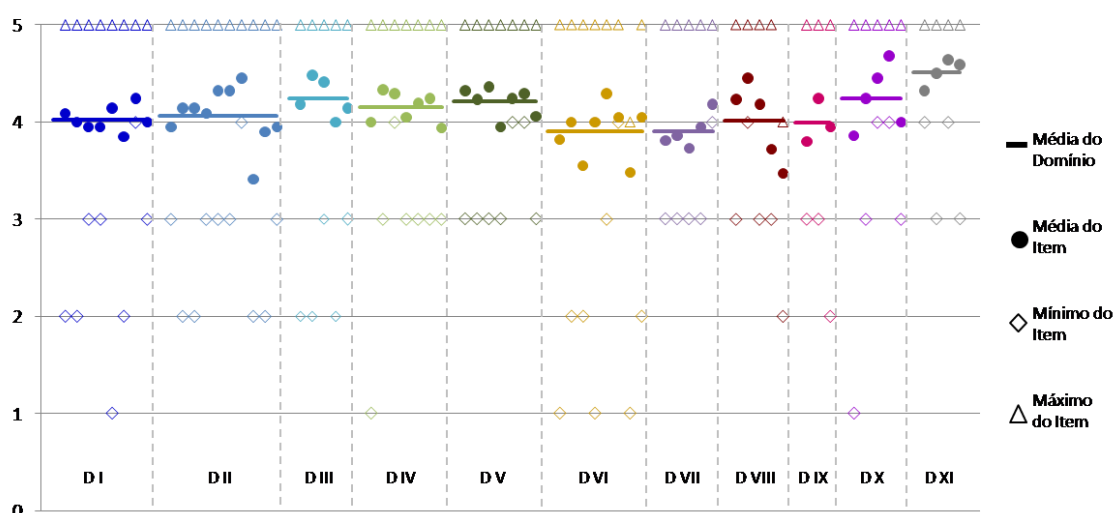
INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTOS	ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	ANOS COMO EdC	MÉDIA GLOBAL POR EdC
CLÍNICA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO (MFR) - N=2	5,5	3	4,4
	3	1,5	3,5
ESTSP - N=7	8	6	4,0
	26	2	4,3
	9	10	4,3
	8	5	4,0
	8	6	4,3
	20	9	4,3
	9	2	4,0
GABINETE/CENTRO PEDAGÓGICO - N=1	7	2	3,8
HOSPITAL (MFR) - N=8	25	17	4,3
	11	8	4,4
	23	13	4,0
	23	13	3,6
	15	6	4,3
	23	15	4,2
	24	15	3,7
	9	6	3,7
HOSPITAL UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS (UCC) - N=1	13	10	4,4
INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SEGURANÇA SOCIAL (IPSS) - N=3	8	4	4,3
	22	10	3,9
	9	5	4,2

Encontramos mais três EdC com 26, nove e sete anos de exercício profissional, com dois anos de orientação, com valores de 4,3, quatro e 3,8 na média global de auto classificação. Em relação às restantes auto classificações inferiores a quatro, surgem com os valores de: 3,6 para um TpF com 23 anos de exercício profissional e 13 de participação nos processos de orientação; 3,7 para dois sujeitos com 6 e 15 anos de orientação em EC e 9 e 24 de exercício profissional e por último surge o valor global médio de 3,9 para um inquirido com dez anos de orientação e 22 de exercício profissional.

Em relação às instituições acolhedoras, verificamos ainda na tabela I que os EdC exercem a sua prática profissional maioritariamente em contextos de saúde: oito em contexto de Medicina Física e Reabilitação (MFR); um numa Unidade de Cuidados Continuados; e dois em Clínicas de MFR, três em Instituições de Particular de Solidariedade Social, um em Gabinete/Centro Pedagógico e sete em contextos de Educação de TpF (ESTSP).

Em relação à fiabilidade dos itens que compõem o questionário, obteve-se o coeficiente de alfa de Cronbach com um valor de 0,947 para os 67 itens que compõe o questionário. Este valor é considerado muito bom o que significa que o questionário tem uma boa fiabilidade e que as questões do mesmo contribuem para a variável latente implícita (54), a competência de orientação dos EdC.

GRÁFICO I – APRESENTAÇÃO DAS MÉDIAS DOS DOMÍNIOS E DOS ITENS, E DOS VALORES MÍNIMO E MÁXIMO POR ITEM



Conforme se pode observar no gráfico I, a média das médias por domínio apresenta um valor igual ou superior a quatro, excepto nos D VI, VII e IX, onde encontramos valores muito próximos de quatro: 3,905, 3,906 e 3,997 respectivamente (apêndice II).

Quando verificamos as médias das competências (gráfico I) encontramos então valores menores que 3,5 – 3,41 (D II.8 e D II.7), 3,47 (D VIII.5), 3,48 (D VI.7); entre 3,5 e 3,9 – 3,85 (D I.6), 3,82, 3,55 (D VI itens 1 e 4 respectivamente), 3,81, 3,86 e 3,73 (D VII item 1, 2 e 3 respectivamente), 3,72 (D VIII.4), 3,8 (D IX.2) e 3,86 (D X.1). Todos os outros itens apresentam valores de média, iguais ou superiores a 4 (apêndice II).

O valor máximo de 5 surge em todos os itens (gráfico I), excepto no D VI.7 e no D VIII.5. O valor mínimo de um surge no D I.5, D IV.1, D VI itens 1, 4 e 7 e no D X.1. Já o valor dois, também considerado negativo, aparece no D I itens 1, 2 e 6, D II itens 2, 3, 8 e 9, D III itens 1, 2 e 4, D VI itens 2, 3 e 8, D VIII.5, e D IX.3 (apêndice II).

Em relação ao valor zero que tem como descritivo 'Não Aplicável', só o D IX não o apresenta (gráfico I). Os restantes domínios mostram o valor um ou dois em algumas competências; salvagam-se os D IV e V, onde os encontramos cinco e quatro vezes nos itens 7 dos dois domínios. Ainda no D VIII itens 4 e 5 surgem quatro e sete vezes o valor zero (apêndice II).

DISCUSSÃO

O facto de num primeiro contacto 46 EdC se terem disponibilizado para participar no estudo, e só 22 o terem realmente feito, pode ser indicativo do factor de avaliação do seu próprio papel do processo de EC. As competências de orientação, e por esta via o próprio EdC, devem ser continuamente avaliadas (31), e este pode ter sido o factor de tão baixa adesão ao preenchimento do questionário. O tempo previsto para o seu preenchimento poderá ter sido outro factor (aproximadamente 45 minutos).

Os 22 EdC referenciam no mínimo três anos de prática clínica, com uma amplitude alargada sendo que o maior tempo é de 26 anos. Os próprios valores de média e mediana são indicativos de largos anos de experiência na amostra em questão.

Na continuidade, a experiência em EC da amostra, os valores de média e mediana sugerem experiência no processo de EC, sendo que esta é ampla para alguns dos EdC. Somente três dos inquiridos apresentam como valor mínimo dois anos, sendo que este é considerado o tempo mínimo de prática clínica pelo CPLOL (33). Encontramos ainda um sujeito com 1,5 anos de orientação e três anos de experiência profissional, o que apesar de contradizer o tempo mínimo de prática definido pelo CPLOL (33), sugere confiança dos responsáveis que o escolheram para

ser EdC, o que se pode comprovar pela média global de auto classificação, onde encontramos o valor mais baixo de 3,5, revelando a sua capacidade auto conhecimento (16, 39) perante as dificuldades encontradas. A análise da média global das auto classificações individuais dos EdC indica valores abaixo de quatro para muitos anos de prática clínica e de orientação e valores acima de quatro para sujeitos com menos anos de prática clínica e consequentemente menos anos de orientação. Tal pode ter ocorrido por diferenças individuais de auto classificação dos sujeitos no próprio questionário ou por possuírem informação/formação sobre os processos de orientação mais ou menos completos, o que pode explicar diferentes percepções de conhecimento perante o mesmo item.

Lendo os resultados por instituição verificamos que só na ESTSP (n=7) encontramos variação da média de classificação individual entre quatro e 4,3, o que sugere que os próprios EdC da instituição de ensino apresentam algumas áreas onde ainda não se sentem no nível de excelência indicado para os mesmos. Por outro lado, por maior conhecimento das linhas orientadoras para os processos de EdC, obrigatório para quem participa nas UC em questão, durante o momento de autopreenchimento dos itens do questionário, provavelmente identificaram de forma mais explícita as suas lacunas e por isso se atribuíram valores mais reais e como tal em torno do nível quatro.

A variedade de instituições acolhedoras onde os EdC exercem reporta para a variabilidade de contextos, e para as diferentes naturezas de especialidade, local e estrutura da equipa (29, 31, 39). Apesar da dinâmica da EC e dos componentes do processo de orientação serem similares, a frequência de variabilidade de contextos de trabalho dos EdC podem sugerir diferentes metodologias ou clientes, o que promove o desenvolvimento do estudante (42). De igual modo o facto de onze dos 22 sujeitos exercerem em contexto hospitalar, e outros dois em contexto de MFR, é um sinal de que o exercício profissional do TpF em Portugal ainda se encontra muito ligado à área da saúde (9), sendo esta que assegura a carreira profissional do TpF como Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (9). No entanto encontramos já um TpF em contexto educativo conforme defende o CPLOL em 2009 (15), três em instituições particulares referidos pela ASHA (31) e pelo CPLOL (15) bem como referido por Lopes em 2004 (14), e sete EdC encontram-se dentro da própria instituição de ensino do curso de TF (14, 35).

Em relação às médias por domínio, verificamos que oito deles apresentam o valor igual ou superior a quatro (numa escala de um a cinco), pelo que os TpF se percebem como bons no desempenho do seu papel de EdC. Demonstram assim que se mantêm informados sobre os

processos de orientação, possivelmente através do estudo autónomo de jornais de pares, apresentações orais e outras formas de aquisição de conhecimento sobre a profissão (16), bem como por se percepcionarem como profissionais capazes na prática clínica, na prestação de serviços, nas competências interpessoais e no desenvolvimento pessoal (39).

Mesmo nas médias por competências, do total de 67 itens encontramos 46 com valores de média igual ou superior a quatro, e nos restantes itens o valor médio mais baixo obtido foi de 3,4, ou seja, na percepção das suas competências como EdC em média o valor obtido é sempre positivo. Desta forma, numa apreciação global os EdC consideram-se capazes de guiar o estudante na sua aprendizagem prática, através de conversa reflexiva durante o processo de EC (35, 42).

Nos itens D VI.7, recolha e análise dos conteúdos e dinâmicas das reuniões de orientação como facilitadores das aprendizagens e das mudanças desejadas, e D VIII.5, uso efectivo de intérpretes e/ou tradutores culturais, nenhum dos EdC se classificou com o valor cinco verificando-se um decréscimo da média das competências D VI.7 para 3,48 e D VIII.5 com o valor de 3,47; estes valores sugerem que nestas competências é mais difícil alcançar o grau de excelência de domínio das mesmas. O item D VI.7 reporta para recolha de dados realizada pelo EdC para analisar os conteúdos e dinâmicas das reuniões de orientação. Neste sentido, Wren em 2001 afirma que o EdC que participa no estudo académico da EC é mais capaz de recolher dados e de diminuir o tempo de conversação nas reuniões com o estudante (16). O item D VIII.5 referente ao uso de intérpretes e/ou tradutores culturais, é também um dos itens do questionário onde pelo menos um EdC se classificou com o valor de dois. Neste aspecto a literatura consultada refere o impacto significativo nas diferenças individuais resultantes de experiências pessoas diversas (42), na dinâmica de poder entre EdC e estudantes (34, 42), e na posição subjacente da forma como estes factores podem influenciar a interacção entre o EdC e o estudante (31, 42). No entanto, no item D VIII.4, surge um valor cinco para a identificação da necessidade de consultar um mediador/consultor cultural, o que mostra que pelo menos um dos EdC tem esse parâmetro nas suas preocupações durante o processo de EC (42). Reportando para a realidade portuguesa, já no estudo de Faria, Magina, Nunes, (2010) os itens D VIII.4 e D VIII.5 apresentavam uma alta frequência de respostas cotadas como 0 – Não Aplicável na percepção dos estudantes; o mesmo se repete na percepção dos EdC o que aparentemente reforça a inferência realizada sobre a não inclusão de pessoas de origens culturais diversas na população alvo de atendimento e por consequência a ausência de necessidade de recorrer a mediadores e/ou outros recursos (49); como surgem alguns EdC que se auto classificam neste

parâmetro com valores positivos, estes podem ser lidos como uma realidade emergente no nosso país.

Analisando agora os valores negativos (um e dois) obtidos como valor mínimo em alguns itens, verificamos que estes surgem em maior número nos D I, II, III e VI. Nos D IV, VIII e IX surgem apenas num item e nos outros domínios estão ausentes. Estes quatro últimos são os domínios que surgem no Relatório Técnico da ASHA em 2008 (42), para as reformulação das competências do EdC elaborados pela ASHA (46), juntamente com o domínio 'Princípios de Mentor' representando desta forma a actualização perante a reforma do sistema educativo (47).

Verificamos que no domínio I, referente à 'Preparação para a Experiência de Orientação' apenas as competências 3, 4, 7 e 8 não apresentam valores negativos. Na outra metade dos itens encontramos pelo menos um EdC com a auto classificação negativa, o que sugere que nem todos os EdC se preparam convenientemente para o processo de EC (43). Analisados individualmente, D I.1, 'facilitação da compreensão do processo de orientação', apresenta como média o valor de 4,09, e surge o valor dois. O D I.2, também com um valor dois, refere a 'ajuda ao estudante na definição de metas para os processos clínicos e de orientação', tem como média o valor quatro. Já no item D I.5 aparece o valor mínimo de um e a média de 4,14, referindo-se a 'adopção de um processo de orientação baseado nas necessidades do cliente e nos conhecimentos e competências dos estudantes'. Por fim o D I.6, na 'modelagem de competências de colaboração e comunicação em equipas pluridisciplinares', surge o valor dois e a média de 3,85. Se acrescentarmos a informação que a média de cada um dos itens é superior a 3,85, tendo como valor máximo 4,24, então podemos considerar que há EdC que, ou por experiência prévia ou por preparação prévia atingem patamares bons na auto classificação neste domínio, sendo que o valor cinco aparece pelo menos uma vez em todos os itens. Os valores obtidos sugerem a necessidade de formação dirigida para os EdC para colmatar os aspectos relevantes da preparação para a experiência de orientação. Os docentes das UC em questão da ESTST promovem todos os anos logo no início de cada ano lectivo, uma reunião com os EdC (50) para partilharem experiências e os últimos exporem as suas necessidades e dificuldades. É reconhecido que nem todos os EdC podem participar na mesma, por dificuldades temporais ou geográficas, tentando-se colmatar esta ausência com a elaboração de uma acta enviada para os mesmos; a não participação pode, no entanto, ser identificada como um entrave ao amadurecimento das competências dos EdC (16, 39).

No domínio II, 'Comunicação Interpessoal e Relacionamento entre Educador Clínico e Estudante' encontramos quatro itens onde pelo menos um EdC se posicionou no valor dois. Em D II.2, referente à 'facilitação da utilização das competências de comunicação interpessoal para maximizar a efectividade comunicativa', apesar de surgir o valor dois, a média é de 4,14, e o valor máximo é de cinco, o que demonstra que há pelo menos um EdC que reconhece a sua dificuldade na comunicação interpessoal, o que pode tornar o ambiente de aprendizagem menos positivo para a interligação entre a teoria e a prática (39). Em relação ao D II.3, observa-se tal como no anterior uma média de 4,14 e a existência do valor dois e do valor cinco. Este item refere-se ao 'reconhecimento dos diferentes estilos de aprendizagem', e também está implícito na criação de um bom ambiente de aprendizagem (39). No item D II.8, directamente relacionado com a 'pesquisa sobre a orientação em EC e a sua aplicação ao processo', verificamos que apesar de o valor máximo cinco existir, o valor da média de 3,14 é o mais baixo obtido por item, significativamente menor que nos itens anteriores. Como se pode compreender pela análise da tabela II, o facto de quatro EdC só terem dois anos de experiência nos processos de orientação, não tem relação directa com a média global obtida individualmente por cada sujeito, o que se reflecte também nos itens do domínio II. Essa relação também não foi encontrada entre anos de exercício profissional e instituição acolhedora. Encontramos EdC com 26 anos de prática e dois de orientação que se classificaram com média global 4,3, e outros com 24 e 22 anos de prática que se classificaram com médias globais de 3,7 e 3,9 apesar de terem mais anos de experiência como EdC (15 e dez respectivamente). Torna-se assim pertinente verificar que Victor (2009) refere que o EdC que participa no estudo académico da EC torna-se mais capaz de a implementar (37). No item 9 no domínio II, referente à 'orientação do estudante no processo de auto-avaliação e identificação de áreas fortes e a melhorar', o valor da média é de 3,9, o que sugere que alguns EdC ainda deverão melhorar a sua competência, nesta área reflexiva do processo, para auxiliar o estudante na auto observação e na auto-análise (37). Os outros seis itens do D II, mostram valores positivos, o que conduz para o conhecimento dos EdC sobre a importância da comunicação efectiva; afinal são TpF e por definição o TpF é considerado um especialista na comunicação (37, 42); da escuta activa (39); e da adopção de um perfil comunicativo que permita a participação e partilha de ideias dos estudantes (37); assim como de apresentarem competências interpessoais adequadas ao estudante em questão (39). Esta parece ser também uma área a incluir em futuras formação para os EdC.

Analisando agora o domínio III, 'Desenvolvimento de Competências de Pensamento Crítico e de Resolução de Problemas' encontramos três dos cinco itens que o compõe onde pelo menos um

EdC se atribuiu o valor dois. Em D III.1, 'ajudar o estudante na utilização de procedimentos de recolha de dados diversos', a média é de 4,18 no entanto pelo menos um dos EdC colocou-se no valor dois onde podemos perceber a sua dificuldade em se preparar previamente para o processo de EC, podendo assim surgir como barreira ao desenvolvimento do estudante (16). Já em D III.2, 'ajudar o estudante na análise objectiva e na interpretação dos dados obtidos', o valor médio é de 4,48, o que sugere que apesar de um EdC considerar uma competência fraca, os restantes consideram como uma competência forte. Neste item há um orientador que optou por considerar a competência como 'Não Aplicável', o que aparentemente é contraditório pois este tipo de estágio contém implícito este tipo de aprendizagem (37, 39, 42). Em relação ao item 4 do mesmo domínio, 'utilização de linguagem promotora do pensamento independente, definição de problemas e desenvolvimento de soluções', pelo menos um dos EdC atribui-se o valor dois, e a média é de quatro. Desta forma, em média, a percepção dos EdC sugerem boas competências no referido item de acordo com Victor (2009), que defende a promoção do estudante em resolver problemas, ser independente do orientador e ser capaz de se auto observar e auto-analisar (37).

Passando agora para o domínio VI, 'Reuniões de Orientação e/ou Reuniões de Equipa' verificamos que em seis dos oito itens surge pelo menos um valor negativo. D VI.1 refere-se ao 'agendamento regular de reuniões' e um dos sujeitos colocou-se em um, de onde se pode inferir a dificuldade em realizar esta tarefa. A média deste item é inferior a quatro, 3,83, o que se pode considerar como um sinal de alerta para esta competência, sendo este um aspecto referido como necessário para o desenvolvimento das diversas vertentes do estudante (42). Nos dois itens seguintes DVI.2, 'facilitação do planeamento de reuniões', e D VI.3, 'selecção dos itens relevantes para as reuniões', as médias variam entre quatro para o primeiro e 3,55 para o segundo e pelo menos um sujeito classificou-se como dois. Em D VI.2, os sujeitos preocupam-se em facilitar o planeamento das reuniões, demonstrando assim a preocupação com a sua existência (42). Já em D VI.3, aparentemente os tópicos para as reuniões surgem durante o desenrolar das mesmas por não serem previamente definidos ou para responderem a outros tópicos mais urgentes no momento, não significando no entanto que não sejam abordados. Isto pode sugerir a existência de pouco tempo para preparar a reunião e a opção de usar esse mesmo tempo para a sua realização. A necessidade do EdC despendar tempo com o estudante é referida no Relatório Técnico da ASHA (42), mas há vários factores que podem dificultar esta escolha, nomeadamente a necessidade de cumprir um horário de atendimento contínuo de clientes. Outro risco, é a existência de indicadores de utilização do tempo desigual durante os momentos de reuniões, com maior tendência para o EdC resolver os problemas e desenvolver

as estratégias, o que pode ser prejudicial para o estudante, tornando-o num ser receptor de informação – passivo e dependente do orientador (42). Continuando no mesmo domínio, no item 4, referente à ‘escuta activa e comportamentos que facilitem a participação activa do estudante nas reuniões’, o valor médio do item volta a subir para quatro, e há pelo menos um EdC com o valor um. Este EdC quer por disponibilidade temporal, por falta de hábito, ou por falta de informação/formação, aparentemente não escuta o estudante ou sequer faz reuniões de orientação; este é um parâmetro em que os restantes EdC se consideram competentes. Supostamente a escuta activa é um parâmetro dominado pelos TpF orientadores (39), o que mais uma vez remete para o TpF como especialista na comunicação (37, 42). No item D VI.7, ‘recolha e análise dos conteúdos e dinâmicas das reuniões de orientação como facilitadores das aprendizagens e das mudanças desejadas’, novamente surge o valor um e a média é de 3,48, abaixo de quatro. Parece que alguns EdC analisam a mudança que promovem no estudante, no entanto há outros que não a realizam ou só a realizam parcialmente (42). Terminando com o item D VI.8, ‘facilitação da efectiva colaboração do estudante como membro da equipa’, em média encontramos o valor de 4,05, o que demonstra que esta é uma competência com que os EdC se preocupam, no entanto voltamos a encontrar o valor negativo de dois. A promoção de oportunidades para a socialização através de actividades realizadas em equipa com outros profissionais é também uma componente a considerar no processo de EC (42). Neste domínio encontramos seis vezes um valor negativo, o que sugere a necessidade de maior análise e formação para os EdC em questão. No entanto há dois itens onde os valores são positivos o que sugere a tentativa de atingir as competências regulamentadas pela ASHA (46). Neste âmbito e cumprindo o previsto no regulamento de EdC da ESTSP (50), os docentes/supervisores de EC do 4º ano do curso de TF, marcam uma reunião de supervisão onde se encontram presentes o mesmo, o EdC e o estudante. Esta marcação obriga o EdC e o estudante à preparação prévia para a mesma, e verifica-se pelo menos a existência de uma reunião formal entre os três elementos. Estas reuniões são também consideradas uma forma de entreajuda e partilha de conhecimentos sobre o próprio processo de EC com os orientadores menos informados promovendo a sua actualização e o amadurecimento das suas competências neste papel.

Em relação ao domínio XI de ‘Princípios de Mentor’ não aparecem valores negativos, sejam zero, um ou dois, e as médias por item são superiores a 4,32 o que significa que este é um domínio onde os EdC se sentem confortáveis e realmente competentes. Desta forma podemos encontrar valores relativamente bons em todos os EdC no processo de criar formas efectivas de construir competências, de influenciar o aprendiz e de cultivar aspirações (42). Podemos aqui

incluir o cuidado do EdC com a influência do seu poder sobre o estudante assumindo uma posição de respeito o que facilitará a mudança que pretende para o estudante (42).

Sendo estes cinco domínios relativamente recentes na sua definição à data do levantamento de dados (46), podemos inferir que apesar das mudanças no sistema educativo (47) e nas competências exigidas aos EdC, estes estão a par das mesmas e tem vindo a acompanhar o desenvolvimento e crescimento do seu papel no processo.

Em relação aos restantes domínios, a inexistência ou baixíssima existência de valores negativos, sugere que os EdC se sentem mais competentes e seguros das suas capacidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo enquadra-se numa investigação longitudinal em curso da mesma autora, e revela-se pertinente perante a evolução da arte de EC de TF em Portugal, encontra-se esta na mesma fase na ASHA (48); no entanto apresenta limitações de raiz: ausência de dados qualitativos e o tamanho da amostra (n=22).

Em relação ao primeiro parâmetro, as razões que justificam a auto classificação de alguns EdC, nomeadamente em relação aos valores negativos e 'Não Aplicável', poderiam ter sido exploradas e teriam constituído uma mais-valia para a investigação em causa, bem como para a identificação das áreas onde há maior necessidade de informação/formação por parte dos mesmos, ou de envolvimento de outras entidades nos processos de EC neste questionário desconsideradas (50).

Em relação ao segundo parâmetro, o baixo valor de sujeitos da amostra, condicionou a correlação entre os dados obtidos, motivo pelo qual se optou pela análise exploratória dos resultados; por outro lado apenas 47,82% da população respondeu ao questionário não podendo assim ser considerado como representativo dos EdC do 4º ano do curso de TF da ESTSP no ano lectivo de 2010-2011.

Os resultados obtidos descrevem que os EdC de uma forma geral se auto percebem como competentes no desempenho das suas funções de orientador, quer de forma global quer por domínio de competências, sendo que fica por saber qual seria a percepção dos restantes 52,18% que não responderam. Estes aparentemente divergem ou desconhecem (d) o Relatório Técnico da ASHA (2008), onde está explícita a informação da necessidade de auto-avaliarem o

seu comportamento em relação aos processos de orientação (42), não se podendo no entanto ignorar o factor tempo para o preenchimento do mesmo.

Os domínios onde se obtiveram valores baixos foram identificados como quatro dos cinco incluídos em 2008, pela ASHA na reformulação das competências dos EdC (46), salvaguardando o domínio XI do questionário que apresentou sempre valores positivos de resposta. Os quatro representam a preparação do EdC para o processo de orientação, as competências de comunicação interpessoal e de relacionamento, a inclusão do pensamento crítico e de resolução de problemas do estudante, e a importância da existência de reuniões (42). Sendo que na última década existe a tendência da formação contínua dos orientadores com um carácter dinâmico e que considera a prática orientadora como profissão viva e activa num contínuo progressivo (36), os quatro domínios identificados deverão estar entre os primeiros a serem incluídos em futuras formações aos EdC do curso de TF da ESTSP. No entanto qualquer um dos domínios referidos pode e deve ser alvo de formação para os EdC, pois esta é uma das formas de tornar consciente e explícito o conhecimento que possuem, as dificuldades com que se deparam, e as estratégias que utilizam através da partilhar entre colegas (16, 39).

Ficam ainda muitas questões por estudar como propostas de estudos futuros: Os EdC consideram que ser um bom profissional é sinónimo de ser um bom EdC? Existem diferenças entre o processo de orientação e o processo clínico? Existindo outras partes envolvidas para além do EdC e do estudante na EC (50), quais os factores que mais condicionam o TpF no processo de orientação em Portugal?

Sendo facto que a EC é um processo colaborativo com partilha de responsabilidade de muitas das actividades através da experiência no processo de orientação (42), e que o EdC tem benefícios na sua prática para aumentar os conhecimentos clínicos (16) pois: a) têm acesso corrente a pesquisa e recursos através dos estudantes; b) aumenta as suas técnicas clínicas ensinando os outros; e c) obtém a satisfação de saber que está a contribuir directamente para o futuro da profissão (29), é fundamental investir na formação dos EdC para o contínuo desenvolvimento da TF e em benefício do próprio cliente, sendo este o alvo primário e final do exercício profissional do TpF (16).

Wills em 1997 referia que ainda não eram claros, nos processos de EC, quais os benefícios para o cliente e para o serviço em geral (39), o que aparentemente ainda se mantém pois existe

pouca evidência empírica deste processo, especialmente a relacionada com dados do cliente (42). Estas podem ser também consideradas duas áreas ainda a explorar na TF.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Costa I. O Terapeuta da Fala e a Intervenção em Pessoas com Multideficiência – Contributos para a Formação. Porto: Universidade do Porto; 2007.
- 2- Olim C. Número Actual de Terapeutas da Fala em Portugal. Lisboa; 2012.
- 3- Bastos J. O Perfil do Terapeuta da Fala em Portugal. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2011.
- 4- Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS. Listagem dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. [Internet]. [acesso em 05 Jun 2011]. Disponível em: www.acss.min.saude.
- 5- Lusa. Políticos recorrem cada vez mais a terapia da fala. [Internet]. 2011 [acesso em 05 Jun 2011]. Disponível em: <http://sicnoticias.sapo.pt/Lusa/2011/03/04>.
- 6- International Association of Logopedics and Phoniatrics – IALP. Greeting from the President of the IALP [Internet]. 2010. [acesso em 16 Ago 2012]. Disponível em: www.ialp.info.
- 7- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. [Internet]. [acesso em 30 Nov 2012]. Disponível em: www.asha.org.
- 8- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopédes de L'Union Européenne – CPLOL. 1988-1998 10 years of activities. [Internet]. 1999. [acesso em 28 Ago 2012]. Disponível em: http://www.cplol.eu/cplol%202000%20proc/texte%201/texte1_en_a.htm.
- 9- Diário da República Decreto-Lei nº 564/99. [Internet]. 1999. [acesso em 08 Jun 2011]. Disponível em: <http://dre-pt/pdf1sdip/1999/12/295A00/90839100.pdf>.
- 10- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala – APTF. [Internet]. [acesso em 28 Ago 2012]. Disponível em: www.aptf.org.br.
- 11- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala – APTF. Código Ético e Deontológico do Terapeuta da Fala. 1999.
- 12- Liaison Committee of Speech and Language Therapists in the European Community – CPLOL. Code of Ethics and Professional Conduite. [Internet]. 1993. [acesso em 28 Ago 2021]. Disponível em: www.cplol.eu/eng/code_of_ethics.html.
- 13- Mendes A, Santos M^a E, Oliveira I, Frey A, Mogas S, Cunha M^a J, Correia P, et al. Terapia da Fala – A Implementação do Processo de Bolonha. Santarém: Normagrafe; 2005.

- 14- Lopes A. Implementação do Processo de Bolonha e a Formação na Área da Terapia da Fala. [Internet]. 2004. [acesso em 20 Dez 2012]. Disponível em: http://www.mctcsmp/archive/doc/Bolonha_Tecnologias_da_Saude.pdf.
- 15- Patterson A, Rautakoski P. Education of Speech and language therapists in Europe. Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes Logopèdes de L'Union Européenne – CPLOL. [Internet]. 2009. [acesso em 28 Ago 2021]. Disponível em: http://www.cplol.eu/congress2009_proceed/03-01_PR&AP.pdf.
- 16- Wren S. The Ethical and Legal Aspects of Clinical Supervision. ASHA Magazine: 2001. [Internet]. [acesso em 28 Jul 2012]. Disponível em: www.asha.org/documents/publicatons/EthicalAndLegalAspects/pdf.
- 17- Cheng L. Education for Speech and Language Pathology – Emerging Issues. Folia Phoniatria et Logopaedica 2010; 62: nº 5. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=314798&Ausgabe=253986&ProduktNr=224177&filename=314798.pdf>
- 18- Alcoitão Superior de Saúde do Alcoitão – ESSA. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.essa.pt.
- 19- Universidade de Aveiro – UA. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.ua.pt/essua.
- 20- Escola Superior de Saúde Egas Moniz – ESSEM. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.egasmoniz.com.pt.
- 21- Escola Superior de Saúde de Leiria – ESSL. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.esslei.ipleiria.pt.
- 22- Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto – ESTSP. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.estsp.ipp.pt.
- 23- Escola Superior de Saúde – ESS. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.si.ips.pt.
- 24- Instituto Superior de Saúde do Alto Ave – ISAVE. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.isave.pt.
- 25- Universidade Atlântica – UAtlantica. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.uatlantica.pt.

- 26- Universidade Fernando Pessoa – UFP. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.ufp.pt.
- 27- Escola Superior de Saúde – Universidade do Algarve. [Internet]. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: www.essualg.org.
- 28- Wikipédia. [Internet]. 2009. [acesso em 15 Dez 2012]. Disponível em: en.wikipedia.org/wiki/Speech_and_language_pathology#Education.
- 29- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. Students Supervision - Clinical Education Makes a Difference. [Internet]. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: www.asha.org/slp/supervision.htm.
- 30- Federação Nacional de Ensino – FNE. [Internet]. 2004. [acesso em 23 Dez 2012]. Disponível em: <http://www.fne.pt/>.
- 31- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. Clinical Education and the Professions. [Internet]. [acesso em 13 Dez 2012]. Disponível em: www.asha.org/academic/teach/tools/supervision.html.
- 32- Liu M, Lei Y, Mingxia Z, Haobin Y. Lived experiences of clinical preceptors: A phenomenological study. *Nurse Education Today*; 2010. [Internet]. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: <http://libra.msra.cn/Publication/42223331/lived-experiences-of-clinical-preceptors-a-phenomenological-study>.
- 33- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne Community – CPLOL. Position statement on practical education during initial Speech and Language education programmes. [Internet]. 2009. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: http://www.cplol.eu/eng/practice-educ_pos_stat.pdf
- 34- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. Resources for Supervision. [Internet]. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: www.asha.org/academic/teach-tools/supervision-resources.htm.
- 35- Cunha, M^a J. Ficha da Unidade Curricular de Educação Clínica IV. Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto; 2012.
- 36- Fernández L. Formación Y Profesionalización de Orientadores: Modelos Y Procesos. *Revista ELelectrónica de Investigación y EValuación Educativa*. [Internet]. 1996. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: http://www.uv.es.RELIEVE/v2n2/RELIEVEv2n2_3.htm.

- 37- Victor S. Perspectives on Administration and Supervision. American Speech-Language-Hearing Association. [Internet]. 2009. [acesso em 13 Dez 2012]. Disponível em: <http://journal.asha.org/perspectives/terms.dtl>.
- 38- Macedo A. Supervisão em Enfermagem - Construir as Interfaces entra a Escola e o Hospital. Santo Tirso; De Facto Editores; 2012.
- 39- Wills M. Link teacher behaviours: student nurses' perceptions. Nurse Education Today: 1997; nº 17. [Internet]. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-89337492&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000228598&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=c47ea35c571294ed49a62488f86c293f&searchtype=a.
- 40- Kirby D, Morris H, Sullivan D. Clinical Supervision: What Was I Thinking?! [Internet]. 2006. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: http://www.txsha.org/_pdf/pdf/Morris,%20Holly-Clinical%20Supervision.pdf.
- 41- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. Clinical supervision in speech-language pathology and audiology [Position Statement]. [Internet]. 1985. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: <http://www.asha.otg.policy/PS1985-00220-htm>.
- 42- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. Clinical Supervision in Speech-Language Pathology [Technical Report]. [Internet]. 2008. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: www.asha.org/policy.
- 43- Kirklees Community Healthcare Services – NHS. Standard Operating Procedures for Clinical Supervision. [Internet]. 2009. [acesso em 27 Ago 2012]. Disponível em: http://www.kirkleeschs.nhs.uk/uploads/media/SOP-09-025_-_Clinical_Supervision.pdf.
- 44- Caslpo Members Help People Hear Communicate – CASLPO. Supervision of students of Audiology and Speech-Language Pathology. [Internet]. 2012 [acesso em 24 Dez 2012]. Disponível em: <http://www.caslpo.com/>.
- 45- American Speech-Language_Hearing Association – ASHA. Roles and Responsibilities of the Clinical Supervisor. [Internet]. 1985. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: www.asha.org/policy.
- 46- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA. Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Clinical Supervision. [Internet]. 2008. [acesso em 26 Set 2009]. Disponível em: www.asha.org/policy.

- 47- Delors J. Os Quatro Pilares da Educação – Relatório para a Unesco 1996. [Internet]. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590>.
- 48- Fitzgerald M. Reflections on Student Perceptions of Supervision Needs in Clinical Education: 2010. [Internet]. [acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: www.journals.asha.org/perspectives/terms.dtl.
- 49- Faria P, Magina E, Nunes H. Percepção dos Estudantes de Terapia da Fala sobre as Competências dos Supervisores Clínicos do 4º Ano. I Congresso Internacional da Saúde Gaia–Porto, Poster. Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto (ESTSP - IPP); 2010.
- 50- Despacho ESTSP/P – 10/2012. [Internet]. 2012. [acesso em 27 Dez 2012]. Disponível em: http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos_Publicos/Regulamentos/.
- 51- Ribeiro J. Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto: Livpsic; 2010.
- 52- Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Edições Sílabo; 2009.
- 53- Cunha G, Sousa R, Oliveira F. Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde. Lisboa: Lidel; 2007.
54. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.

APÊNDICE I – ITENS DO QUESTIONÁRIO

Domínio I – Preparação para a Experiência de Orientação

- I.1. Facilita a compreensão do processo de orientação que inclui os objectivos de orientação, o papel dos participantes, as componentes do processo de orientação, e a descrição clara das tarefas e responsabilidades a assumir.
- I.2. Ajuda o estudante na formulação de metas para os processos clínicos e de orientação, consoante necessário.
- I.3. Avalia o conhecimento, competências e experiências prévias do estudante na relação com o cliente/utente.
- I.4. Adapta ou desenvolve formas de observação que facilitem a recolha objectiva de dados.
- I.5. Selecciona e adopta um processo de orientação baseado nas necessidades do cliente/utente, e conhecimentos e competências do estudante.
- I.6. Modela competências de colaboração e comunicação em equipas pluridisciplinares.
- I.7. Analisa os dados recolhidos para facilitar o desenvolvimento das competências e do crescimento profissional do estudante.
- I.8. Usa tecnologia apropriada para alcançar uma comunicação efectiva e eficiente no processo de orientação.

Domínio II – Comunicação Interpessoal e Relacionamento entre Educador Clínico e Estudante

- II.1. Demonstra o uso efectivo das competências interpessoais.
- II.2. Facilita a utilização das competências de comunicação interpessoal do estudante que irão maximizar a efectividade comunicativa.
- II.3. Reconhece e integra diferenças nos estilos de aprendizagem como parte do processo de orientação.
- II.4. Reconhece e direcciona mudanças para o sucesso da interacção comunicativa (p.ex. diferenças de geração e/ou género e factores culturais/linguísticos).
- II.5. Reconhece e adapta-se a diferentes estilos comunicativos.
- II.6. Demonstra comportamentos que facilitam a escuta activa (p.ex. ouvir silenciosamente, questionar, parafrasear, enfatizar e suportar).
- II.7. Mantém uma relação profissional e de suporte que permita o crescimento do estudante e do educador clínico.

II.8. Realiza pesquisa sobre orientação e aplica-a no desenvolvimento de relações de orientação e na análise dos comportamentos do estudante e do educador clínico.

II.9. Conduz a auto-avaliação do estudante para identificar áreas fortes e áreas que necessita melhorar.

II.10. Usa apropriadamente estratégias de resolução de conflitos.

Domínio III – Desenvolvimento de Competências de Pensamento Crítico e de Resolução de Problemas

III.1. Ajuda o estudante na utilização de diversificados procedimentos de recolha de dados.

III.2. Ajuda o estudante na análise objectiva, interpretação dos dados obtidos e compreensão de como os usar para modificar planos de intervenção.

III.3. Ajuda o estudante na identificação de padrões relevantes, quer clínicos, quer do comportamento do cliente/utente que facilitem ou dificultem a aprendizagem.

III.4. Usa linguagem promotora do pensamento independente e acompanha o estudante no reconhecimento e definição de problemas, e no desenvolvimento de soluções.

III.5. Ajuda o estudante na determinação do alcance dos objectivos para o cliente/utente e/ou para a experiência de orientação.

Domínio IV – Desenvolvimento das Competências Clínicas/Terapêuticas do Estudante em Avaliação

IV.1. Facilita ao estudante a utilização das melhores práticas de avaliação, incluindo a aplicação dos processos de avaliação actuais.

IV.2. Facilita ao estudante a utilização de comportamentos verbais e não-verbais para estabelecer uma relação cliente/utente-terapeuta efectiva.

IV.3. Ajuda o estudante na selecção e utilização de ferramentas e técnicas específicas de avaliação adequadas ao cliente/utente.

IV.4. Ajuda o estudante no raciocínio necessário à selecção dos procedimentos.

IV.5. Demonstra como integrar os dados obtidos na avaliação e observação para diagnosticar e desenvolver um plano de intervenção apropriado.

IV.6. Fornece instruções, modelos e/ou retro informação de aconselhamento/oriações ao cliente/utente e/ou cuidador sobre os resultados da avaliação demonstrando respeito e sensibilidade pela situação.

IV.7. Facilita ao estudante o desenvolvimento das competências necessárias à implementação de procedimentos de avaliação alternativa para o cliente/utente que apresente diferentes formas linguísticas (origem de culturas diferentes ou utilizadores de outras línguas).

Domínio V – Desenvolvimento das Competências Clínicas/Terapêuticas do Estudante em Intervenção

V.1. Ajuda o estudante no desenvolvimento e definição das prioridades de intervenção.

V.2. Facilita o raciocínio do estudante na selecção de materiais, procedimentos, técnicas e sua utilização.

V.3. Ajuda o estudante no raciocínio necessário à selecção e utilização de diferentes materiais e técnicas diversas apropriados ao cliente/utente.

V.4. Demonstra a utilização de diversos procedimentos de recolha de dados apropriados a uma situação clínica/terapêutica específica.

V.5. Ajuda o estudante na análise dos dados obtidos para reformular metas, planos de tratamento, procedimentos e técnicas.

V.6. Ajuda o estudante a usar de forma efectiva o aconselhamento para promover e facilitar mudanças nos comportamentos do cliente/utente e/ou do cuidador.

V.7. Facilita ao estudante a utilização de materiais ou técnicas de intervenção alternativas para o cliente/utente que apresente diferentes formas linguísticas.

Domínio VI – Reuniões de Orientação e/ou Reuniões de Equipa

VI.1. Agenda regularmente reuniões de orientação e/ou reuniões de equipa.

VI.2. Facilita o planeamento da agenda de reuniões de orientação e/ou reuniões de equipa em colaboração com o estudante.

VI.3. Selecciona itens para as reuniões de orientação baseados na relevância, acessibilidade a padrões de tratamento, e uso dos dados apropriados para medir se os objectivos da orientação foram alcançados.

VI.4. Utiliza a escuta activa bem como comportamentos de respostas verbais e não-verbais que facilitem ao estudante a participação activa nas reuniões de orientação.

VI.5. Usa questões que estimulem o pensamento e promovam a capacidade de resolução de problemas do estudante.

VI.6. Fornece informação mais descritiva e objectiva do que avaliativa.

VI.7. Recorre à recolha de dados para analisar em que medida os conteúdos e dinâmicas das reuniões de orientação facilitam o alcance dos objetivos, resultados desejados e mudanças planeadas.

VI.8. Ajuda o estudante na efectiva colaboração e funcionamento como membro da equipa de um serviço.

Domínio VII – Avaliação do Desenvolvimento do Estudante como Profissional

VII.1. Utiliza métodos de obtenção de dados necessários para a análise de comportamentos na relação entre cliente/utente e estudante, e específica os resultados clínicos/terapêuticos.

VII.2. Identifica e/ou desenvolve a utilização de ferramentas de avaliação apropriadas que permitem verificar o crescimento profissional do estudante.

VII.3. Analisa os dados obtidos à priori para formular conclusões e avaliar as competências clínicas/terapêuticas do estudante.

VII.4. Fornece informação oral e escrita que seja descritiva, objectiva e atempada.

VII.5. Ajuda o estudante na descrição e verificação dos seus próprios progressos e realizações.

Domínio VIII – Diversidade (Grau Académico, Raça, Etnia, Idade, Cultura, Linguagem, Experiência e Educação)

VIII.1. Cria um ambiente de aprendizagem e de trabalho que utilize as áreas fortes e as experiências de todos os participantes.

VIII.2. Demonstra empatia e preocupação pelo outro, evidencia comportamentos de escuta activa, formula questões e facilita uma comunicação aberta e honesta.

VIII.3. Aplica métodos culturalmente apropriados para fornecer informação ao estudante.

VIII.4. Sabe quando consultar alguém que pode servir como mediador/consultor cultural ou utiliza estratégias apropriadas para as interações culturais com os indivíduos (cliente/utente e estudante) com *backgrounds* específicos.

VIII.5. Demonstra o uso efectivo de intérpretes e/ou tradutores culturais, apropriado ao cliente/utente de diversos *backgrounds*.

Domínio IX – Desenvolvimento e Manutenção de Documentos Clínicos/Terapêuticos e de Orientação

IX.1. Facilita a capacidade do estudante para preencher correctamente a documentação clínica/terapêutica, em concordância com as agências de acreditação, regulamentos e outras entidades.

IX.2. Ajuda o estudante na partilha colaborativa de informação enquanto cumpre o requerido pelas normas de confidencialidade.

IX.3. Ajuda o estudante na manutenção dos documentos relacionados com as interações da orientação.

Domínio X – Ética, Regulamentação e Requerimentos Legais

X.1. Cumpre os princípios de orientação previstos nos regulamentos das associações reguladoras da profissão a nível nacional e internacional.

X.2. Ajuda o estudante a gerir documentos diversos (p.ex. registos, relatórios ou faturação) usando procedimentos normativos (p.ex. regulamentos e requerimentos em contextos específicos) e respeitando os princípios de confidencialidade (p.ex. protecção e privacidade).

X.3. Demonstra comportamentos éticos nas relações interpessoais e intraprofissionais.

X.4. Ajuda o estudante em conformidade com os padrões e regulamentos de conduta profissional.

X.5. Ajuda o estudante no desenvolvimento de estratégias para estar actualizado sobre os procedimentos e regulamentos ao longo da sua carreira profissional.

Domínio XI – Princípios de Mentor

XI.1. Modela comportamentos profissionais e pessoais necessários para a manutenção e desenvolvimento contínuo da competência profissional.

XI.2. Cria uma relação de confiança mútua com o estudante.

XI.3. Comunica de forma a fornecer suporte e encorajamento.

XI.4. Fornece oportunidades de crescimento pessoal do estudante.

APÊNDICE II – TABELA REPRESENTATIVA DOS VALORES MÉDIOS OBTIDOS POR DOMÍNIO

	Média	N	DP	Min	Max
Dom. I	4,03		0,63	1	5
I.1	4,09	22	0,68	2	5
I.2	4,00	22	0,69	2	5
I.3	3,95	22	0,65	3	5
I.4	3,95	22	0,65	3	5
I.5	4,14	21	0,91	1	5
I.6	3,85	20	0,59	2	5
I.7	4,24	21	0,44	4	5
I.8	4,00	21	0,45	3	5
Dom. II	4,07		0,65	2	5
II.1	3,95	22	0,38	3	5
II.2	4,14	22	0,77	2	5
II.3	4,14	22	0,77	2	5
II.4	4,09	22	0,68	3	5
II.5	4,32	22	0,57	3	5
II.6	4,32	22	0,65	3	5
II.7	4,45	22	0,51	4	5
II.8	3,41	22	0,80	2	5
II.9	3,90	21	0,80	2	5
II.10	3,95	21	0,59	3	5
Dom. III	4,24		0,67	2	5
III.1	4,18	22	0,73	2	5
III.2	4,48	21	0,75	2	5
III.3	4,41	22	0,59	3	5
III.4	4,00	22	0,82	2	5
III.5	4,14	22	0,47	3	5
Dom. IV	4,15		0,63	1	5
IV.1	4	21	0,95	1	5
IV.2	4,33	21	0,58	3	5
IV.3	4,29	21	0,46	4	5
IV.4	4,05	22	0,72	3	5
IV.5	4,19	21	0,51	3	5
IV.6	4,24	21	0,54	3	5
IV.7	3,94	17	0,66	3	5
Dom. V	4,21		0,54	3	5
V.1	4,32	22	0,57	3	5
V.2	4,23	22	0,53	3	5
V.3	4,36	22	0,58	3	5
V.4	3,95	22	0,65	3	5
V.5	4,24	21	0,44	4	5
V.6	4,29	21	0,46	4	5
V.7	4,06	18	0,54	3	5
Dom. VI	3,91		0,76	1	5
VI.1	3,82	22	1,14	1	5
VI.2	4,00	22	0,82	2	5
VI.3	3,55	22	0,80	2	5
VI.4	4,00	22	0,93	1	5
VI.5	4,29	21	0,56	3	5
VI.6	4,05	21	0,22	4	5
VI.7	3,48	21	0,87	1	4
VI.8	4,05	22	0,72	2	5
Dom. VII	3,91		0,55	3	5
VII.1	3,81	21	0,51	3	5
VII.2	3,86	21	0,73	3	5
VII.3	3,73	22	0,55	3	5
VII.4	3,95	22	0,58	3	5
VII.5	4,18	22	0,40	4	5
Dom. VIII	4,01		0,59	2	5
VIII.1	4,23	22	0,61	3	5
VIII.2	4,45	22	0,51	4	5
VIII.3	4,18	22	0,59	3	5
VIII.4	3,72	18	0,58	3	5
VIII.5	3,47	15	0,64	2	4
Dom. IX	4,00		0,64	2	5
IX.1	3,80	20	0,70	3	5
IX.2	4,24	21	0,54	3	5
IX.3	3,95	20	0,69	2	5
Dom. X	4,25		0,59	1	5
X.1	3,86	21	0,79	1	5
X.2	4,24	21	0,54	3	5
X.3	4,45	22	0,51	4	5
X.4	4,68	22	0,48	4	5
X.5	4,00	22	0,62	3	5
Dom. XI	4,51		0,54	3	5
XI.1	4,32	22	0,48	4	5
XI.2	4,50	22	0,60	3	5
XI.3	4,64	22	0,49	4	5
XI.4	4,59	22	0,59	3	5