

EDUCAÇÃO CONTINUADA

O Processo de Supervisão em Psiquiatria: do Aluno ou Profissional

Michelle Hahn*

RESUMO

Pretendemos abordar alguns dos diferentes modelos de supervisão existentes enquanto um processo de aprendizagem. Este processo se inicia quando os alunos do curso de Terapia Ocupacional iniciam seus estágios e se prolonga ao longo da vida profissional enquanto um modelo de educação continuada.

Segundo um levantamento feito na literatura específica, American, British e Canadian Journals of Occupational Therapy, tem sido dada uma atenção especial a este tópico nos três últimos anos.

Discutimos alguns dos métodos e técnicas já descritos anteriormente, possíveis de serem usados neste processo.

- 1) Observação direta - o terapeuta/supervisor enquanto modelo.
- 2) Discussão de casos segundo um referencial teórico de abordagem psico-dinâmica.
- 3) Revisão de casos - através de material didático específico.
- 4) Abordagem das questões institucionais - a troca de experiências profissionais com um facilitador.

Destacamos a importância da participação não só de professores de Terapia Ocupacional neste processo como também o fundamental papel dos profissionais envolvidos na prática clínica.

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional, a exemplo das outras profissões da área de saúde que se dedicam ao cuidar bio-psico-social do ser humano, tem ao longo de sua for

* Professora do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional - DEFITO/UFSCar.

mação, tanto acadêmica quanto profissional, a necessidade de aprofundar, refletir, discutir e ter "feed-back" de sua prática clínica.

Chamamos este ininterrupto processo de aprendizagem de educação continuada. O avanço da tecnologia é uma das razões mais importantes para se manterem programas ativos deste tipo. Se de fato a quantidade de conhecimento científico dobra a cada 10 anos, como sugeriu Woodside, em 1977, o processo de educação continuada é um processo ao longo da vida do profissional, e o seu estudante precisa perceber desde cedo que em nenhum ponto de sua carreira há um produto terminado (GILL, 1986).

Em 1935, Helen Levesconte publicou no Canadian Journal of Occupational Therapy (C.J.O.T.):

"Não esqueçamos que em Terapia Ocupacional, como em qualquer outro trabalho científico, o treino inicial é apenas um começo. Cursos de atualização de diversas naturezas são essenciais se o indivíduo quer se manter atualizado, com interesse vivo e com um senso de proporção da realidade".

(citado por GILL, 1986).

O desenvolvimento de uma carreira é parte do desenvolvimento humano. Na vida adulta o estilo desse desenvolvimento é diferente, comparado às mudanças da adolescência e ao declínio da velhice.

"Geralmente os profissionais que se utilizam da educação continuada são os autodidatas e aprendizes que estão muito cientes e com vontade de lidar com suas próprias deficiências"

(GILL, 1986).

No estudo realizado por MADILL e col. (1986), os autores categorizam vários tipos de padrões de carreira em Terapia Ocupacional. Destacamos aqui a "Carreira Planejada", cujo perfil é típico de um pequeno, porém, crescente número de terapeutas ocupacionais que não vêm a si mesmos, limitados a sua qualificação acadêmica inicial ou apenas ao contexto no qual trabalham. Atualizados e bem informados sobre o desenvolvimento dentro de sua própria profissão, bem como em profis

sões correlatas, esses profissionais estão determinados a usar o sistema de educação continuada em benefício próprio ao invés de gastar energia trabalhando contra ele.

Podemos, portanto, perceber que apesar de ser uma preocupação antiga, a educação continuada se mantém extremamente atual, embora a literatura específica tenha focado pouco esse problema ao longo de todos esses anos. Verificamos que este assunto abrange tópicos que incluem cursos de atualização, especificação, nível mínimo de mestrado para se iniciar a carreira profissional e supervisão, entre outros.

É particularmente sobre o aspecto de Supervisão como um processo de educação continuada que pretendemos aprofundar-nos neste trabalho, pois acreditamos que serve ao aluno, ao profissional de Terapia Ocupacional, bem como ao "consumidor" de nossos serviços, com evidentes ganhos para todos os envolvidos neste processo.

REVISÃO DE LITERATURA

O corpo de conhecimento em Terapia Ocupacional está aumentando e sensíveis mudanças na forma de divulgar esse conhecimento têm ocupado lugar em nossa história. Exemplo disso, são as horas antes devotadas ao ensino e treinamento de habilidades e agora dispensadas a estudos de teorias.

Conforme levantamento realizado em revistas especializadas de Terapia Ocupacional durante esta década, em cada número há pelo menos um artigo sobre educação, embora dois terços do número total de artigos se prenda ao aspecto específico das práticas clínicas e o terço restante discuta questões mais amplas como currículo, e educação continuada do profissional, métodos/modelos de ensino e aprendizagem. Apenas a título de ilustração, a edição nº 5, Vol. 54, dezembro/87, do C.J.O.T., dedica-se exclusivamente à questão dos estágios supervisionados.

Um processo de supervisão envolve pelo menos dois indivíduos que desempenham nesta situação papéis distintos, o de supervisor e o de supervisionado. O supervisor pode ser um Terapeuta Ocupacional com experiência numa ou mais áreas clínicas, ou o mesmo que desempenha a dupla função de professor e supervisor, porém ambos podem ser considerados "educadores" no sentido de proporcionar ao supervisionado um processo de aprendizagem.

gem. Por outro lado, o supervisionado pode ser um aluno em formação num curso de Terapia Ocupacional, ou um Terapeuta Ocupacional que pretende incrementar ou aprofundar seu conhecimento de técnicas e habilidades.

De modo geral, os terapeutas ocupacionais acadêmicos enfocam mais a necessidade do aluno, enquanto os supervisores clínicos estão mais preocupados com as necessidades dos pacientes.

Tal situação pode às vezes gerar conflitos nos diferentes indivíduos envolvidos neste processo, principalmente no aluno de Terapia Ocupacional, uma vez já ter sido concluído que as experiências de estágio têm grande influência na escolha de uma área de atuação profissional (CHRISTIE, JOYCE & MOELLER, 1985).

Apesar de poucos trabalhos escritos terem sido dedicados a essa questão, é consenso que, se de fato a experiência da prática clínica assume tamanha importância na formação do futuro profissional, estão os terapeutas ocupacionais, sejam eles acadêmicos ou clínicos, devem assumir com maior responsabilidade essa questão educacional.

Entre os inúmeros fatores determinantes de uma adequada prática clínica, podemos destacar dois como os mais importantes.

I) Conteúdo de Curso Teórico

Currículos que enfatizam mais alguma área específica de Terapia Ocupacional em detrimento de outra afetam muito a formação da preferência por especialidades. Uma preparação teórica inadequada numa área clínica específica pode ser considerada a responsável por alguns indivíduos evitarem trabalhar numa dessas áreas devido a sentimentos de insegurança e inadequação.

A Psiquiatria é frequentemente citada como exemplo de uma área mais suscetível a essa situação. O que é necessário determinar-se através de outros estudos é se os cursos teóricos que ensinam terapia ocupacional psiquiátrica são de fato insuficientes e por isso descritos como muito gerais, nebulosos, subjetivos, sem estrutura e sem embasamento. Ao que parece, alunos se identificam mais com aspectos concretos do que com matérias mais analíticas ou abstratas. Um outro ponto a ser aprofundado é se realmente a Psiquiatria requer um nível de maturidade maior do que aquela que os alunos possuem na

época dessa fase de aprendizagem, ou se faz parte da natureza humana a dificuldade em lidar com o domínio cional.

II) O Ensino da Prática Clínica

"Ensino clínico é a transferência de conhecimento clínico, habilidades e atitudes do professor para o aluno, usando estratégias que envolvem diretamente os pacientes".

(DAGGETT, CASSIE & COLLINS, 1979).

No trabalho de EDWARDS & BAPTISTE (1987), são citadas as categorias sugeridas por Norman, em 1985, sobre as habilidades requeridas na relação clínica com o paciente. Essas categorias são: aptidão clínica, compreensão e conhecimento, atributos interpessoais, julgamento clínico para solucionar problemas e capacidade técnica. Neste mesmo trabalho é utilizado como exemplo o estudo feito por Irby, em 1978, com alunos e professores de faculdades de medicina, cuja conclusão de forma resumida é esta: o melhor professor clínico é o entusiasta, claro, bem organizado e perito no relacionamento com os alunos, em oposição ao mau professor clínico que careceria destas habilidades e poderia ser caracterizado por atributos pessoais negativos.

Em Terapia Ocupacional existe uma grande preocupação em se definir o conceito e os parâmetros de prática clínica. Entidades e associações de classe como a C.A.O.T., C.O.T. e A.O.T.A., entre outros, têm claramente definidos os seus princípios, finalidades e objetivos em relação a essa questão (B.J.O.T., 1984; TOMPSON & TOMPSON, 1987 a/b; A.J.O.T., 1983).

Infelizmente, em nosso país não temos esses parâmetros básicos. Apenas temos padronizado o percentual temporal em termos de currículo mínimo, que determina que 1/4 das horas totais do curso de Terapia Ocupacional devem ser alocadas para a prática clínica (MEC, 1983).

A atitude profissional e a relação interpessoal supervisor-aluno são as qualidades que irão contribuir para a determinação da escolha da área de atuação do futuro profissional. Estudos somados à nossa experiência mostram que a influência positiva não se dá apenas através do supervisor com domínio teórico-prático da área de atuação, mas também daquele que tem constante

entusiasmo e envolvimento no trabalho, compartilha seus sentimentos e dá "feed-back", bem como o instiga e o estimula a novas experiências.

MÉTODOS E TÉCNICAS DE SUPERVISÃO

1) Observação direta - o terapeuta/supervisor enquanto modelo

A observação direta é um dos mais frequentes métodos usados para o ensino clínico. Enquanto técnica, ele permite várias possibilidades:

- a) o aluno observar o supervisor numa situação conjunta de atendimento individual e/ou grupal, ou vice-versa;
- b) o aluno observar o supervisor via espelho e vice-versa;
- c) o uso de vidoteipe em qualquer tipo de situação terapêutica, onde tanto o aluno como o supervisor podem ser observados e terem um "feed-back" da sua atuação. Enquanto recurso pedagógico, este último é considerado dos mais eficazes.

Em nossa experiência pessoal usamos esta metodologia com resultados eficientes, mais em situação de estágios supervisionados de alunos do que na supervisão de profissionais, o que ao longo destes últimos dez anos tem se mostrado bastante adequado.

Embora a eficácia deste método esteja empiricamente comprovada, alguns aspectos devem ser levantados. O principal deles é a questão da subjetividade, uma vez que nós supervisores desempenhamos o papel de modelo. O que se deve questionar sob esse ponto de vista é o tipo de interação que se pretende com o aluno. Seria um relacionamento modelo-cópia; professor-aluno; amigo-amigo; colega-colega; terapeuta-auxiliar? (BARR, 1980). Parece-nos que a combinação dos fatores mencionados é o ideal desde que usada apropriadamente. Sobre a questão da subjetividade, ainda deve ser levada em conta a ava

liação do aluno, é insuficiente basearmo-nos apenas na observação direta. Para que possamos fazer uma avaliação mais apurada são necessários outros dados, tais como relatórios escritos, "feed-back" de supervisões, etc. O aspecto temporal também merece destaque uma vez que a proposta de supervisão através da observação implica, automaticamente, tempo dobrado, independente de quais técnicas (a,b,c) forem utilizadas. WAKEFIELD (1985) sugere a "observação relativa", ou seja, a supervisão deve priorizar um problema específico ou apenas uma habilidade do aluno em vez de ser um enfoque geral e inespecífico. Do ponto de vista do consumo de tempo, esta é uma sugestão viável, embora nem sempre tão eficiente.

II) Discussão de Casos - Segundo um referencial teórico de abordagem psicodinâmica

A discussão de casos permite ao aprendiz a oportunidade de clarificar seu pensamento clínico, expandir sua capacidade de organização e adquirir as habilidades necessárias para uma apresentação verbal de seus casos em situações interprofissionais.

O método de discussão de casos tem uma fidedignidade variável, igual à observação direta que se mostra eficaz quando utilizada em conjunto com outros. É um eficiente instrumento quando utilizado em situações de pequenos grupos. Nesse sentido, em nossa prática de supervisão o aplicamos a grupos de profissionais acrescentando-lhe uma base teórica de compreensão da dinâmica que envolve a relação terapeuta/paciente - grupo/atividade.

A definição criada pelo "Grupo para o Avanço da Psiquiatria", em 1955, embora antiga, descreve bem esse método de supervisão como "centrada no processo" (citado por GLAUSS, 1986).

A ênfase da supervisão é na relação psicodinâmica entre o(s) paciente(s) e o terapeuta-aprendiz. Uma vez que a terapia é um processo dinâmico e de contínuas mudanças, a supervisão deve focar tanto o terapeuta quanto o paciente, em outras palavras, o relacionamento e o processo terapêutico. É papel do supervisor identificar os mecanismos que ocorrem neste processo, tais como afinidades, resistências, motivos, temáticas, etc.

A partir dessa definição qual seria de fato o papel do supervisor?

Parece haver duas atitudes extremas nesse caso: na primeira, o supervisor usa a sua técnica e capacidade de ser terapeuta e transforma a supervisão numa relação psicoterapêutica; na segunda, numa tentativa de defesa para que nada disto ocorra, o supervisor evita todo contato que poderia ser considerado terapêutico e torna a supervisão puramente professoral e didática.

O que se espera é a possibilidade de um comprometimento entre os dois extremos para que o terapeuta aprendiz tenha a possibilidade de funcionar independentemente e para que eventualmente utilize os "insights" adquiridos durante a supervisão.

Ekstein e Wallerstein, em 1958, afirmaram que "frequentemente uma discussão isenta e espontânea da relação supervisor/supervisionando e da natureza específica das reações do paciente é o terreno que torna possível a discussão de problemas técnicos e teóricos, assim introduz-se o aspecto didático".

O limite entre terapia e supervisão nem sempre é claro. A supervisão não enfoca somente a relação interpessoal com o supervisor, onde seguramente há pontos a serem apreendidos, mas também a relação terapeuta-paciente, que pode estar sendo afetada pelas necessidades e ansiedades do supervisionando. O supervisor pode, às vezes, acabar lidando mais com os aspectos pessoais do indivíduo do que com os aspectos didáticos de alguém em treinamento.

Essa forma de supervisão difere de outras formas de ensino, porque pressupõe o auxílio na resolução de eventuais problemas emocionais de supervisionando que possam estar interferindo ou no processo terapêutico ou no de aprendizagem.

Numa supervisão adequada, o supervisor pode usar técnicas terapêuticas sem ser o terapeuta do supervisionando. Um exemplo disto em nossa prática é o uso de "role-play" na simulação de casos, enquanto recurso pedagógico.

A reprodução de situações e vivências terapêuticas podem ampliar o caráter mais limitado da discussão dos casos em si.

Alguns autores, como RUBINFINE (1971), que são supervisores experientes e conhecedores dos limites desta forma de supervisão e dos mecanismos de defesa dos supervisionandos, acreditam que estes aspectos mais pes

soais devem ser resolvidos com a ajuda da terapia. Esses mesmos autores descrevem claramente o benefício da supervisão quando o supervisionando está em processo terapêutico pessoal, opinião que partilhamos. Entretanto ninguém deve ser forçado a fazer terapia, mesmo porque nem todos necessitam dela. A função do supervisor é, isto sim, apontar a necessidade de terapia ao supervisionando em vez de permanecer omissos.

III) Revisão de Casos - Através de material didático específico - relatórios

Os relatórios são tradicionalmente usados como forma de documentar a avaliação e a evolução no tratamento de pacientes. Eles também têm a importante finalidade de ser uma forma de comunicação entre os membros de uma equipe inter e/ou multi-profissional.

As informações dos relatórios podem ser utilizadas para ilustrar a necessidade de critérios específicos ao se tomarem decisões clínicas.

"A revisão de casos via relatórios pode ser utilizada como base de discussão e "feed-back", e ainda ser recapituladora e formadora" (TUGWELL & DOK, 1985).

Se o aprendiz consegue perceber como os dados dos relatórios estão vinculados à conduta terapêutica, esta é uma das formas de avaliação utilizável, levando em conta sua habilidade de interpretar os dados escritos, formular o problema e optar pela conduta a ser tomada no cuidado do paciente.

Além disso o relatório permite ao aluno ampliar sua habilidade na comunicação escrita, seja lendo a descrição de casos de outros, seja praticando ele próprio, aprendendo a estabelecer critérios prioritários de informações clínicas.

O ato de escrever relatórios já está consolidado na prática clínica mostrando-se, portanto, um excelente instrumento didático, além de ser uma das formas menos invasivas em relação ao paciente.

A partir de nossa prática de supervisão acre

ditamos que este é um método bastante eficaz e utiliza-
vel indiferentemente para alunos e profissionais. Como
complementação didática fazemos uso ainda de textos que
auxiliam na fundamentação teórica da revisão de casos
clínicos.

Claro que, como todos os métodos, tem suas li-
mitações e apontamos a falta de um padrão mínimo de con-
teúdo nos relatórios como a principal delas. Nesse senti-
do o uso dessa metodologia como uma forma de modelo pode
ser maléfica. Cabe ao supervisor uma certa triagem de
quais casos bem escritos e descritos devem ser utiliza-
dos como exemplo, bem como a correção detalhada com o
"feed-back" dos relatórios dos supervisionandos.

Enquanto forma de avaliação, a revisão de ca-
sos através de relatórios é pouco eficaz se tomada isola-
damente, pois é muito difícil fazer-se a distinção entre
uma ação não realizada e uma ação realizada porém não
registrada. Da mesma forma, como os métodos descritos an-
teriormente, ela é uma ferramenta de utilidade quando
combinada com outras.

Outro aspecto que às vezes torna uma revisão
de casos via relatórios ineficiente é o tempo, pois um
relatório escrito com lapso temporal grande após a inte-
ração com o paciente/grupo pode aumentar a possibilidade
de informações incompletas e incorretas. Assim é extrema-
mente importante "educar" os supervisionandos para que
os relatórios sejam redigidos imediatamente após as
sessões.

Alguns estudos (GOETZ E COLEGAS, 1979) relatam
que a mestria nos relatórios aumenta com o treino. As
conclusões de LYONS & PAYNE, 1974, nos parecem fundamen-
tais: bons relatórios estão sempre relacionados com boa
prática clínica, porém relatórios vagos podem ser indica-
tivos de um raciocínio clínico confuso.

IV) Abordagem das Questões Institucionais

A princípio este tópico pode parecer desloca-
do do contexto do que ven sendo discutido até agora. En-
tretanto, decidimos incluí-lo não porque se trata de um
método ou técnica de supervisão, mas porque em nossa ex-
periência este é um assunto de destaque.

Os múltiplos aspectos nas relações estabeleci-

das dentro de uma Instituição onde terapeutas ocupacionais trabalham nem sempre são claros, o que pode gerar confusão, ansiedade e grande desajuste ao supervisionando.

Em um trabalho apresentado por nós (HAHN, 1987), analisamos esse aspecto em particular e concluímos que principalmente profissionais recém-formados têm muita dificuldade em lidar com as questões institucionais. Verificamos também que esta temática ocupou aproximadamente 80% do tempo disponível de nossas sessões que eram de duas horas semanais. As intermináveis dúvidas e questões sobre os múltiplos aspectos institucionais oscilavam entre objetivos de terapia ocupacional x objetivos da instituição, treinamento de auxiliares de terapia ocupacional, as relações de hierarquia e poder dentro do contexto hospitalar e o papel do terapeuta ocupacional e as questões administrativas que envolviam a equipe multiprofissional. A forma escolhida por nós para tratar essas questões formais foi, sobretudo, o papel de um facilitador dentro de um grupo do que propriamente, o papel de um supervisor com as funções descritas nos três métodos anteriores. Desta forma o grupo poderia trocar experiências e ter "feed-back" uns dos outros sobre como solucionar essas questões e com isso apresentar um crescimento maior, além de fazer com que todos os seus elementos estivessem constantemente envolvidos.

A ajuda mútua intergrupala é que possibilitou, após aproximadamente seis meses, um avanço para outras questões, quando pudemos então reassumir o nosso papel de supervisor.

A partir desse momento, passamos a trabalhar com os aspectos da demanda da instituição, a expectativa e os desejos dos terapeutas, e a tentar conciliar esses dois aspectos, aprofundá-los para depois passarmos a utilizar a técnica de discussão de casos.

Os riscos dessa forma de trabalho são pelo menos dois. O primeiro é que abordar questões institucionais é um assunto interminável e dada a sua complexidade existe a possibilidade de se entrar num círculo vicioso sem encontrar uma saída e de certa forma tornar-se redundante nas discussões e propostas. O segundo risco decorre do anterior, e o chamamos de "risco político": repensar coletivamente essas questões pode acarretar tomadas de posição radicais às vezes puramente ideológicas, em vez de posições que teoricamente deveriam equacionar as questões de ordem mais técnica.

Processos históricos, análises institucionais, experiências anteriores, equilíbrio e senso crítico são fatores que diminuem esses riscos e, nesse sentido, de vem sempre ser invocados.

CONCLUSÃO

A literatura nos informa que existe uma liga ção entre o envolvimento profissional e o envolvimento em educação continuada. Indivíduos com um grau menor de desenvolvimento em educação continuada têm menos envolvimento em sua profissão (BARNHAM & BENSEMAN, 1984) e aqueles com maior qualificação acadêmica têm maior envolvimento em atividades profissionais (ROGERS & MAN, 1980). Por outro lado não podemos nos deixar levar pela falaciosa idéia de que o "acadêmico" é para um produzir saber, e o "prático clínico" é para executar aquilo que o sa ber produziu.

Um dos mais importantes papéis a ser desempe nhado pelo terapeuta ocupacional, seja ele acadêmico ou clínico, é o de supervisor. Essa supervisão abrange os estágios de alunos e a prática clínica profissional.

Dentre as inúmeras variáveis que irão influir no processo educativo do futuro supervisor, não podemos deixar de fazer menção especial à função das escolas de Terapia Ocupacional.

Se os cursos de graduação em Terapia Ocupacional não proporcionam todo o conhecimento e habilidades necessárias para que o indivíduo seja um supervisor clí nico, formas alternativas de educação continuada devem ser oferecidas.

MOORE & PERRY (1976) sugeriram que supervis ores clínicos devem conhecer todos os aspectos de um pro cesso educacional, do conteúdo de currículo às formas de avaliação. Além disso devem ser capazes de planejar admi nistrativa e tecnicamente estágios de alunos, bem como serem dotados de boas habilidades de comunicação, como professor e/ou conselheiros.

Iniciativas nesse sentido existem há pelo me nos dez anos, quando o British College of Occupational Therapist (1987) implementou os Cursos para Supervis ores Clínicos em três níveis - básico, intermediário e a vançado - ou os "Mini-Councils" descritos por STILL, 1982 nos E.U.A., que propõem uma forma de integração entre

educação acadêmica e clínica, envolvendo o estudante de Terapia Ocupacional.

Existem também algumas isoladas tentativas de cursos de Terapia Ocupacional, como as descritas por BODY & LAWSON (1986), que sugerem formas pelas quais os cursos podem e devem promover uma abordagem integrada no treinamento do profissional transpondo assim a defasagem entre a escola e a prática clínica. RYAN (1987) propõe e relata uma experiência de educação continuada através de um curso para supervisores clínicos na British Columbia, Canadá, onde após doze meses foram reavaliados os resultados para se determinar a partir dessa experiência inicial qual seria a melhor forma de se dar continuidade a esse tipo de curso.

No estudo realizado por CHRISTIE, JOYCE & MOELLER (1985), um dos dados encontrados se refere ao fato de que 90% dos supervisores pesquisados afirmaram que a experiência clínica e o modelo de seus próprios supervisores não são por si sós suficientes para se tornar um bom supervisor seja de alunos ou profissionais. A maioria deles acrescentou que seria necessário mais treinamento, direção e liderança para o desenvolvimento das habilidades específicas para os supervisores. A conclusão deste trabalho, com a qual concordamos e nos identificamos, é de que, sendo o papel do supervisor tão importante, programas de educação continuada de treinamento de supervisão devem ser, a partir de agora, formais e padronizados em substituição à nossa prática corrente de tentativa e erro.

Pode-se acrescentar ser responsabilidade de cada indivíduo na profissão admitir a obrigação de atualizar constantemente sua prática clínica, bem como seu conhecimento teórico. Alguns terapeutas ocupacionais transformam essa responsabilidade em práticas de supervisão, que envolvem um processo auto-educativo e de educação continuada para aqueles que já estão ou ainda vão se iniciar na profissão.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION 1983. Essentials of an accredited education program for the occupational therapist. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 37:817-823.

2. BARNHAM, P.M. BENSEMAN, J. 1984. Participation in continuing medical education of practitioners in New Zealand. JOURNAL OF MEDICAL EDUCATION 59:649-654.
3. BARR, E. M. 1980. The relationship between student and clinical supervisor. BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 43:319-321.
4. BODY, M.J., LAWSON, A. 1986. Bridging the gap in clinical supervision. BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 49:382-384.
5. CHRISTIE, B. A.; JOYCE, C.P.; MOELLER, P.L. 1985a. Fieldwork experience, part I : impact on practice preference. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 39:671-674.
6. CHRISTIE, B.A.; JOYCE, C.P.; MOELLER, P.L. 1985b. Fieldwork experience, part II. The supervisor's dilemma. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 39:675-681.
7. COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. 1984. Guidelines for clinical practice. BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 47:317-318.
8. COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. 1987. Clinical Supervisors Training (leaflet).
9. DAGGETT, C.J., CASSIE, J.M., COLLINS, J.F. 1979. Research on clinical teaching. THE REVIEW OF EDUCATIONAL RESEARCH, 47:151-169.
10. EDWARDS, M., BAPTISTE, S. 1987. The occupational Therapist as a clinical teacher. CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 54:249-255.
11. EKSTEIN, R., WALLERSTEIN, R.S. 1958. Supervision vs psychotherapy. In THE TEACHING AND LEARNING OF PSYCHOTHERAPY, New York - Basic Books.
12. GILL, T. 1986. Muriel Driver Lecture 1986 - You can't take it with you! CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 53:189-196.

13. GLASS, J. 1986. Personal therapy and the student therapist. CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 31:304-311.
14. GOETZ, A.A. et alie. 1979. Chart review skills. A dimension of clinical competence. JOURNAL OF MEDICAL EDUCATION, 53:808-815.
15. HAHN, M.S. 1987. Análise preliminar de uma experiência de supervisão para terapeutas ocupacionais em hospitais psiquiátricos públicos e ambulatórios do Interior do Estado de São Paulo. Comunicação pessoal apresentada na II JORNADA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM SAÚDE MENTAL; Ribeirão Preto, São Paulo.
16. LYONS, T.S., PAYNE, B.C. 1974. The relationships of physicians' medical recording performance to their medical care performance. MEDICAL CARE 12:463-469.
17. MADILL, H.M., BRINTNELL, E.S.G., STEWIN, L.L., FITZSIMMONS, G.W., MACNAB, D. 1986. Occupational therapy career patterns in profile. CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 53:89-95.
18. MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA. 1983. Currículo Mínimo em Terapia Ocupacional. Documenta (265) Brasília, dez. 1982, 102-107.
19. MOORE, M.L., PERRY, J.F. 1976. Clinical education in physical therapy: present status/future needs. Washington D.C. American Physical Therapy Association.
20. ROGERS, J.C., MANN, W.C. 1980. The relationship between professional productivity and educational level, part 2, results and discussion. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 34:460-468.
21. RUBINFINE, D.L. 1971. The role of personal psychotherapy in the training of psychotherapist. In HOLT, R. ed. New Horizon for Psychotherapy. N. York international Universities Press.

22. RYAN, S. 1987. A preparatory program for occupational therapy fieldwork supervisors. Analysis of results. CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 54:256-262.
23. STILL, J.R. 1982. Mini-Councils: a solution to fieldwork supervision. AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 36:328-332.
24. TUGWELL, T., DOK, C. 1985. Medical record review. In NEUFELD, V. R., NORMAN, J.R. (eds.). ASSESSING CLINICAL COMPETENCE Springer Series on Medical Education, vol. 7:142-192.
25. TOMPSON, M.A., TOMPSON, C. 1987a. The evolution of standards for the fieldwork component of the curriculum. CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 54:237-241.
26. TOMPSON, M.A., TOMPSON, C. 1987b. The Canadian approach to fieldwork. CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY, 54:243-248.
27. WAKEFIELD, J.G. 1985. Direct observation. In NEUFELD, V.R., NORMAN, J.R. (eds.). ASSESSING CLINICAL COMPETENCE Springer Series on Medical Education vol. 7:51-70.
28. WOODSIDE, H. 1977. Basic issues in occupational therapy today. CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY 44:9-16.