

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-FAMERP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**Carlos Fernando Pereira**

**SUPERVISÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE – MODELO COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

**São José do Rio Preto, SP.**

**2017**

Carlos Fernando Pereira

**SUPERVISÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE – MODELO COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

**Orientador: Profº. Drº. Nelson Iguimar Valerio**

**São José do Rio Preto, SP.  
2017**

Pereira, Carlos Fernando

Supervisão em Psicologia Clínica e da Saúde – Modelo Cognitivo Comportamental.

São José do Rio Preto, 2017.

120 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto –  
FAMERP

Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Nelson Aguiar Valerio

1. Supervisão; 2. Psicologia; 3. Modelo Cognitivo-Comportamental; 4. Saúde

**Carlos Fernando Pereira**

**SUPERVISÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE – MODELO COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL**

**BANCA EXAMINADORA  
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e Orientador:** Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Nelson Iguimar Valerio

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

---

**1º Examinadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscila Silveira Duarte Pasqual

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

---

**2º Examinadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adilia Maria Pires Sciarra

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

São José do Rio Preto, SP.: 29 /08 / 2017

## Sumário

Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	VI
Epigrafe.....	VII
Lista de Tabelas.....	VIII
Lista de Apêndices.....	IX
Listas de Anexos.....	X
Resumo.....	XI
Abstract.....	XIv
Introdução.....	1
Objetivos.....	10
Métodologia.....	11
Resultados e Discussão.....	17
Conclusão.....	77
Referências.....	79
Apêndices .....	85
Anexos .....	100

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa conquista a toda minha família, a todos meus amigos e colegas da Graduação e Pós-Graduação, pela amizade valiosa, pelo carinho que tiveram comigo, pelos conselhos nas horas difíceis, e por sempre acreditarem em mim e torcer pelo meu sucesso.

A todos os funcionários da Famerp, em especial para aqueles do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde e para todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte desta trajetória e contribuíram para a realização dessa etapa.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus a quem eu confio e me apego nas horas mais difíceis da minha vida;

Ao Prof. Dr. Nelson Iguimar Valerio, meu orientador, pela sua bondade, generosidade por ter acreditado em mim e dado seu voto de confiança e sobre tudo pelo seu Profissionalismo que esteve presente em todos os momentos prestando sua excelente contribuição;

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adilia Maria Pires Sciarra, pelas aulas de Inglês, pelos conselhos, pela sua simplicidade e pelo acompanhamento durante essa trajetória do Mestrado;

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Neide Aparecida Micelli Domingos, pela conquista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, pela compreensão que tiveram comigo nas horas de dificuldade, e pela contribuição que oferecem a Psicologia no Brasil;

Aos Funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde (Professores, Esmeralda, Nilmara e outros);

A Todos os funcionários da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, que direta ou indiretamente, contribuíram com minha formação durante esses anos;

A todos que contribuíram respondendo a esta Pesquisa.

## Epígrafe

*“Ninguém ignora tudo.  
Ninguém sabe tudo.  
Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa.  
Por isso aprendemos sempre.”*

Paulo Freire

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Sóciodemográficos por Grupos de Participantes.....	24
Tabela 2 - Dados Sociodemográficos por Grupos de participantes: formação acadêmica .	27
Tabela 3 - Dados sociodemográficos por Grupos de Participantes: Experiência Profissional.....	33
Tabela 4 - Resultados do Questionário Pereira &Valerio.....	39
Tabela 5 - Resultados dos Questionários de Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997).....	57

## LISTAS DE APÊNDICES

Apêndice 1 - dados de identificação sociodemográfico, de formação e de experiência dos participantes.....	85
Apêndice 2 - questionário Pereira & Valerio sobre o processo de supervisão versão supervisor e supervisionando.....	86
Apêndice 3 - termo de consentimento livre esclarecido – TCLE.....	90
Apêndice 4 - resultados completos, supervisor clínico, questionário Pereira & Valerio.....	91
Apêndice 5 - resultados completos, supervisor saúde, questionário Pereira & Valerio.....	92
Apêndice 6 - resultados completos, supervisionando saúde, questionário Pereira & Valerio.....	93
Apêndice 7 - resultados completos, supervisionando clínico, questionário Pereira & Valerio.....	94
Apêndice 8 - resultados completos, questionário oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997).....	95
Apêndice 9 - resultados, supervisor clínico dividido por fatores, questionário Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997).....	96
Apêndice 10 - resultados supervisor saúde dividido por fatores questionário oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997).....	97
Apêndice 11 - resultados, supervisionando saúde dividido por fatores, questionário Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997).....	98
Apêndice 12 - resultados supervisionando clínico dividido por fatores, questionário Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997).....	99

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de resultado nas versões Supervisor e Supervisionando adaptação de Oliveira et. al (2014) adptado de Nigam, Cameron & Leverette, 1997).....	100
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	105

Pereira, C. F. (2017). Supervisão em Psicologia Clínica e da Saúde – Modelo Cognitivo Comportamental. Dissertação Mestrado. Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Psicologia e Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto, SP.

## **RESUMO**

Esse estudo é de extrema importância, pois tem como tripé a supervisão, supervisor e supervisionandos. **Objetivos:** Identificar, caracterizar e comparar o processo de supervisão cognitivo-comportamental em Psicologia Clínica e em Psicologia da Saúde, sob as perspectivas de supervisores e de supervisionandos. **Métodologia:** Participaram do estudo, 60 indivíduos sendo 30 supervisores e 30 supervisionandos, escolhidos aleatoriamente. Os dados foram coletados em Instituições devidamente credenciadas, as quais mantinham o modelo Cognitivo-Comportamental como formação. Para a coleta, foram utilizados protocolo contendo: Dados de Identificação Sociodemográfica, de Formação e Experiências dos Participantes; Questionário Pereira & Valerio sobre o Processo de Supervisão e Questionário nas Versões para Estagiário e para Supervisores, adaptado do Questionário de Impasses na Supervisão de Psicoterapia de Nigam, Camerom e Leverette, por Oliveira e colaboradores, para a população brasileira. Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente. As informações qualitativas foram agrupadas por categorias de respostas esquematizadas por Juízes interdependentes, com Índice de Concordância igual ou superior a 75% entre eles. Para as variáveis quantitativas foi utilizada estatística descritiva por frequência, porcentagem, média, mediana e desvio padrão, considerando-se a dispersão dos fenômenos estudados.

**Resultados:** A idade dos participantes variou de 31 a 61 anos para supervisores e de 23 a 42 para supervisionandos. O sexo feminino e a religião católica foram predominantes para todos os grupos; o estado civil casado foi indicado por supervisores e o de solteiro, por supervisionandos. São José do Rio Preto, SP foi referida como a cidade de origem, moradia atual e de formação educacional pela maioria dos respondentes. O tempo de formação variou de um a 36 anos, e como supervisão foi de um a 33 anos, sendo o maior indicado pelos grupos de supervisores e o menor pelo grupo de supervisionandos. A Terapia Cognitivo-comportamental e a Psicologia da Saúde constituem os modelos de base de atuação e os cursos de especialização Lato-Sensu mais mencionados por ambos os grupos; o mestrado e o doutorado mais indicados pelos supervisores. Para o processo de supervisão, os dados demonstram altas pontuações em todos os domínios, no instrumento Pereira & Valerio. Entretanto, Ética e Ensino predominam com maiores porcentagens entre todos os grupos, enquanto que Assistência, Gerenciamento e Pesquisa variaram entre estes, com os menores desempenhos. Análise dos fatores investigados pelo instrumento de Oliveira et al. aponta o Aprimoramento do Aprendizado como o mais assinalado pela maior parte dos grupos, e a Compreensão, com os piores resultados. **Conclusão:** Os dados sociodemográficos e os aspectos sobre supervisão estão compatíveis com a literatura pertinente ao tema e esperados para esta população e permitirão a elaboração de projetos e programas para o desenvolvimento qualificado do processo de supervisão.

**Palavras Chaves:** Supervisão. Psicologia. Modelo Cognitivo-comportamental. Saúde.

Pereira, C. F. (2017). Supervisão em Psicologia Clínica e da Saúde – Modelo Cognitivo Comportamental. Dissertação Mestrado. Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Psicologia e Saúde. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. São José do Rio Preto, SP.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To identify, characterize and compare the process of cognitive-behavioral supervision in Clinical Psychology and Health Psychology, under the perspective of supervisors and supervisees. **Methodology:** Sixty individuals, 30 supervisors and 30 supervisees, randomly chosen, participated in the study. Data were collected in accredited institutions, which maintained the Cognitive-Behavioral model as a training. Protocols for collection were: Data of Sociodemographic Identification, Training and Experiences of the Participants; Questionnaire Pereira & Valerio on the Supervision Process and Questionnaire on the Trainee and Supervisor Versions, adapted from the Questionnaire of Deadlock in the Psychotherapy Supervision of Nigam, Camerom and Leverette, by Oliveira et al., for the Brazilian population. Data were analyzed qualitatively and quantitatively. Qualitative information was grouped according to categories of answers schematized by interdependent judges, with a Concordance Index equal to or greater than 75% among them. For the quantitative variables, descriptive statistics were used by frequency, percentage, mean, median and standard deviation, considering the dispersion of the phenomena studied.

**Results:** The participants' ages ranged from 31 to 61 years for supervisors and from 23 to 42 for supervisees.

For all the groups, female sex and catholic religion were predominant; married civil status was pointed out by supervisors and the single one by supervisees. São José do Rio Preto, SP

was referred as the city of origin, home at present and local of formation by the majority of the respondents. The training time ranged from one to 36 years, and supervision was from one to 33 years, the longer time pointed out by the groups of supervisors and the shorter by the supervisees group. Cognitive-behavioral therapy and health psychology are the basic models of action and *Lato-Sensu* specialization courses more mentioned by both groups; Master and Doctorate degrees most indicated by the supervisors. For the supervision process, data showed high scores in all domains, in the Pereira & Valerio instrument. However, Ethics and Teaching predominated with higher percentages among all groups, while Assistance, Management and Research varied among them, with the lowest performances. Analysis of the factors investigated by the instrument of Oliveira et al. have pointed out to the Improvement of Learning as the most marked by most groups, and Understanding, with the worst results.

**Conclusion:** Socio-demographic data and aspects of supervision are according to the related literature as well as expected for this population and will allow the drawing of projects and programs for the qualified development of the supervision process.

**Key Words:** Supervision, psychology, cognitive-behavioral, health.

## INTRODUÇÃO

Segundo Moreira (2003), a prática de supervisão em Psicologia Clínica é de extrema importância e o treino do terapeuta, indispensável na formação do psicólogo. Além de fazer parte de uma etapa no processo de ensino/aprendizagem, tem como finalidades: apresentar, transmitir, e discutir os princípios teóricos metodológicos que sustentam as práticas psicológicas.

Para Silva (2006) é na supervisão que se propõe a apresentar e debater os princípios teóricos didáticos que apoiam tais práticas. Assim, o processo de supervisão pode ser definido pelo que não é: pois não é modelo de aula; não há preocupação somente com a transmissão de informação, mas de ensino. Não é terapia porque não existe demanda e nem aquele contexto de análise ou psicoterapia, mas aborda e trabalha alguns posicionamentos subjetivos, sendo assim, um processo de formação.

Barletta e Fonseca (2010) referem que uma das dificuldades encontradas no desenvolvimento da Psicologia atual é a garantia de competência de formação de seus pares supervisor/supervisionando. Nesse sentido, fica claro, discutir a importância da supervisão em psicologia clínica e da saúde como um instrumento essencial para o desenvolvimento de competências terapêuticas, a fim de diminuir diversidade de atuações e formas de interpretação do fenômeno psicológico. Sobretudo, em reduzir perspectivas que possam confundir não somente o leigo, mas também aqueles que exercem a sua profissionalização, tornando a Psicologia mais clara, evidente, e acessada pela sociedade, de modo a ser diferenciada de outras formas de ações profissionais. Sendo assim, e tendo em vista a importância desse trabalho, as devidas relevâncias podem ser consideradas, tais como, as sociais, científicas, institucionais e profissionais como seguem:

### **. Sociais**

Propõe-se desenvolver e auxiliar práticas de extensão em atividades junto à comunidade, desencadeando um processo de comprometimento, responsabilidade e cumplicidade. Possibilitar um atendimento mais profundo do processo saúde/doença, para uma melhor qualidade de vida no cotidiano das pessoas que procuram o serviço de Psicologia. Além das parcerias e das perspectivas de inserção regional, com instituições Municipais, Estaduais, Federais e Internacionais, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, sem perder o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

### **. Científico**

Desenvolver teoria e prática objetivas para a construção e difusão de conhecimentos, criando novas técnicas e pensamentos para o meio científico, a fim de aperfeiçoar e criar o espírito crítico e reflexivo junto a abordagem acadêmica / profissional.

### **. Institucional**

Inserir novas informações científicas no processo pedagógico metodológico da instituição, no intuito de apresentar o conhecimento, não só no sentido estrito (construção de novos saberes), mas também, na compreensão de formas de pensar e processar as informações, resgatando ou reforçando compromisso social da Universidade com a comunidade nas políticas públicas de saúde.

### **. Profissional**

No âmbito profissional, o trabalho tem a importância em aprimorar e ampliar as possibilidades de atuação do psicólogo. Procura desenvolver e consolidar novas técnicas para aperfeiçoar o processo de supervisão em Psicologia clínica e da saúde. Propicia ainda, eficácia cada vez mais assertiva na promoção, satisfação e qualificação de psicólogos que utilizam desse meio na abordagem em relação aos seus respectivos consulentes.

## **. Modelo de terapia cognitivo-comportamental**

Dados da literatura mostram que a história da terapia cognitivo-comportamental inicia-se em meados 1956, com Aaron Beck, ao realizar um trabalho de pesquisa com o intuito de verificar os pressupostos psicanalíticos acerca da depressão. As pesquisas de Beck levaram-no a se deparar com resultados de naturezas diversas de alguns pacientes que apresentavam melhoras em respostas a algumas experiências bem sucedidas e não resistiram a estas mudanças, contrariando o esperado (Bahls e Navolar, 2004).

Tal situação fez com que Aaron Beck e demais colaboradores começassem a trabalhar com novas pesquisas sobre a depressão que passou a ser vista como um transtorno cuja principal característica seria uma tendência na qual a pessoa deprimida apresenta, frequentemente, expectativas negativas com relação aos resultados de seus comportamentos, e uma visão também negativa de si mesma, do contexto em que está inserida e de seus objetivos (Beck e Alford, 2000).

Para Rangé (2001), historicamente, a Terapia Cognitivo-Comportamental teve como precursora a terapia racional-emotiva de Ellis, mas foi o americano Aaron T. Beck que lhe proporcionou os traços atuais. Ainda, segundo o autor, Beck não encontrou provas que a depressão resultasse da raiva voltada para *o self*. Que em vez disso, identificou no conteúdo dos pensamentos e dos sonhos dos pacientes uma tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativa.

Segundo Rangé (2001), a Terapia Cognitiva de Aaron Beck trabalha com o que muitos conhecem por Diagramas de Crenças constituídas por: Crenças Centrais, Crenças Intermediárias e Pensamentos Automáticos. As crenças centrais são formuladas pelas estruturas cognitivas mais profundas da pessoa. São compostas pelas ideias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo. As

crenças intermediárias representam o segundo nível de pensamentos e não estão diretamente ligadas às circunstâncias ocorrendo em forma de suposições e regras. Assim, os pensamentos automáticos que são espontâneos passam pela mente a partir de acontecimentos rápidos do cotidiano.

Bahls e Navolar (2004), ao se fundamentarem em Shinonhara (1997); Shaw e Segal (1999) relatam que a Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza a concepção da estrutura biopsicossocial na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à Psicologia humana, no entanto constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da Psicopatologia. Esse modelo aponta eficácia em pesquisas científicas sistematizadas além de ser uma das primeiras abordagens a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente.

De acordo com Dattilio (2011), a Terapia Cognitivo-Comportamental tornou-se uma abordagem das correntes predominantes e continua a se desenvolver por meios de esforços criativos de diversos profissionais, tendo dado ênfase à mudança e à maximização da eficácia clínica por meio da pesquisa sobre o que realmente funciona e o que não funciona.

Este modelo tem sido utilizado com diferentes e diversificados campos e populações, além da clínica tradicional. Os resultados de atuações e dados de pesquisas demonstram efetividade de resultados nas áreas da educação, na social e, em especial, nos contextos relacionados à saúde / doença (Rangé, 2011; Gorayeb, 2015).

### **. Psicologia da saúde**

Segundo Miyazaki, Domingos e Caballo (2001), a Psicologia da Saúde ainda é uma área recente no Brasil, e vem sendo desenvolvida, sobretudo, a partir da década de 1970. As

pesquisas e aplicações que foram e estão sendo realizadas sob esta abordagem, visam e compreendem a inter-relação entre comportamento e saúde.

Entretanto, alguns resultados têm mostrado que o desenvolvimento desse novo modelo de aprendizagem da Psicologia ainda está relacionado como o modelo biomédico, um tanto precário ao explicar o conceito saúde e doença. Definir de forma adequada a Psicologia da Saúde é de importância, uma vez que esta tem significativa consideração para a prática profissional, e as vertentes das pesquisas realizadas nesse contexto corroboram contra os termos como medicina comportamental, psicologia médica, e medicina psicossomática (Miyazaki, Domingos e Caballo, 2001; Miyazaki, Domingos e Valério, 2011).

A Psicologia da Saúde visa entender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de certas doenças e comportamentos associados às doenças. Desta forma, a Psicologia da Saúde é um conjunto de contribuições educacionais, científicas, e profissionais exclusivas da Psicologia.

Para Miyazaki, Domingos e Valerio (2006), Rudinick e Sanches (2014) o modelo de Psicologia da Saúde no Brasil, desenvolveu-se um pouco mais tarde do que em outros países. Nestes, a tradição da produção de conhecimento evoluiu mais cedo em consequência de um relevante suporte científico. Segundo os autores, o crescimento do serviço em Psicologia da Saúde vem aumentando significativamente em decorrência da demanda, que levou uma ampliação de áreas de trabalhos e necessidade de profissionais mais qualificados.

As atividades de ensino proporcionaram à busca tanto de aprimorando quanto de supervisores à procura de cursos de pós-graduação *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*. Devido a tais buscas por esses cursos para aperfeiçoarem suas habilidades, esses profissionais passaram a desenvolver e manter contato com outras instituições de pesquisas científicas em todo o Brasil. Um exemplo desse desenvolvimento pelo conhecimento foi a implantação do grupo de

pesquisa em Psicologia da Saúde no ano de 2000, credenciado pela instituição de fomento CNPq na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP - FAMERP, local onde os autores atuam e desenvolvem suas pesquisas, bem como a criação do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde em Instituições e Comunidades, formalizado em 2004 pela Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Psicologia – ANPEPP (Seidl e Miyazaki, 2014).

Segundo Yamamoto (2012), o contingente de psicólogos no Brasil é um dos maiores do mundo. De acordo com a autora, existem mais de 250 mil profissionais formados e cerca de 131.500 estudantes espalhados por mais de 480 cursos de Psicologia. Atuando na formação desses alunos, existem em torno de 10 mil professores. Nesse contingente que interage na formação, encontram-se aqueles que estão conectados diretamente com a prática, os chamados supervisores de estágios básico ou específicos.

Para Peixoto, Silves, Rocha, Monteiro e Pereira (2014), os cursos de graduação desempenham um papel fundamental na determinação de modelos de atuação, mas sem dúvida, é a supervisão considerada o elemento central no processo de aprendizagem, prática e aprimoramento da identidade do psicólogo, esteja ele no contexto clínico ou de saúde.

### **. Supervisão**

De acordo com Carneiro, Calda e Sampaio (2011, p. 155) ao citar Bacchi e Morato (2009), afirmam que o significado etimológico de supervisão “vem do latim: super (sobre, por cima, em cima de, a mais, além de) e vedere (ver, assistir, observar)”. Ou seja, observar, ver além de; se configura como um olhar que descobre. A supervisão é uma das modalidades de ensino aprendizagem que se estabelece nas mais diversificadas áreas do conhecimento e das práticas de serviços, dentre estas a Psicologia.

Para Saraiva e Nunes (2007), a prática de supervisão em Psicologia Clínica constitui um dos modelos mais antigos de ensinar e aprender um ofício. Teve início ainda no Século XX, incorporando-se ao ensino da Psicanálise mesmo de modo informal, sendo posteriormente, também incluindo ao ensino da Psicoterapia no Instituto de Formação Analítica de Berlim.

Para Moreira (2003), a supervisão em Psicologia é a etapa fundamental de treino do terapeuta, tornando-se indispensável na formação de psicólogos clínicos. Desde quando foi formada a Seção da Associação Americana de Psicologia - APA, em 1919, os psicólogos vêm se preocupando com a questão da formação do treino em Psicologia Clínica. Em 1924, a Seção Clínica da APA recomendava que os psicólogos clínicos tivessem pelo menos um ano de práticas supervisionada e residência em Psicologia.

Ainda sobre o modelo de supervisão, juntamente com a análise didática e os seminários teóricos, constituem o que alguns autores chamam de tripé da formação. Esse tripé pode acrescentar: a) a instituição que se faz presente em todo processo de treinamento da identidade do profissional; b) a relação que o mesmo faz com as pessoas da instituição, com os pensamentos, modelos e ideias; e c) os procedimentos éticos e morais envolvidos na formação (Pinheiro e Darriba, 2010).

Freitas e Noronha (2007) demonstram duas fases de supervisão: uma chamada de didática e outra de referencial. Na primeira fase o supervisor corrige, sugere, exemplifica, gerando um novo modelo para o supervisionando. Na segunda, fase experiencial, a função do supervisor é facilitar e provocar no supervisionando um crescimento pessoal. Há nesse modelo uma ligação afetiva no tratamento pessoal.

Até meados dos anos de 1960, o processo de análise de supervisão era focado, sobretudo, nos conteúdos subjetivos do terapeuta/supervisionando. A partir de 1960, mais

precisamente, em 1968, Carl Rogers propôs um modelo de supervisão que enfatizava prioritariamente comportamentos profissionais do terapeuta. A partir dessa época, a supervisão deixou de analisar os conteúdos subjetivos do terapeuta e passou a considerar, para efeito de supervisão, a relação terapeuta/consulente. Desta forma, passou a observar a prática terapêutica por intermédio de uma gravação em áudio e de um espelho bidirecional. Nessa fase, a supervisão era centrada no desenvolvimento das atitudes favoráveis do terapeuta. Assim, o supervisor podia trabalhar com o supervisionando a partir de comportamentos observáveis. Nesse contexto, o supervisor deve apresentar-se coerente consigo mesmo, autêntico, presente e disponível para a evolução do processo (Cottraux e Matos, 2007).

De acordo com Duarte (2015), a supervisão enquanto dispositivo, é uma ferramenta que trabalha o olhar e a escuta, analisa e também permite ser analisado. É o pensar as possibilidades para enfrentar as impossibilidades, e ser empático com o sofrimento do outro e o próprio, é compreender para transformar e transformar para compreender, resumindo numa troca de experiências.

Segundo Oliveira-Monteiro, Herzberg, Oliveira e Silvares (2014), o código de Ética Profissional indica pouca discriminação acerca das funções específicas do supervisor, embora sua figura seja apontada como parte constituinte dessa formação (LEI Nº 4119 DE 27/08/1962, art. 16 que normatiza o exercício da profissão). O código de Ética Profissional do Psicólogo (2005), não faz referência clara à supervisão, além do citado em seu artigo 17 que explicita que “caberá aos psicólogos docentes ou supervisores esclarecer, informar, orientar e exigir dos estudantes a observância dos princípios e normas contidas neste código”. Também de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Psicologia - CFP nº 011/2012, que regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação à distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental, relata no art. 1, parágrafo

IV, que a supervisão do trabalho de psicólogos, realizada de forma eventual ou complementar ao processo de sua formação profissional deve ser sobretudo presencial.

Na disciplina de estágio, de acordo com Távora (2002), o estagiário faz a escolha de seu supervisor ou área em que deseja atuar seguindo alguns critérios: área de atuação preferida, abordagem teórica de maior identificação, simpatia e/ou afinidade com o supervisor e disponibilidade deste. De acordo com a mesma autora, os vínculos estabelecidos entre estagiário e supervisor facilitam a elaboração das escolhas feitas pelo estudante durante o processo de treinamento. Assim, parte da formação dos psicólogos é constituída fundamentalmente por meio dos respectivos modelos de supervisão.

Portanto, o tema é de extrema importância para a formação de psicólogos no cenário brasileiro, que ainda é considerado escasso, e que novas pesquisas são imprescindíveis para corroborar e ampliar os estudos já existentes na literatura.

Tomando por base as considerações formuladas nos parágrafos anteriores, e com finalidades futuras de desenvolver habilidades e competências para o repertório cognitivo-comportamental do terapeuta supervisionando, nas áreas clínicas e da saúde, foram estabelecidos os objetivos do presente estudo, conforme se seguem.

## **OBJETIVOS**

### **. Gerais:**

- Identificar, caracterizar e comparar o processo de supervisão cognitivo-comportamental em Psicologia Clínica e em Psicologia da Saúde, nas perspectivas de supervisores e de supervisionandos.

### **. Específicos:**

- Identificar e caracterizar sociodemograficamente a amostra avaliada;
- Identificar e caracterizar as percepções de supervisores e de supervisionandos sobre o processo de supervisão;
- Comparar qualitativamente os dados entre os grupos (supervisores versus supervisionandos) e entre os contextos propostos (clínico versus saúde).

## **MÉTODO**

### **. Participantes:**

Participaram do estudo, 60 indivíduos sendo: a) 30 pós-graduandos que estavam recebendo supervisão na Psicologia Clínica (n-15) e na Psicologia da Saúde (n-15); e b) 30 psicólogos que atuavam na função de supervisores nos contextos da Psicologia Clínica (n-15) e da Psicologia da Saúde (n-15). Os mesmos foram abordados em diversas entidades formadoras da cidade e região de São José do Rio Preto, interior do Estado de São Paulo, que mantinham o modelo cognitivo-comportamental como base de formação de seus alunos. As referidas entidades foram identificadas e estavam devidamente cadastradas em órgãos oficialmente competentes, como: Conselho Estadual de Educação – CEE; Conselho Federal de Educação - CFE; Conselho Regional de Psicologia – CRP; Conselho Federal de Psicologia – CRF; Fundação para o Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP; Ministério da Saúde; Secretaria da Ciência e Tecnologia.

#### **. Critérios de Inclusão:**

- pós-graduandos (Lato e Stricto sensu) em formação que estavam recebendo supervisão, em contextos de Psicologia Clínica e de Psicologia da Saúde, em cursos devidamente oficializados;

- psicólogos regulamentados que estavam oferecendo supervisão, em contextos de Psicologia Clínica e de Psicologia da Saúde, em cursos de graduação (5º. Anos) e de pós-graduação (Lato e Stricto Sensu), devidamente oficializados.

#### **. Critérios de Exclusão:**

- pós-graduandos que não estivessem devidamente inseridos nas instituições selecionadas;

- pós-graduandos que não estivessem recebendo supervisão em Psicologia Clínica ou em Psicologia da Saúde;

- psicólogos que não estivessem inseridos como supervisores nas instituições selecionadas;

- psicólogos que não estivessem oferecendo supervisão em Psicologia Clínica ou em Psicologia da Saúde, conforme proposto para o presente estudo.

### **. Material:**

Protocolo contendo:

. Dados de Identificação Sociodemográfico, de Formação e de Experiência dos participantes como: iniciais do nome, idade, sexo, estado civil, cidade de origem, profissão, escolaridade, tempo de formação, local de formação, tempo de experiência (como supervisor ou como acadêmico supervisionando), e modelo teórico de base de atuação (Apêndice 1).

. Questionário Pereira & Valerio sobre o Processo de Supervisão, elaborado pelos autores do projeto em 2016, a partir do Instrumento de Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997) e de dados da literatura pertinentes na área. O referido questionário, nas versões supervisor e supervisionando considera as características pessoais, formação, e experiências bem como as percepções dos respectivos sobre o processo de supervisão.

Tal instrumento é caracterizado por cinco questões dissertativas, sendo:

“O que você entende por processo de supervisão?”; “Quais características, habilidades e competências são requeridas (desejadas) do supervisor para o adequado processo de supervisão?”; “Quais, características, habilidade e competências são requeridas (desejadas) do supervisionando para o adequado processo de supervisão?”; “Quais características,

habilidades e competências você entende que o processo de supervisão desenvolve nos supervisionandos?” e “De que forma as experiências de vida do supervisor e do supervisionando podem influenciar no processo de supervisão?”.

O mesmo instrumento também é caracterizado por um conjunto de 47 afirmativas, distribuídas em ênfases pertinentes ao processo de supervisão:

“Ética”, composto por 7 (sete) frases sendo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7; “Ensino/Aprendizagem”, por 13 (treze): 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, e 20; “Assistência/Prestação de Serviços”, 8 (oito): 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, e 28; “Pesquisa”, por 8 (oito): 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, e 36; e “Gerenciamento”, por 11 (onze) 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, e 47. Todas as frases a serem respondidas a partir de uma escala Likert de cinco pontos, considerando as seguintes: N = nunca; R = raramente; 50% = às vezes; F = frequentemente; S = sempre.

Os resultados (scores) são obtidos a partir da soma total dos pontos atingidos, e também parcialmente em cada respectiva ênfase, estabelecendo a média das respostas. A maior quantidade de pontuação indica maior utilização ou perspectiva a favor do conteúdo das frases, das ênfases isoladas ou do conjunto das mesmas para o processo adequado de supervisão. As questões dissertativas são agrupadas por categorias de respostas com semânticas semelhantes (surgidas dos próprios enunciados dos respondentes) a partir da análise e concordância de juízes interdependentes (Apêndice 2).

. Questionário nas Versões para Estagiário e para Supervisores, adaptado do Questionário de Impasses na Supervisão de Psicoterapia de Nigam, Camerom e Leverette (1997), por Oliveira et al. (2014), para a população brasileira. O referido instrumento, com 28 questões, propõem situações relativas ao contexto de supervisão, a serem respondidas no formato de escala Likert

de cinco pontos, sendo: N = nunca; R = raramente; 50% = as vezes; F = frequentemente; S = sempre.

Os autores da versão original (Nigam, Cameron & Leverette, 1997) indicaram três fatores pertinentes às questões, relativos à empatia. Entretanto, no trabalho de Oliveira et al. (2014) foi utilizado um instrumento que avaliava a supervisão de acordo com os fatores *empatia, aprimoramento do aprendizado e compreensão*. O questionário, desenvolvido em duas versões, foi respondido on line por participantes de diferentes regiões do país, sendo: 126 supervisores [média de idade de 47,7 anos; DP=11,22; a maioria do sexo feminino (74,5%), e da região sudeste (50,8%) e sul (31,7%), e 238 estagiários de Psicologia [média de idade de 25.9 anos; DP=7,64; predominantemente do sexo feminino (84,3%), e das regiões sudeste (38,8%) e centro oeste (30,8%).

Inicialmente foi realizada uma tradução direta da versão canadense, voltada para as perspectivas dos estagiários seguidas de adaptações com adequações das mesmas questões, para as perspectivas dos supervisores. Ambas as versões foram submetidas à apreciação do grupo de professores da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), e responsável pela pesquisa (Serviços Escola de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP), sendo provadas após alterações consensuais. Foi realizada *back translation* do instrumento a fim de garantir maior validade, e tanto a versão dos estagiários, quanto a dos supervisores passaram por uma análise da sua consistência interna, tendo como resultados valores de Cronbach iguais a 0,751 e 0,869, respectivamente.

A coleta de dados feita por Oliveira et al. (2014) foi realizada online, por meio de preenchimento pelo próprio participante, gerando de forma automática o banco de informações da pesquisa. Os participantes foram convidados a integrar o estudo a partir de folhetos, comunicações eletrônicas e anúncios em congressos e eventos de Psicologia.

A participação se dava através da Internet, com cada integrante acessando o site da pesquisa, identificando-se e respondendo às perguntas, sequencialmente, num sistema programado previamente. Os dados foram gerados pela plataforma online, que processou as informações dos respondentes em planilhas no formato SPSS 17.0. As respostas foram agrupadas, em médias para cada uma das questões, tanto para os supervisores como para os estagiários. Esses valores médios foram, então, comparados de acordo com os grupos de estagiários ou supervisores pelo teste de Mann-Whitney, em que, uma maior frequência, indicava melhor supervisão, menor frequência, supervisão de baixa qualidade. No Quadro 1 encontra-se a versão do questionário aplicada aos estagiários e no Quadro 2 a versão aplicada aos supervisores (Anexo 1).

#### **. Procedimento:**

Inicialmente foram identificados os centros formadores de Psicólogos da Região de São José do Rio Preto, SP, a partir de dados do Conselho Estadual de Educação – CEE; Conselho Federal de Educação - CFE; Conselho Regional de Psicologia – CRP; Conselho Federal de Psicologia – CRF; Fundação para o Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP; Ministério da Saúde; e Secretaria da Ciência e Tecnologia. Posteriormente, foram identificados os cursos de Graduação e de Pós-Graduação que continham em seu processo de supervisão profissionais que atuavam com o modelo Cognitivo-comportamental, a partir de contatos telefônicos junto as referidas entidades.

Após serem selecionadas as unidades e os cursos dessas devidas Instituições, foram feitos contatos via e-mail e/ou telefone para a apresentação do projeto e a solicitação dos participantes tanto da área acadêmica/supervisionados, quanto profissionais/supervisores, a partir do município de São José do Rio Preto, SP, com extensão gradativa para cidades

circunvizinhas, até atingir o número de participantes estabelecidos no presente estudo (n-60). Os alunos/supervisionados e os profissionais/supervisores foram abordados pessoalmente pelo pesquisador e esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e após concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecimento – TCLE (Apêndice 3).

Responderam individualmente, a partir de auto resposta, aos instrumentos programados para o estudo, em conformidade com os princípios da Resoluções 1996/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e autorização legal do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - Parecer: N0. 1.851.540 (Anexo 2).

#### **Análise de dados:**

Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente. As informações qualitativas foram agrupadas por categorias de respostas esquematizadas por Juízes interdependentes, com Índice de Concordância igual ou superior a 75% entre eles:  $IC = A/A+D.100$  (A = Acordos e B = Desacordos) (Bomtempo, 1975; Witter, 1999). Para os dados quantitativos foi utilizada estatística descritiva por frequência, porcentagem, média, mediana e desvio padrão, considerando a dispersão dos fenômenos estudados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Dados sociodemográficos dos Participantes

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos da amostra, correspondente aos quatro grupos avaliados. Para o grupo de supervisores clínicos a idade variou de 31 a 61 anos (média = 39.67, mediana = 35 e desvio padrão = 9.60), para o grupo de supervisores da saúde foi de 31 a 60 anos (média = 39.93, mediana = 35 e desvio padrão = 9.92), para o os supervisionandos da saúde foi de 23 a 42 anos (média = 28.93, mediana = 27 e desvio padrão de 4.81) e para o grupo de supervionandos clínicos a idade variou de 23 a 34 anos com média de 27.73, mediana de 27.72 e desvio padrão de 2.72.

O sexo feminino foi predominante para todos os grupos investigados. Para os supervisores clínicos foi de 13 (86,66%) participantes; supervisores da saúde (14 = 93,33%); supervisionandos da saúde (12 = 80,00%), e supervisionandos clínicos (14 = 93,33%). A religião católica foi a indicada pela maior parte dos respondentes também em ambos grupos. Para os supervisores clínicos (11 = 73,33%), supervisores da saúde (12 = 80,00%), supervisionandos da saúde (7 = 46,66%) e supervisionandos clínicos (11 = 73,33%). A religião espírita foi mencionada em segunda posição sendo o grupo de supervisionandos da saúde (4 = 26,66%) e supervisores clínicos (3 = 20,00%), os que mais a mencionaram. Um dos participantes não respondeu a questão.

O estado civil de casado foi o mais referido pelos grupos de supervisores clínicos (11 = 73,33%) e supervisores da saúde (9 = 60,00%), enquanto que o de solteiro foi predominante nos grupos supervisionandos clínicos (14 = 93,33%) e supervisionandos da saúde (11 = 73,33%). Divorciados foram mencionados por um (6,66%) participante nos grupos

supervisores clínicos e supervisionandos clínicos, respectivamente, e um com união estável no grupo de supervisores clínicos.

Para a variável Cidade de Origem, São José do Rio Preto, SP, foi a mais mencionada considerando a somatória de todos os grupos. Sete (46,66%) participantes foram do grupo supervisores da saúde, cinco (33,33%) supervisores clínicos e supervisionandos da saúde, respectivamente, e quatro (26,66%) supervisionandos clínicos. Outras cidades da região administrativa de São José do Rio Preto, SP, também foram mencionadas de forma expressiva pela amostra estudada, em ambos os grupos, sendo a de maior citação o grupo dos supervisores clínicos com cinco (33,33%) dos integrantes. Participantes de outros estados brasileiros também estiverem presentes em todos os grupos, porém com menor quantidade de respondentes. Com relação a Cidade Atual de moradia, o município de São José do Rio Preto, SP, foi indicado com predominância em todos os grupos: supervisores da saúde (12 = 80%), seguido por supervisores clínicos e supervisionandos da saúde (11 = 73,33%), respectivamente, e supervisionandos clínicos com 10 (66,66%) dos avaliados neste grupo.

Os dados indicam que a média de idade dos supervisores para ambos os grupos foi próxima de 40 anos, enquanto que para os supervisionandos esteve entre 27 e 29 anos, idades esperadas para cada respectiva população estudada. A fim de traçar um perfil do profissional desta área de conhecimento, pesquisa do Conselho Federal de Psicologia - CFP (CFP, 2012) constatou que 41% tinham entre 20 e 39 anos. Segundo dados do IBGE (IBGE. PNAD, 2016), a partir de levantamento realizado em 2014, dos 146.721 psicólogos ocupados no Brasil, 22.607 (15,4%) são jovens com menos de 30 anos, sendo que os outros 124.114 (84,6%) tinham 30 anos ou mais idade, por ocasião da pesquisa, compatíveis com dados do presente estudo.

O sexo feminino foi predominante para todos os grupos investigados, dados compatíveis com a literatura relacionada a esta profissão. A fim de traçar um perfil do profissional desta área de conhecimento, pesquisa do Conselho Federal de Psicologia - CFP (CFP, 2012) constatou que 89% dos psicólogos eram mulheres. Convalidando os resultados tanto do presente estudo como dados do Conselho de Psicologia, informações apontadas pelo IBGE referindo-se a psicólogos ocupados no ano de 2014, demonstram que as mulheres são maioria entre os profissionais desta área, somando aproximadamente 132 mil no território nacional, o que representa 90% do total dos avaliados (IBGE. PNAD, 2016).

Entretanto, pode se perguntar se tal ocorrido está atrelado somente à carreira de Psicologia, sendo esta entendida como uma profissão com predominância para o sexo feminino, ou se nas últimas décadas o papel da mulher vem sendo cada vez mais evidente no mercado de trabalho, independentemente da carreira escolhida, vindo estas a assumir o papel profissional, com mais frequência, na sociedade.

Com o propósito de discutir esta temática, Castro e Yamamoto (1998) em artigo intitulado 'A Psicologia como Profissão Feminina: Apontamentos para Estudo', fazem menção a esta indicando outros autores como Ferretti (1976) que refere a Psicologia como a quarta carreira considerada feminina com cerca de 87,1% de mulheres; e Lewin (1980) que aponta que a Psicologia, não somente faz parte do contingente das profissões femininas, como da subdivisão extremamente feminizadas" (p.150), associadas às áreas de Humanas e Letras, com predomínio acima de 80% de mulheres, no caso da Psicologia, com 86%, em 1977 (p.151).

“A questão da natureza feminina de uma profissão, embora recorte da incidência diferencial do gênero na conformação profissional de qualquer carreira, acaba por se

inserir no conjunto de estudos sobre a mulher, que ganha destaque nos últimos anos, no Brasil e no exterior” (Lewin, 1980, p. 148, apud Castro e Yamamoto, 1998).

Costa e colaboradores (1985), citados por Castro e Yamamoto (1998), identificaram três fases, dentro desse processo de implantação do campo de estudos sobre mulher/gênero: 1) de 1975 a 1978, quando tratou-se de dar visibilidade às mulheres e de criticar ou de desconstruir os paradigmas teóricos vigentes; 2) de 1978 a 1985, na qual assistiu-se à consolidação de sua legitimidade e a uma expansão, tanto na direção da conquista de novos espaços quanto na da abertura de seu leque temático; e 3) a partir de 1985, fase em que se inicia um processo de construção institucional e de elaboração de teorias sobre as relações de dominação/subordinação entre os sexos, com o uso do conceito de gênero começando a ser difundido.

Segundo Pereira e Pereira Neto (2003, p.26), citado por Rezende (2014), relatam que a profissão de Psicólogo referida no livro “Quem é o Psicólogo Brasileiro”, de 1988, apresentava as seguintes características para a profissão: feminina, jovem, e concentrada nos centros Urbanos. Também concluíram que em duas outras pesquisas realizadas em 1994 e 2001, pelo Conselho Federal de Psicologia, os dados colhidos em 1988, permaneciam os mesmos. Dados referendados pelos levantamentos atuais do IBGE (IBGE PNAD, 2016).

Houve uma predominância da religião católica em todos os grupos de respondentes. Tal fato, pode ser porque o Brasil ainda se constitui como um país cristão, com uma população eminentemente de católicos. Certamente, não só na área da Psicologia, mas também em diversas áreas do conhecimentos, esta religião é mais mencionada por um maior número de pessoas [IBGE, 2012], refletindo nos resultados deste estudo.

Entretanto, apesar do Brasil ser um país com tradição católica, pode se notar que outras religiões como a espírita e a evangélica, vêm crescendo e se tornando evidentes,

principalmente entre os jovens [IBGE PNAD, 2016]. A religião espírita é uma das mais recentes em todo o mundo, além do Brasil ser considerado um país Láico e de cultura ‘democrática’ onde a lei dá as pessoas o direito de manifestação a qualquer religião e culto. Confirmando tais considerações, verifica-se que os dados do presente estudo também demonstram espíritas e evangélicos, além de um ateu.

Os resultados do Censo Demográfico realizado em 2010 (IBGE, 2012) mostram o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. A proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010. A pesquisa indica também o aumento do total de espíritas.

Entre os espíritas, que passaram de 1,3% da população (2,3 milhões) em 2000 para 2,0% em 2010 (3,8 milhões), o aumento mais expressivo foi observado no Sudeste, cuja proporção elevou de 2,0% para 3,1% neste mesmo período, um aumento de mais de 1 milhão de pessoas (de 1,4 milhão em 2000 para 2,5 milhões em 2010). O estado com maior proporção de espíritas era o Rio de Janeiro (4,0%), seguido de São Paulo (3,3%), Minas Gerais (2,1%) e Espírito Santo (1,0%).

Os resultados do referido Censo indicam importante diferença dos espíritas para os demais grupos religiosos no que se refere ao nível de instrução. Este grupo religioso possui a maior proporção de pessoas com nível superior completo (31,5%) e as menores percentagens de indivíduos sem instrução (1,8%), podendo justificar a quantidade de espíritas na amostra do presente estudo.

A respeito do estado civil, pode ser verificado que a condição de casado esteve predominante para os supervisores enquanto que a de solteiro foi observada nos grupos de

supervisionandos. Tais resultados são esperados uma vez o grupo de supervisores é constituído por pessoas mais velhas, e com presunção de estabilidade de trabalho e econômica, enquanto que o grupo de supervisionandos estão em fase inicial do processo de formação e em busca da estabilidade profissional.

Apesar de não se constituir uma regra geral, para esta camada socioeconômica da população brasileira, o casamento e a vinda dos filhos, em uma fase inicial de formação acadêmica podem acarretar dificuldades tanto de disponibilidade para os estudos, quanto para a estabilidade financeira. Assim, é comum, na contemporaneidade, optar inicialmente pela formação acadêmica e estabilização da carreira e posteriormente à busca do matrimônio.

Segundo o IBGE (2010), a taxa geral de nupcialidade legal, no Brasil, caiu gradualmente durante a década, passando de 8,0 por mil habitantes em 1990 para 5,7 por mil em 2001. Essa tendência de queda foi observada principalmente no Sudeste e no Sul. Os dados do Registro Civil revelam que as mulheres se casam mais cedo do que os homens, embora a média de idade ao se casar tenha aumentado, para ambos os sexos.

A média de idade ao casar aumentou de 26,9 anos, para 29,3 entre os homens e de 23,5 anos para 25,7 anos entre as mulheres, de 1990 para 2000. Considerando-se apenas a média das idades do primeiro casamento, também houve aumentos: de 25,8 anos para 27,4 no caso dos homens, e de 22,8 para 24,3 no caso das mulheres.

A dedicação maior aos estudos, a preocupação com a inserção no mercado de trabalho e a procura por salários mais elevados têm impactado a média nas idades dos noivos. Além disso, a opção pelo convívio em união consensual - cada vez mais comum - tem adiado o momento da oficialização (IBGE, 2010).

Com relação a Cidade de Origem e Cidade Atual de estabelecimento dos participantes, São José do Rio Preto, SP., foi a mais referida nas duas situações, por parcela expressiva de

respondentes de todas as amostras. Tais resultados estão em conformidade com as hipóteses iniciais dos pesquisadores, em razão da aplicação dos instrumentos ter sido realizada na localidade e cidades circunvizinhas. Os dados podem ser consequência ainda de algumas variáveis como o espaço e dimensão geográfica da cidade, vários municípios adjacentes, maiores números de vagas e demandas de trabalho e diversas faculdades que oferecem cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia, além de uma universidade e um hospital público de referência nacional.

Segundo fontes do IBGE, a estimativa do número de psicólogos ocupados no Brasil, em 2014, equivale a 146.721, grande parte deles (90.728 = 61,8%) estavam alocados na Região Sudeste, (26.366 = 18%) Região Sul, (16.374 = 11,2%) Região Nordeste, (7.016 = 4,8) Região Centro-Oeste, e (6.237 = 4,3) Região Norte (IBGE / PNAD, 2016).

Sendo assim e tendo como base que na Região Sudeste está localizada a maior concentração de Psicólogos em atividades, e que a cidade de São José do Rio Preto, SP, constitui um dos principais municípios deste região, justifica os dados da pesquisa referente a quantidade e características sociodemográficas de participantes oriundos desta localidade.

**Tabela 1:** Dados Sócio-demográficos por Grupos de Participantes.

<b>Grupos Variáveis</b>	<b>Supervisor Clínico</b>		<b>Supervisor Saúde</b>		<b>Supervisionando Saúde</b>		<b>Supervisionando Clínico</b>	
<b>Idade</b>								
>=	61		60		42		34	
<=	31		31		23		23	
Média	39,67		39,93		29,73		27,73	
Mediana	35		35		29		27,72	
Desvio Padrão	9,60		9,92		4,92		2,72	
<b>Sexo</b>								
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Feminino	13	86,66	14	93,33	13	80	14	93,33
Masculino	2	13,33	1	6,66	2	20	1	6,66
<b>Religião</b>								
Católico	11	73,33	12	80,00	7	46,66	11	73,33
Evangélico	0	0	0	0	2	13,33	0	0
Espírita	3	20,00	2	13,33	4	26,66	2	13,33
Ateu	0	0	1	6,66	2	13,33	1	6,66
Não respondeu	1	6,66	0	0	0	0	1	6,66
<b>Estado Civil</b>								
Casados	11	73,33	9	60,00	4	26,66	0	0
Solteiros	2	13,33	5	33,33	11	73,33	14	93,33
Divorciados	1	6,66	1	6,66	0	0	0	16,66
União Estável	1	6,66	0	0	0	0	0	0
<b>Cidade de Origem</b>								
S.J.R.P	5	33,33	7	46,66	5	33,33	4	26,66
Região Ad. S.J.R.P	5	33,33	4	26,66	3	20,00	4	26,66
Outras Regiões Ad.	3	20,00	3	20,00	4	26,66	5	33,33
Outros Estados	2	13,33	1	6,66	3	20,00	1	6,66
Não respondeu	0	0	0	0	0	0	1	6,66

### . Formação Acadêmica

Com relação ao local de formação, parcela expressiva da amostra referiu a cidade de São José do São Preto, SP, sendo n-9 (60,00%) dos supervisionandos clínicos, n-8 (53,33%) supervisionandos saúde, n-6 (40,00%) supervisores clínicos e n-5 (33,33%) supervisores da saúde. Outros Estados do país foram mencionados com a segunda maior frequência entre os avaliados: n-5 (33,33%) supervisores da saúde, n-3 (20,00%) supervisores clínicos e n-1 (6,66%) supervisionandos da saúde e supervisionandos clínicos, respectivamente. A categoria Outras Regiões Administrativas do Estado também tiveram participação significativa, seguida

por cidades adjacentes à Região de São José do Rio Preto, SP. Não responderam a esta variável, n-3 (20,00%) dos supervisores clínicos, e n-1 (6,66%) supervisores e supervisionandos da saúde, cada.

O tempo de formação dos participantes supervisores variou de um a 36 anos, sendo disperso entre os períodos. Para os supervisores clínicos a maior concentração foi entre o período de 9.1 a 11 anos (5 = 33,33%), seguido pelo período de 3.1 a 6 anos (3 = 20,00%). Para os supervisores da saúde os períodos entre 6.1 a 17 anos foram os que concentraram a maior quantidade de respondentes. Para os supervisionandos, o período de 1 a 6 anos recebeu a maior concentração de indivíduos. O período entre um a três anos, foi referido por 10 (66,66%) sujeitos do grupo supervisionandos clínicos e seis (40,00%) do grupo supervisionandos saúde; de 3.1 a 6 anos por oito (53,33%) dos supervisionandos saúde e quatro (26,66%) dos supervisionandos clínicos.

Com relação à formação de pós-graduação Lato Sensu, os participantes mencionaram diversos cursos para este nível de conhecimento, sendo predominantes Terapia Cognitivo – comportamental - TCC entre os supervisores da saúde (5 = 33,33%), seguido por Psicologia da Saúde (3 = 20,00%) entre os supervisores clínicos; e TCC e Psicologia da Saúde (2 = 13,33%), também entre os supervisores clínicos. Para os grupos de supervisionandos a predominância foi para o Curso de Psicologia da Saúde: n-9 (60,00%) supervisionandos da saúde, e n-5 (33,33%) supervisionandos clínicos. Não responderam a esta variável, n-3 (20,00%) dos supervisores clínicos; n-4 (26,66%) dos supervisores saúde; n-2 (13,33%) dos supervisionandos saúde e n-3 (20,00%) dos supervisionandos clínicos.

Para a formação em nível Stricto Sensu, n-9 (60,00%) dos supervisores saúde, n-4 (26,66%) dos supervisores clínicos e n-2 (13,33%) dos supervisionandos saúde, responderam Mestrado. Quatro (26,66%) do grupo de supervisores clínicos, e dois (13,33%) supervisores

da saúde, referiam Doutorado, um (6,66%) integrante do grupo de supervisores da saúde mencionou Pós-Doutorado. Nenhum dos supervisionandos apontou Doutorado ou Pós-Doutorado como nível de formação.

O modelo de base teórica predominante entre os participantes do estudo foi o da Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC, sendo indicado por n-14 (93,33%) dos supervisionandos clínicos, n-10 (66,66%) dos supervisores da saúde, n-8 (53,33%) dos supervisores clínicos, e n-7 (46,66%) dos supervisionandos da saúde. A Psicanálise esteve presente em n-3 (20,00%) das citações realizadas por supervisores clínicos e por supervisionandos da saúde, respectivamente, e n-1 (6,66%) supervisionandos clínicos. Análise do Comportamento em n-3 (20,00%) supervisores da saúde, n-2 (13,33%) dos supervisores clínicos e n-1 (6,66%) dos supervisionandos da saúde, dentre os modelos citados com menor frequência.

**Tabela 2** : Dados Sociodemográficos por Grupos de participantes: formação acadêmica.

<b>Formação Acadêmica</b>	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Local de Formação</b>								
S.J.R.P	6	40,00	5	33,33	8	53,33	9	60,00
Região Ad. S.J.R.P	1	6,66	0	0	2	13,33	2	13,33
Outras Regiões Ad	2	6,66	4	26,66	3	20,00	3	20,00
Outros Estados	3	20,00	5	33,33	1	6,66	1	6,66
Não Respondeu	3	20,00	1	6,66	1	6,66	0	0
<b>Tempo de Formação</b>								
de 1 a 3 anos	1	6,66	0	0	6	40,00	10	66,66
de 3.1 a 6 anos	3	20,00	1	6,66	8	53,33	4	26,66
de 6.1 a 9 anos	1	6,66	3	20,00	1	6,66	1	6,66
de 9.1 a 11 anos	5	33,33	3	20,00	0	0	0	0
de 11.1 a 14 anos	1	6,66	2	13,33	0	0	0	0
de 14.1 a 17 anos	1	6,66	3	20,00	0	0	0	0
de 30 a 33 anos	1	6,66	0	0	0	0	0	0
de 33.1 a 36 anos	1	6,66	1	6,66	0	0	0	0
<b>Pós Graduação – lato Sensu</b>								
TCC e Psicologia da saúde	2	13,33	0	0	0	0	0	0
Psicologia da saúde	3	20,00	2	13,33	9	60,00	5	33,33
TCC	2	13,33	5	33,33	1	6,66	1	6,66
Psicopedagogia	2	13,33	1	6,66	0	0	1	6,66
Análise do comportamento	1	6,66	0	0	0	0	0	0
Sexualidade	1	6,66	0	0	0	0	0	0
Educação inclusiva	1	6,66	0	0	0	0	0	0
Sistêmica	0	0	1	6,66	1	6,66	0	0
Educação especial	0	0	1	6,66	0	0	0	0
Atenção ao câncer	0	0	0	0	1	6,66	0	0
Psicanálise	0	0	0	0	1	6,66	0	0
Pisico oncologia	0	0	0	0	0	0	1	6,66
Não responderam	3	20,00	4	26,66	2	13,33	3	20,00
<b>Pós Graduação Stricto Sensu</b>								
Mestrado	4	26,66	9	60,00	2	13,33	3	20,00
Doutorado	4	26,66	2	13,33	0	0	0	0
Pós Doc.	0	0	1	6,66	0	0	0	0
Não responderam	7	46,66	3	20,00	13	86,66	13	80,00
<b>Modelo de Base Teórico</b>								
TCC	8	53,33	10	66,66	7	46,66	14	93,33
Análise do comportamento	2	13,33	3	20,00	1	6,66	0	0
Psicodrama	1	6,66	1	6,66	0	0	0	0
Gestalt	1	6,66	0	0	0	0	0	0
Psicanálise	3	20,00	0	0	3	20,00	1	6,66
Sistêmica	1	6,66	0	0	2	13,33	0	0
Centrada na pessoa	0	0	0	0	1	6,66	0	0
Fenomenologia existencial	0	0	0	0	1	6,66	0	0

Com relação ao local de formação dos participantes, São José do Rio Preto, SP, foi a mais citada pelos quatros grupos, apesar de outras localidades diversas. Tais resultados podem estar refletindo a condição deste município ter número significativo de Instituições formadoras que oferecem o Curso de Psicologia. Destaque para uma Faculdade que possui tradição nesta área do conhecimento há mais de 30 anos, fato evidenciado nos resultados da pesquisa, pois tanto a amostra de supervisores (que são os mais antigos) quanto a amostra de supervisionandos (que são os mais recentes) apontaram esta como a escolhida para realizarem a graduação.

Porém, se no passado só havia uma Instituição que oferecia o Curso de Psicologia na cidade e região, nos dias atuais as várias existentes permitem uma ampla possibilidade para formação e capacitação diversificada à população mais jovem. Desta forma, tais instituições contribuíram e ainda contribuem de maneira expressiva para esse contingente de profissionais que está hoje atuando no mercado de trabalho e representando o processo de supervisão, investigado na presente pesquisa.

Com relação ao tempo de formação dos integrantes do estudo, os dados demonstram uma amplitude que varia entre um a 36 anos. A maior concentração para os supervisores, corresponde entre três a 17 anos e para os supervisionandos entre um e seis anos. Um dos aspectos que merece atenção se refere ao fato de que entre o período de 17 a 36 anos, houve uma lacuna que representa escassez de supervisores.

Os dados indicam que nos anos mais recentes, tanto para supervisionandos quando para supervisores o acesso ao curso de Psicologia foi sendo maior. Tal fato pode ter ocorrido porque naquela época havia um menor número de pessoas que buscava o referido curso, menor demanda, número reduzido de faculdades e acessibilidade aos meios acadêmicos e

programas de apoio e incentivo aos estudantes, dificuldade das camadas mais pobres ao ensino superior e menor publicidade do curso e da Psicologia em si.

A respeito da formação, em nível de pós-graduação Lato Sensu e qualificação dos participantes, pode-se verificar a predominância entre as escolhas dos cursos de especialização para Terapia Cognitivo Comportamental e para Psicologia da Saúde. No local do presente estudo, com parcela expressiva dos respondentes, são oferecidos os dois cursos em questão e parte significativa de supervisores e supervisionandos que trabalha nesta referida instituição, possui e segue estas formações. Estas variáveis associadas ao próprio desenho metodológico da pesquisa podem ter contribuído para tal tendência dos resultados.

Na prática, é sabido que cada instituição ao longo do seu desenvolvimento de assistência, pesquisa, ensino e/ou gerenciamento adquire e mantém um modelo / abordagem fundamentador teórico para a formação e atuação de seus profissionais psicólogos. Tal fato pode se apresentar aleatoriamente ou estar relacionado às necessidades e características das demandas existentes naquele contexto (p. ex.: hospitais, faculdades), bem como, com o perfil de formação dos primeiros contratados naquela entidade, gerando tendências aos demais integrantes. Somando-se a estas justificativas, pode se acrescentar o crescimento do modelo Cognitivo Comportamental, bem como os pressupostos e avanços da Psicologia da Saúde, nos últimos anos, na realidade brasileira (Miyazaki, Domingos e Valerio, 2011).

Segundo Souza e Padovani (2015), quando as TCCs surgiram no Brasil, no final da década de 1980 predominantemente, no Rio de Janeiro e São Paulo, a atuação era centrada no indivíduo. Na década de 1990, em função de diversas evidências científicas de sua eficácia, o modelo propagou-se pelo país. Além da expansão regional, houve uma ampliação dos cenários profissionais na rede pública de saúde. A mudança na concepção de saúde, marcada na Constituição de 1988, exigiu reformulação das ações e da formação dos psicólogos. Sendo

o profissional da saúde, como definido pelo Conselho Nacional de Saúde (resolução CNS nº 218/97), o psicólogo deve desenvolver competências para ações voltadas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação. Entretanto, essa mudança deve ser acompanhada por uma atitude crítica para este seguimento do saber.

Num aspecto mais amplo, dados da literatura demonstram que, com relação à formação complementar, a maior parte dos títulos conquistados por psicólogos, sem distinções por nível da pós-graduação, é de Psicologia Clínica (31%), seguida pela Psicologia Organizacional e do Trabalho, com 14%, respectivamente (Lhullier & Roslindo, 2013).

A respeito da Pós Graduação *Stricto Sensu*, parte expressiva dos supervisores responderam ter feito Mestrado, alguns Doutorado e um Pós Doutorado. Para os supervisionandos, dois mencionaram Mestrado, nenhum Dourado ou Pós Doutorado, distribuição esperada considerando-se os subgrupos mencionados.

Os percentuais observados não diferem sobremaneira daqueles verificados entre o total de ocupados com ensino superior completo, no Brasil, para esta área do conhecimento. Neste país, a formação de psicólogos em níveis de pós graduação *Stricto Sensu* ainda é restrita a uma minoria dos profissionais da área. Segundo dados do IBGE (IBGE. PNAD, 2016), distribuição dos psicólogos (as) ocupados, quanto à continuidade dos estudos, aponta que, a maioria da categoria (90,5%) tem como grau mais elevado o ensino superior – são quase 133 mil nessa situação. Dos 14 mil profissionais da Psicologia que ingressaram em algum curso de pós-graduação *Stricto Sensu*, 6.386 (4,4%) têm mestrado ou doutorado completos, e não concluíram nenhum destes níveis, 7.550 (5,1%).

Na região onde foi realizado o presente estudo, os primeiros mestres, doutores e pós doutores em Psicologia, fizeram suas pós graduações em outras localidades como em

Campinas, São Paulo e Ribeirão Preto, uma vez que até há poucos anos não havia centro formador desta natureza, na cidade. A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, foi a primeira instituição a fornecer vagas para a formação acadêmica neste nível, aos psicólogos, junto aos Programas de Ciências da Saúde (mestrado, doutorado, pós doutorado e livre docência) e recentemente ao Programa de Psicologia e Saúde para o nível de mestrado.

A formação em nível *Stricto Sensu*, juntamente com o modelo teórico e a especialização, constituem pilares fundamentais para os requisitos de habilidades e competências no exercício da supervisão. É certo que a conclusão do mestrado permite ao profissional adquirir pressupostos didáticos e metodológicos, enquanto que o doutorado e pós doutorado fornecem a experiência do saber, poder e fazer científicos, para o ensino crítico e reflexivo aos psicólogos em formação, assim, é desejável que, principalmente os supervisores, busquem tal excelência.

### **. Experiência Profissional e Local de Atuação**

O tempo de experiência profissional variou de um a 36 anos, sendo os períodos de maior concentração entre um e 15 anos. O período de um a três anos foi predominante para os supervisionandos clínicos (10 = 66,66%), seguido por supervisionandos da saúde (n-8 = 53,33%), e supervisores clínicos com n-3 (20,00%) dos respondentes. De 3.1 a 6 anos foi indicado por n-6 (40,00%) dos supervisionandos da saúde, n-3 (20,00%) dos supervisionandos clínicos e n-2 (13,33%) dos supervisores clínicos. De 6.1 a 9 anos foi referido por n-3 (20,00%) dos supervisores da saúde, n-2 (13,33%) supervisores clínicos e n-1 (6,66%) dos supervisionandos saúde e supervisionandos clínicos, respectivamente. De 9.1 a 12 anos foi mencionado por n-3 (20,00%) supervisores da saúde e supervisores clínicos, cada, e um

(6,66%) supervisionando clínico. De 12.1 a 15 anos foram n-5 (33,33%) supervisores da saúde e n-3 (20,00%) dos supervisores clínicos. Dois (13,33%) dos supervisores clínicos e um (6,66%) dos supervisores da saúde, mencionaram experiência acima de 33 anos.

O tempo de experiência como supervisores variou de um a 33 anos, e como supervisionandos de seis meses a nove anos, sendo as maiores prevalências para ambos os grupos entre os períodos de 1.1 a 9 anos. Sete (46,66%) dos supervisores clínicos, n-4 (26,66%) supervisores da saúde, e n-9 (60,00%) supervisionandos da saúde e clínicos, respectivamente, responderam o período entre 1.1 a 3 anos. Três (20,00%) dos supervisionandos da saúde e n-2 (13,33%) supervisionandos clínicos não responderam a esta variável.

Com relação ao local das atividades de trabalho, foram mencionadas pelos participantes da pesquisa, onze Instituições. A de maior frequência foi o complexo FUNFARME /FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto), com n-8 (53,33%) dos supervisores clínicos, n-8 (53,33%) supervisores da saúde, n-5 (33,33%) supervisionandos saúde e supervisionandos clínicos, respectivamente. O Centro de Atenção ao Migrante - CAMI, foi mencionado por n-3 (20,00%) dos supervisores da saúde e n-1 (6,66%) dos supervisores clínicos; o Centro Regional de Maus Tratos a Infância – CRAMI, referido por n-2 (13,33%) supervisionandos da saúde e n-1 (6,66%) supervisor clínico, e o Instituto de Psicologia Clínica – IPC, com n-2 (13,33%) dos supervisionandos da saúde, dentre outros com citações únicas. Não responderam a esta variável, n-7 (46,66%) dos supervisionandos da saúde e clínicos, respectivamente, e n-1 (6,66%) dos supervisores clínicos e supervisores da saúde, cada.

**Tabela 3:** Dados sociodemográficos por Grupos de Participantes

<b>Experiência Profissional e Local</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de experiência Profissional</b>								
de 1 a 3 anos	3	20,00	0	0	8	53,33	10	66,66
de 3.1 a 6 anos	2	13,33	1	6,66	6	20,00	3	20,00
de 6.1 a 9 anos	2	13,33	3	20,00	1	6,66	1	6,66
de 9.1.1 a 12 anos	3	20,00	3	20,00	0	0	1	6,66
de 12.1 a 15 anos	3	20,00	5	33,33	0	0	0	0
de 15.1 a 18 anos	0	0	1	6,66	0	0	0	0
de 18.1. a 21 anos	0	0	1	6,66	0	0	0	0
de 27 a 30 anos	1	6,66	0	0	0	0	0	0
de 33 a 36 anos	2	13,33	1	6,66	0	0	0	0
<b>Experiência Supervisor ou Supervisionando</b>								
de 6 meses a 1 anos	0	0	0	0	2	13,33	0	0
de 1.1 a 3 anos	7	46,66	4	26,66	9	60,00	9	60,00
de 3.1 a 6 anos	1	6,66	6	40,00	1	6,66	3	20,00
de 6.1 a 9 anos	4	26,66	1	6,66	0	0	1	6,66
de 9.1.1 a 12 anos	1	6,66	1	6,66	0	0	0	0
de 15.1 a 18 anos	0	0	1	6,66	0	0	0	0
de 18.1. a 21 anos	0	0	1	6,66	0	0	0	0
de 21.1 a 24 anos	1	6,66	0	0	0	0	0	0
de 27.1 a 30 anos	1	6,66	0	0	0	0	0	0
de 30.1 a 33 anos	1	6,66	1	6,66	0	0	0	0
Não respondeu	0	0	0	0	3	20,00	2	13,33
<b>Instituição Atual de Trabalho</b>								
Famerp	7	46,66	6	40,00	5	33,33	5	33,33
HB	1	6,66	2	13,33	0	0	0	0
CRAMI	1	6,66	0	0	2	13,33	0	0
IMES	1	6,66	1	6,66	0	0	0	0
SAD	0	0	1	6,66	0	0	0	0
IPC	0	0	2	13,33	0	0	0	0
CAMI	1	6,66	3	20,00	0	0	0	0
Unop	1	6,66	0	0	0	0	0	0
Faceres	0	0	0	0	0	0	1	6,66
Clínica	1	6,66	0	0	0	0	0	0

Com relação à experiência profissional, os supervisores tiveram maior tempo, com predominância para os períodos entre um e 15 anos, enquanto que os supervisionados se

concentraram em sua maior parte entre um e três anos. A experiência como supervisor variou de um a 33 anos com maior frequência entre um e nove anos e como supervisionando de seis meses a nove anos, com predomínio entre um e três anos.

Os dados indicam que, quantidade expressiva dos avaliados com menos experiência está se colocando na posição de recebedora de supervisão, enquanto que parte significativa dos mais experientes está exercendo papel de educador no sentido de ensino a colegas em processo de formação e atualização. Tais condições são perfeitamente esperadas e desejadas considerando-se o ciclo do processo de aprendizagem e crescimento na carreira visto em qualquer profissão: psicólogos com mais tempo de experiência exercendo papel de ensino aos menos experientes.

Entretanto, os dados também demonstram que dentre os participantes foram encontrados, por um lado, supervisores com poucos anos de experiência, e por outro, supervisionandos com vários anos. Estes resultados revelam psicólogos em fase inicial de carreira exercendo funções, cargos e papéis de ensino, na condição de supervisores, fatos a serem questionados, enquanto que outros psicólogos com vários anos de experiência profissional colocando-se na condição de aprendizes e em processo de continuidade da formação profissional sob supervisão de colegas, provavelmente integrando cursos de pós graduação Lato Sensu (p. ex.: especialização) ou Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado), a partir de atualizações de conhecimentos.

Considerando-se as informações obtidas pode se refletir: a) se há um tempo mínimo de experiência profissional a ser exigido que permita condições adequadas para habilitar competências requeridas ao exercício de supervisor, e; b) se além da experiência profissional haveria a necessidade de outras qualificações e preparos formativos (p. ex.: técnicos, éticos, didáticos pedagógicos), para a função.

Nesta linha de raciocínio, Barreto e Barleta (2010) em estudo na área, referem que o pouco tempo de supervisão, o excesso de atendimentos e a interferência institucional foram citados por supervisores e supervisionandos como dificuldades referentes à atividade de supervisão. Segundo Roth e Pilling (2008) e Barletta, Fonseca e Delabrida (2012), para que seja possível qualificar psicólogos, a supervisão deve ser dada por um profissional que tenha mais tempo de prática e grande conhecimento teórico-científico ou, pelo menos, por um profissional que tenha uma experiência equivalente ao supervisionando. Nesse caso, a expressão mais utilizada é ‘supervisão de pares’ que se refere a profissionais que já têm competência psicoterapêutica, mas que fazem consultas com colegas a fim de que ambos possam refletir sobre suas práticas e aprimorar suas técnicas por meio da troca de experiências.

Com relação aos locais de atividades foram mencionadas diversas instituições provenientes de diferentes contextos como centros sociais, clínicas, institutos e centros universitários. Entretanto, a maior concentração tanto para os supervisores quanto para os supervisionandos esteve no complexo FUNFARME / FAMERP, local originário da presente pesquisa. Esta instituição constitui-se em um centro de referência formadora e empregadora de médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais da saúde, para a cidade de São José do Rio Preto, SP., e demais regiões.

Atualmente, estão contratados na FUNFARME / FAMERP, com início em 1981, cerca de 28 psicólogos exercendo funções de assistência, ensino, pesquisa e gerenciamento, além de outros 12 aprimorandos, e 11, aperfeiçoandos e 12 residentes em psicologia da saúde e psicologia clínica da saúde. A instituição fornece ainda, cursos de formação e prática de estágios para alunos de graduação, pós graduação (Lato Sensu: especialização) e Stricto Sensu (Mestrado) em Psicologia.

Estudo de Lhullier e Roslindo (2013) refere que mais da metade (53%) dos psicólogos ocupados no Brasil, tem na Psicologia seu exercício exclusivo. Entre os cinco locais mais frequentes onde exercem suas atividades principais estão: Consultório particular (34%); Organizações privadas (12%); Hospital psiquiátrico (11%); Organizações públicas (11%); e Unidades do SUAS (8%). Segundo dados do IBGE (IBGE. PNAD, 2016) a categoria aqui em destaque atua prioritariamente nas atividades de educação, saúde e serviços sociais, pois quase 110 mil psicólogos ou 74,8% deles encontram-se ocupados nessa atividade. Em segundo lugar, com mais de 26 mil está a administração pública, que representa 18,0% do total.

Tais dados refletem os apontamentos feitos por Pereira e Neto (2003) em artigo ‘O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização’, na qual descreverem a trajetória da constituição da Psicologia e do psicólogo sob a luz da Sociologia das profissões referem que a Psicologia influenciada por fatores políticos e socioeconômicos teve um período de expressiva proliferação de faculdades, lançando no mercado um número crescente de profissionais, com certa degradação do valor desta mão de obra.

Neste sentido, o consultório particular apesar de ainda referência para esta área, “deixou de exercer o papel preeminente que tivera outrora. Novos espaços de atuação profissional começaram a se constituir” (Pereira e Neto, 2003, p. 21), conforme também apontados por Lhullier e Roslindo (2013) e verificados na casuística do presente estudo. Confirmando tais considerações, dados de recém-formados em Psicologia mencionados por Malvezzi, Souza e Zanelli (2010) indicam que é exigido destes cada vez mais uma inserção em tarefas especializadas, seja por cursos de pós-graduação ou ‘trajetória profissional’.

Na prática clínica constatou-se existir uma relação de parcela do exercício psicológico a área médica, com um início de mudança do conceito de clínica por parte dos novos

psicólogos (Souza, 2007). Entretanto, com relação à Psicologia Hospitalar, propriamente dita, estudos evidenciaram que a graduação ainda não prepara para as particularidades do trabalho em hospital geral (Torezan; Calheiros, Mandelli e Stumpf, 2013), vindo a requerer aprimoramentos para as demais áreas de interface do saber, em instituições especializadas como a FANFARME / FAMERP.

Segundo Resende (2014) diversos estudos que avaliam a formação em Psicologia têm apontado que esta está longe de ser adequada; que os estudantes demonstram insatisfação com seus cursos; que o curso não atende às necessidades da sociedade com ênfase na formação clínica-individual; que há uma falta de articulação da teoria com a prática; e que estudantes recebem as informações de forma passiva, não desenvolvendo assim uma capacidade crítica. Os dados revelam ainda que “os psicólogos reconhecem uma distância significativa entre as suas aprendizagens na graduação e as demandas do exercício profissional” (p. 268) e que há uma defasagem entre o que é necessário ao desenvolvimento da prática e o que é ensinado.

Estes motivos levam a uma formação precária, que se reflete em práticas muitas vezes inadequadas indicando, desta maneira a necessidade de uma graduação mais formativa do que informativa. Entretanto, “apesar dos problemas que cercam o exercício da profissão, as intenções de nela permanecer são elevadas e melhoraram bastante quando comparadas com os anos 1980” “... o psicólogo possui forte identificação com a sua ocupação, associada a um alto comprometimento com a profissão e com a sua área de atuação” (p.267).

Para a referida autora (2014) fundamentada em pesquisadores da área, a preocupação com a formação e atuação dos profissionais em Psicologia não é recente, datam de 1952. E, desde 2004, há uma lei de diretrizes e bases para a formação em Psicologia que prevê conhecimentos básicos a serem repassados aos graduandos desse curso, conhecimentos esses que são essenciais ao desenvolvimento desse profissional, como terapeuta, professor e

pesquisador. Conclui que há um grande desafio no que se refere à formação do psicólogo, tendo em vista que a acentuada expansão dos cursos não tem sido acompanhada de qualidade.

Na Tabela 4 estão descritos os resultados sobre supervisão referentes ao Questionário Pereira & Valerio (2016) respondido pelos participantes supervisores clínicos, supervisores saúde, supervisionandos saúde e supervisionandos clínicos.

**Tabela 4:** Resultados do Questionário Pereira & Valerio (2017).

Grupos Domínio	Supervisor Clínico		Supervisor Saúde		Supervisionando Saúde		Supervisionado Clínico	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Ética</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>
N = 1	2	0.38	5	0.95	6	1.14	0	0
R = 2	12	2.28	4	0.76	12	2.28	18	3.42
50=3	30	5.71	45	8.57	27	5.14	21	4.00
F = 4	84	16.00	88	16.76	96	18.28	104	19.80
S = 5	325	61.90	305	58.09	295	56.19	310	59.04
<b>Total</b>	<b>453</b>	<b>86.28</b>	<b>447</b>	<b>85.14</b>	<b>436</b>	<b>83.04</b>	<b>453</b>	<b>86.26</b>
<b>Média</b>	<b>30.20</b>		<b>29.8</b>		<b>29.06</b>		<b>30.2</b>	
<b>Ensino</b>	<b>975</b>	<b>100</b>	<b>975</b>	<b>100</b>	<b>975</b>	<b>100</b>	<b>975</b>	<b>100</b>
N = 1	9	0.92	10	1.02	9	0.92	7	0.71
R = 2	50	5.12	46	4.71	48	4.92	46	4.71
50%=3	108	11.07	84	8.61	96	9.84	129	12.92
F = 4	152	15.58	164	16.82	184	18.87	196	20.10
S = 5	430	39.79	465	47.69	400	41.02	355	36.41
<b>Total</b>	<b>749</b>	<b>76.82</b>	<b>769</b>	<b>78.85</b>	<b>737</b>	<b>75.58</b>	<b>733</b>	<b>75.17</b>
<b>Média</b>	<b>49,93</b>		<b>51,26</b>		<b>49,13</b>		<b>48,26</b>	
<b>Assistência</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>100</b>
N = 1	30	5.00	23	3.83	13	2.16	14	2.33
R = 2	34	5.66	24	4.00	44	7.33	38	6.33
50% = 3	30	5.00	72	12.00	72	12.00	81	135.00
F = 4	88	14.66	92	15.33	116	19.33	68	11.33
S = 5	190	31.66	190	31.66	115	19.16	180	30.00
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>62.00</b>	<b>401</b>	<b>66.83</b>	<b>360</b>	<b>59.98</b>	<b>381</b>	<b>63.50</b>
<b>Média</b>	<b>24.8</b>		<b>26.73</b>		<b>24.00</b>		<b>25.4</b>	
<b>Pesquisa</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	<b>600</b>	<b>100</b>
N = 1	5	0.83	10	1.66	4	0.66	4	0.66
R = 2	64	10.66	38	6.33	32	5.33	26	4.33
50% = 3	84	14.00	84	14.00	57	9.50	114	19.00
F = 4	76	12.66	96	16.00	88	14.66	56	9.33
S = 5	170	28.33	195	32.50	200	33.33	245	40.83
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>66.50</b>	<b>423</b>	<b>70.50</b>	<b>381</b>	<b>63.50</b>	<b>445</b>	<b>74.16</b>
<b>Média</b>	<b>26.6</b>		<b>28.2</b>		<b>25.40</b>		<b>29.66</b>	
<b>Gerenciamento</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>
N = 1	18	2.18	15	1.81	14	1.69	23	2.78
R = 2	36	4.36	50	6.06	50	6.06	36	4.36
50% = 3	84	10.18	96	11.63	102	12.36	78	9.45
S = 4	160	19.39	140	16.96	196	23.75	168	20.36
F = 5	220	26.66	290	35.15	200	24.24	275	33.33
<b>Total</b>	<b>518</b>	<b>62.78</b>	<b>591</b>	<b>71.63</b>	<b>562</b>	<b>68.10</b>	<b>580</b>	<b>70.28</b>
<b>Média</b>	<b>34.53</b>		<b>39.4</b>		<b>37.46</b>		<b>38.66</b>	

Os principais dados indicam que para o Domínio Ética, as maiores quantidades de respostas foram apresentadas pelo grupo supervisor clínico com pontuação de 453 (86,28%; média = 30.2), seguido pelo supervisor saúde com 447 (85,14%; média = 29.8),

supervisionando saúde com 436 (83,04%; média = 29.06), e por último o supervisionando clínico com 398 (75,80; média = 26.53) dos 525 pontos possíveis.

Com relação às questões respondidas para este domínio entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre, para as frases: 03, 04 e 05 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde), e 04, 06 e 07 (supervisionando clínico). Para os níveis N = nunca e R = raramente, o enunciado com quantidade expressiva de participantes foi o 01, apontado por todos os grupos (Quadro 1).

Os resultados indicam que parcela expressiva dos grupos supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde, refere que no processo de supervisão, o conceito da Ética deve ser desenvolvido entre supervisor e supervisionando; a Ética está pautada no respeito ao paciente; e o conceito e a prática da Ética necessitam ser mencionados e trabalhados. Para o supervisionando clínico, além da importância da Ética estar pautada no respeito ao paciente, também referem que os preceitos e a prática da Ética são claros para os supervisionandos e para os supervisores.

Quando questionados se o Código de Ética do Psicólogo traz informações sobre o processo de supervisão (Questão 1 do Quadro 1), parte significativa dos respondentes dos quatro grupos avaliados assinalou os níveis Nunca e Raramente, na Escala Likert, demonstrando não ter verificado tal tema no Código mencionado.

Quadro 1: Enunciados do Questionário Pereira & Valerio (2016), referentes ao Domínio Ética.

<b>ÉTICA</b>
1) O código de Ética Profissional do Psicólogo traz informações sobre o processo de supervisão?
2) No processo de supervisão a Ética Profissional é discutida entre supervisor e supervisionando?
3) No processo de supervisão o conceito da Ética deve ser desenvolvido entre supervisor e supervisionando?
4) No processo de supervisão a Ética está pautada no respeito ao paciente?
5) No processo de supervisão o conceito e a prática da Ética necessitam ser mencionados e trabalhados?
6) No processo de supervisão os preceitos e a prática da Ética são claros para os supervisionandos?
7) No processo de supervisão os preceitos e a prática da Ética são claros para os <i>supervisores</i> ?

Para o Domínio Ensino os resultados indicam que o grupo de supervisor saúde foi o que atingiu a maior pontuação com 769 (78,85%; média = 51.26), seguido pelo supervisor clínico com 749 (76,82%; média = 49.93), supervisionando saúde com 737 (75,58%; média = 49.13), e supervisionando clínico com 733 (75,17%; média = 48.86), em 975 pontos possíveis,

Com relação às questões respondidas para este Domínio entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 18 e 20 (supervisor clínico), 10, 15 e 18 (supervisor saúde), 09, 11 e 12 (supervisionando saúde), e 10, 18 e 20 (supervisionando clínico). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados

com maior quantidade de participantes foram: 08 e 19 (supervisor clínico e supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico), 17 (supervisor saúde e supervisionando saúde), 11 e 16 (supervisionando saúde) (Quadro 2).

Parte expressiva dos supervisores saúde e supervisionando saúde, refere que a supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades, tanto do paciente quanto do supervisor; e que o supervisionando pode questionar as habilidades do seu supervisor. Enquanto que para os supervisor e supervisionando clínico, o processo de supervisão é focado para o desenvolvimento das habilidades e competências profissional do supervisionando, e se uma instituição de ensino produz mais sobre o tema (supervisão), poderá melhorar a qualidade deste processo. Especificamente, parcela do supervisionando clínico, refere que a supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do supervisionando.

Parcela dos integrantes dos quatro grupos assinalaram que no processo de supervisão, Nunca ou Raramente: a) podem ser discutidas questões pessoais do supervisor e do supervisionando; b) há nas instituições de ensino, disciplinas que abordam o processo supervisão. Enquanto que supervisor e supervisionando saúde mencionam que na literatura, Nunca ou Raramente: a) há dados suficientes que fundamentam o exercício prático do supervisor. Mais especificamente os supervisionandos da saúde referem que a supervisão Nunca ou Raramente: a) deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do supervisor; b) que na literatura, há dados suficientes que fundamentam o exercício prático do supervisionando.

Quadro 2: Enunciados do Questionário Pereira & Valerio (2016), referentes ao Domínio Ensino.

<b>ENSINO/APRENDIZAGEM</b>
8) No processo de supervisão podem ser discutidas questões pessoais do supervisor e do supervisionando?
9) A supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do paciente?
10) A supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do supervisionando?
11) A supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do supervisor?
12) O supervisionando pode questionar as habilidades do supervisor?
13) O supervisor pode questionar as habilidades do supervisionando?
14) No processo de supervisão, o supervisor esclarece sobre esse tema (supervisão)?
15) No processo de supervisão, além das questões problemas do paciente, devem ser discutidas fundamentações teóricas sobre o tema?
16) Na literatura, há dados suficientes que fundamentam o exercício prático do supervisionando?
17) Na literatura, há dados suficientes que fundamentam o exercício prático do supervisor?
18) Se uma instituição de ensino produz mais sobre o tema ( <b>supervisão</b> ), poderá melhorar a qualidade deste processo?
19) Há nas instituições de ensino, disciplinas que abordam o processo supervisão?
20) O processo de supervisão é focado para o desenvolvimento das habilidades e competências profissional do supervisionando?

Para o Domínio Assistência, os dados indicam que o grupo de supervisor saúde atingiu 401 pontos (66,83%; média = 26.73), seguido pelos supervisionando saúde com 399 (66,50%;

média = 26.6), supervisionado clínico com 381 (63,50%; média = 25.4), e supervisor clínico com 372 (62%; média = 24.8) dos 600 pontos possíveis.

Com relação às questões respondidas para este Domínio entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 22 e 28 (supervisor clínico), 21, 22 e 28 (supervisor saúde), e 21 e 22 (supervisionando saúde e supervisionando clínico). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 24, 25 e 26 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde), e 27 (supervisionados saúde e clínico) (Quadro 3).

Os dados demonstram que para parcela dos integrantes dos quatro grupos, o processo de supervisão, frequentemente ou sempre, se refere a benefícios para a população atendida. Nesta mesma linha de raciocínio, porém de forma mais abrangente, supervisor saúde e supervisor clínico entendem que a supervisão é focada para o atendimento e resolução das dificuldades/problemas do consulente. Enquanto que, para os grupos supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico, se supervisores e supervisionandos discutirem mais sobre supervisão, poderão ajudar no auxílio à população.

Parte dos integrantes dos grupos supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde refere que Nunca ou Raramente, os conteúdos e assuntos do processo de supervisão são discutidos ou devem ser questionados (compartilhados) com os pacientes de atendimentos individuais e de grupos. Enquanto que os grupos dos supervisionandos (saúde e clínico) entendem que os modelos de supervisão oferecidos aos supervisionandos, para os casos atendidos no sistema público, nunca ou raramente são iguais as dos casos atendidos nos serviços particulares.

Quadro 3: Enunciados do Questionário Pereira & Valerio (2016), referentes ao Domínio Assistência.

<b>ASSISTÊNCIA/PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>
21) Se supervisor e supervisionando discutirem mais sobre supervisão, poderá ajudar no auxílio à população?
22) O processo de supervisão se refere a benefícios para a população atendida?
23) O modelo de supervisão oferecido para os casos individuais é semelhante ao oferecido para os casos de grupos?
24) Conteúdos do processo de supervisão são discutidos (compartilhados) com os pacientes de atendimentos individuais?
25) Conteúdos do processo de supervisão são discutidos (compartilhados) com os pacientes de atendimentos de grupo?
26) O processo de supervisão é assunto que deve ser questionado com paciente de atendimento individual, e com pacientes atendidos em grupos?
27) Os modelos de supervisão oferecidos aos supervisionandos, para os casos atendidos no sistema público são iguais as dos casos atendidos nos serviços particulares?
28) A supervisão é focada para o atendimento e resolução das dificuldades/problemas do consulente?

Para o Domínio Pesquisa, os resultados indicam que o grupo com maior pontuação foi o de supervisionando clínico com 430 (71,66%; média = 28.66), seguido pelo grupos supervisor saúde com 423 (70,50%; media = 28.2), supervisor clínico com 399 (66,50%; média = 26.6), e supevisionando saúde com 367 (61,16%; média = 24.6) dos 600 pontos possíveis.

Com relação às questões respondidas para este Domínio entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 29 e 31

(supervisores clínico), e 29, 31, 35 (supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 30 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando clínico), 32 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde), 33 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde), e 34 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde) (Quadro 4).

Integrantes dos quatros grupos indicam que frequentemente ou sempre os dados obtidos nas pesquisas podem e ajudam a aprimorar o processo de supervisão. Integrantes dos grupos supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico, referem que a pesquisa deve ser um dos pilares no processo de supervisão para a boa prática dos atendimentos prestados.

Integrantes dos grupos de supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde, mencionam que Nunca ou Raramente há: a) abrangência de literatura, no meio acadêmico em geral, sobre o tema supervisão; b) abrangência de profissionais na área de psicologia para pesquisar mais sobre supervisão; ou c) interesse do supervisor e supervisionando em pesquisar e publicar sobre o tema. Para supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando clínico, o material sobre supervisão já pesquisado, encontrado na bibliografia nunca ou raramente é abrangente e suficiente.

Quadro 4: Enunciados do Questionário Pereira & Valerio (2016), referentes ao Domínio Pesquisa.

<b>PESQUISA</b>
29) Os dados obtidos nas pesquisas podem ajudar no processo de supervisão?
30) O material sobre supervisão já pesquisado, encontrado na bibliografia é abrangente e suficiente?

31) Os dados de pesquisas ajudam a aprimorar a supervisão?
32) Há abrangência de literatura, no meio acadêmico em geral, sobre o tema supervisão?
33) Há abrangência de profissionais na área de Psicologia para pesquisar mais sobre supervisão?
34) Há um interesse do supervisor e supervisionando em pesquisar e publicar sobre o tema supervisão?
35) A pesquisa deve ser um dos pilares no processo de supervisão para a boa prática dos atendimentos prestados?
36) O processo de supervisão é focado para o desenvolvimento de habilidades e competências do supervisionando para a pesquisa?

Referente ao Domínio Gerenciamento, do total de 825 pontos possíveis o grupo supervisor saúde atingiu 591 pontos (71,63%; média = 39.04), seguido pelos supervisionando saúde com 560 (67,87%; média = 37.33), supervisionado clínico com 558 (67,63%; média = 37.2), e supervisor clínico com 518 (62,78%; média = 34.53).

Com relação às questões respondidas para este Domínio entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 38, 41 e 45 (supervisor clínico), 42 e 45 (supervisor saúde), 42 (supervisionando saúde), e 41, 42 e 45 (supervisionando clínico). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 40 e 44 (supervisor clínico, supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico), e 46 (supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando clínico) (Quadro 5).

Para parcela expressiva dos avaliados nos grupos supervisor saúde, supervisionando clínico e supervisionado saúde, frequentemente ou sempre, o processo de supervisão envolve

e facilita habilidades e competências do supervisionando para o gerenciamento de sua auto organização, formação e de suas práticas. Enquanto que para os integrantes dos grupos supervisor saúde, supervisor clínico e supervisionando clínico, o processo de supervisão deve seguir uma abordagem teórica de fundamentação, especificamente para os integrantes da área clínica (supervisor clínico e supervisionando clínico), assim como nos atendimentos psicoterapêuticos, na supervisão deve haver tempos mínimo e máximo determinados para ocorrência do processo.

Para parcela significativa dos avaliados em todos os grupos, Nunca ou Raramente: a) a supervisão deve ser entendida como processo que discute sobre resolução de problemas do supervisor; b) atualmente, há um modelo de supervisão específico na Psicologia. Enquanto que para os grupos supervisor saúde, supervisionando clínico e supervisor clínico, nunca ou raramente, o processo de supervisão pode reunir várias fundamentações teóricas.

Quadro 5: Enunciados do Questionário Pereira & Valerio (2016), referentes ao Domínio Gerenciamento.

<b>GERENCIAMENTO</b>
37) A supervisão serve para o supervisor e supervisionando administrarem o tempo e os afazeres do dia a dia?
38) A supervisão pode ser discutida entre supervisor e supervisionando para administrarem melhor o tempo e a produtividade de ambos?
39) A supervisão deve ser entendida como processo que discute sobre resolução de problemas do supervisionando?
40) A supervisão deve ser entendida como processo que discute sobre resolução de problemas do supervisor?
41) Assim como nos atendimentos psicoterapêuticos, na supervisão deve haver tempos mínimo e máximo determinados?

42) O processo de supervisão envolve e facilita habilidades e competências do supervisionando para o gerenciamento de sua auto organização, formação e de suas práticas?
43) Nos dias atuais o modelo de supervisão existente é o mais adequado?
44) Atualmente, há um modelo de supervisão específico na Psicologia?
45) O Processo de supervisão deve seguir uma abordagem teórica de fundamentação específica?
46) O Processo de supervisão pode reunir várias fundamentações teóricas?
47) O processo de supervisão é focado para o desenvolvimento de habilidades e competências para o gerenciamento das atividades diária do psicólogo?

Análise comparativa entre os quatro grupos, envolvendo o domínio Ética indicam que não houve diferença significativa entre supervisor clínico (86,28%; média = 30.2), supervisionando clínico (86,26%; média = 30.2); supervisor saúde (85,14%; média = 29.8); e supervisionando saúde (83,04%; média 29.06). Todas as porcentagens atingidas estiveram entre os níveis F = frequentemente e S = sempre, na Escala Likert. Entretanto, os grupos supervisor clínico e supervisionando clínico valorizaram ligeiramente mais do que os supervisor saúde e supervisionando saúde, este domínio.

Para o domínio Ensino, quando comparados, supervisor clínico está ligeiramente maior em porcentagens e médias (76,82%, média = 49.93) do que supervisionando clínico (75,17%, média = 48.86); supervisor saúde (78,85%, média = 51.26) também está maior que supervisionando saúde (75,58%, média = 49.13). Com relação aos grupos de supervisores, os de saúde estão ligeiramente acima do supervisor clínico; entre os supervisionados não se verifica diferença significativa, sendo um pouco maior para os de saúde. No geral, as médias de respostas por participantes não apresentam diferenças importantes entre os grupos

avaliados, entretanto, a maior foi para supervisor saúde (51.26) e a menor para supervisionando clínico (48.86).

No domínio Assistência, o grupo supervisor saúde teve a maior porcentagem (66.83%) e médias de respostas de participantes (26.73), seguido pelo grupo de supervisionando saúde (66.50% e média de 26.6); a menor porcentagem e médias foram para supervisor clínico (62%, média = 24.8). No geral, a área da saúde (supervisores e supervisionandos) teve as maiores porcentagens e médias de respostas do que a área clínica. Entre os supervisores, os da saúde tiveram maior desempenho que os da clínica; e entre os supervisionandos, os da saúde também tiveram melhor desempenho quando comparados aos da clínica (63,50%, média = 25.4).

Com relação ao domínio Pesquisa, as maiores porcentagens e médias foram verificadas para supervisionando clínico (74,16%, média = 29.66%), seguidas pelo grupo de supervisor saúde (70.50%, média = 28.2). Supervisionando saúde, teve as menores pontuações (63,50%, média = 25.40). Quando comparados os grupos de supervisores, o maior desempenho foi para o grupo da saúde, e quando comparados os supervisionandos, o grupo de clínica foi significativamente maior que o grupo de saúde.

Para o domínio Gerenciamento, as maiores porcentagem e médias foram verificadas para os grupos da área da saúde (supervisores = 71,63%, média = 39.4; supervisionandos = 68,10%, média = 37.46). Supervisor clínico teve a menor porcentagem e menor média de respostas por participantes (62,78%, média = 34.53) comparados a todos os demais grupos. Entre os supervisionandos não houve diferenças significativas (saúde = 68,10%, média = 37.46; clínica = 67,63%, média 37.2), entretanto, entre os supervisores verifica-se uma diferença significativa com maior desempenho para os da saúde.

Análises dos dados intra grupos, em relação aos Domínios demonstram que para Supervisor Clínico, a maior quantidade de porcentagens foi verificada no domínio Ética (86,28%), seguido pelos domínios Ensino (76,82%) e Pesquisa (66,50%), sendo os menores desempenhos para dos domínios Assistência (62%) e Gerenciamento (62,78%). Para Supervisor Saúde também a Ética foi o domínio com maior porcentagem (85,14%), seguido pelos domínios Ensino (77,84%), Gerenciamento (71,63%), Pesquisa (70,50%) e por último, com menores pontuações a Assistência (66,83%). Para o grupo Supervisionando Saúde o domínio Ética obteve 83,04%, seguida por Ensino (75,58%), Gerenciamento (67,87%), Assistência (66,50%), e com menores porcentagens, o domínio Pesquisa (61,16%). Enquanto que para o grupo Supervisionando Clínico o domínio Ética computou (77,80%), seguido pelo Ensino (75,17%), Pesquisa (71,66%), Gerenciamento (67,63%) e Assistência (63,50%)

Portanto, os dados demonstram que os domínios Ética e Ensino predominam com maiores porcentagens entre todos o grupos, enquanto que os domínios Assistência, Gerenciamento e Pesquisa variaram entre os grupos com os menores desempenhos. Ainda que Assistência, Gerenciamento e Pesquisa, tiveram as menores pontuações, os respondentes, em média as indicaram de acordo com a Escala Likert, frequentemente, demonstrando altas pontuações em todos os domínios. Dados da literatura sobre o tema podem contribuir para ao compreensão destes resultados encontrados no presente estudo.

Segundo Fernandes, Myiazaki e Silvares (2015), “a supervisão é uma atividade complexa, que ocorre em diversos contextos; possui várias definições, funções e modelos, sendo seu cerne uma troca interpessoal, que pode ser definida como a provisão de monitoria, orientação e *feedback* nas questões do desenvolvimento educacional, profissional e pessoal” (p. 88).

Para Sei e Paiva (2011), a supervisão é o espaço na qual poderá ser elaborado pelo estagiário aquilo que foi vivenciado e sentido no atendimento, ao compartilhar com os colegas e o supervisor seu aprendizado. Ressaltam que a supervisão, especialmente no campo da Psicologia clínica, se apresenta como um processo em que um profissional mais experiente, em termos de formação e de vivências, salvaguarda a qualidade do atendimento e a segurança da pessoa que está sendo atendida por seu supervisionando.

Entretanto, para Oliveira-Monteiro, Herzberg, Oliveira e Silvares (2014), desafios éticos estão presentes na supervisão, já que o supervisionando possui vulnerabilidades próprias de um não saber, que devem ser comunicadas na supervisão; ao mesmo tempo que será avaliado por sua atuação, com exigência de padrões de qualidade. Neste sentido, reconhecer e respeitar o poder diferencial e a relação hierárquica entre supervisor e supervisionando é fundamental para a dimensão ética da supervisão na formação do psicólogo. Salientam que as dimensões éticas não se restringem à legislação e códigos de ética; a noção de ética está pautada essencialmente no respeito ao ser humano, devendo-se atentar para a percepção dos conflitos existentes e para a preservação da autonomia dos indivíduos.

Nesta mesma linha de raciocínio, Roth e Pilling (2008) relatam que a supervisão é um elemento essencial para a adequada atuação. Nesse momento o supervisionando pode relacionar a teoria com a prática, além de adequar o fazer profissional à demanda social existente. Porém, a forma como esta é realizada varia de acordo com diferentes contextos, culturas e teorias. Os autores referem ainda que a supervisão é um momento contratual, colaborativa e de relação formal entre o supervisor e o supervisionando. Tem como objetivo desenvolver ensino e aprendizagem da prática em um contexto específico, cabendo ao supervisionando um relato honesto de seu trabalho, e ao supervisor, orientação para facilitar

competências e habilidades terapêuticas do supervisionando em conformidade com a ética e compromisso com a profissão.

Barletta, Fonseca e Delabrida (2012) apontam que algumas instituições americanas e europeias têm sugerido competências necessárias para que o profissional possa ser reconhecido como psicoterapeuta, entre as quais se destacam: habilidades interpessoais, conhecimento teórico e prático, assim como profissionalismo e ética.

Mais especificamente com relação ao ensino, Sousa e Padovani (2015) baseados em estudiosos da área, referem que o supervisor tem maior domínio das teorias, pesquisas e da clínica, mas é o aluno que presta o atendimento e que tem mais condições de oferecer dados para o entendimento do caso. Quando este participa da conceitualização, tende a refletir de forma mais crítica sobre a descrição e explicação dos problemas do paciente, ficando mais propenso a identificar e corrigir possíveis falhas – o que contribui para o desenvolvimento do processo de aprendizagem reflexiva.

Ainda para estes autores, no decorrer da supervisão, faz-se necessário deixar claro que a adequação de uma técnica está relacionada a uma compreensão da relação entre crenças, emoções, comportamentos, fisiologia, ambiente e problemas apresentados pelo consultente. É preciso estar atento à arte de ensinar a conceitualizar de forma colaborativa. Entretanto, limitações de tempo, frágil domínio de modelos fundamentadores pelos estudantes e tendência à escuta ao longo da vida escolar dificultam a atividade conjunta entre supervisores e supervisionandos (Sousa & Padovani, 2015).

Contemplando as considerações anteriores, Sei e Paiva (2015) referem que o supervisor tem como função lidar com dificuldades diversas, dentre elas, a densidade dos casos que recorrem ao atendimento, com questões emocionais, além de problemas de ordem social a serem manejados. Assim para estes autores, a supervisão é o momento de

aprendizado, que permite articulação entre a teoria estudada e a prática vivenciada. Nela avalia-se o trabalho desenvolvido pelo supervisionando, processo que pode suscitar angústias, sendo importante o manejo feito pelo supervisor. Para tanto, o supervisor deve ser um profissional com sólida formação e capaz de trabalhar sentimentos e relações dos supervisionandos, além de gerenciar e oferecer recursos necessários para o desenvolvimento dos mesmos.

Segundo Barreto e Barletta (2010), o processo de supervisão também tem algumas peculiaridades. Um ponto importante está nas relações, extremamente próximas, estabelecidas entre supervisor e supervisionando nas quais cada um expõe suas vulnerabilidades e potencialidades. Além de outros fatores, como o próprio grupo de integrantes que interfere nas relações estabelecida por todos.

Para Monteiro e Nunes (2008), existem três aspectos que podem influenciar as relações e o processo de supervisão: 1) supervisor quem escolhe o supervisionando, ou supervisionando quem escolhe o supervisor; 2) a clientela atendida, uma vez que o tipo da demanda pode proporcionar maior ou menor emissão de potencialidades ou de dificuldades do supervisionando; e 3) diferentes níveis institucionais, como, por exemplo, a estrutura oferecida no serviço-escola de Psicologia, os recursos físicos e humanos, e as regras estabelecidas.

Com finalidade de formular um quadro de competências gerais para as mais diversas supervisões em Psicoterapia, Roth e Pilling (2008), realizaram uma pesquisa na qual as competências foram agrupadas em quatro domínios, de forma que pudessem refletir a maneira como os clínicos as utilizam. Esse quadro de competências também serve para orientar supervisores de todos os modelos teóricos sobre quais habilidades a supervisão deve promover.

O primeiro domínio, ‘competências genéricas da supervisão’ é composto por 11 itens que a supervisão deve ser capaz de promover como: 1) utilizar princípios educacionais que promovam aprendizagem, 2) permitir prática de forma ética, 3) levar em conta o contexto organizacional de supervisão, 4) estruturar sessões de supervisão, 5) formar e manter uma aliança de supervisão, 6) ajudar o supervisionando com informações atuais e científicas sobre o trabalho clínico, 7) ajudar o supervisionando a desenvolver competências para trabalhar com a diferença, 8) usar variedade de métodos a fim de oferecer *feedback* preciso e construtivo sobre a atuação, 9) ajudar o supervisionando a refletir sobre sua atuação e sobre a supervisão, 10) ajudar supervisor e supervisionando a refletir e agir sobre limitações e barreiras apresentadas, e 11) avaliar o nível de competência do supervisionando.

O segundo domínio, ‘competências específicas da supervisão’ é composto por quatro itens: 1) capacidade de ajudar o supervisionando a desenvolver habilidades clínicas específicas para a prática psicoterápica, 2) capacidade de incorporar a observação direta em supervisão, 3) capacidade para o exercício da supervisão em formato de grupo, e 4) capacidade de aplicação de normas.

O terceiro domínio, ‘aplicação da supervisão para modelos e contextos específicos’, composto por seis itens, aponta que a supervisão deve seguir os modelos específicos de cada abordagem teórica, além de dar conta de todos os casos apresentados. E, o quarto domínio, denominado de ‘metacompetências’ propõe que a supervisão deve ser capaz de avaliar clinicamente as intervenções e os modelos de tratamento quando utilizados; adaptar as intervenções em resposta ao *feedback* de cada cliente, assim como utilizar o humor no processo supervisionado. Este último domínio tem por objetivo fazer adaptações necessárias para aumentar a capacidade de aprendizado e de apreensão do supervisionando.

Segundo Barreto e Barletta (2010), a supervisão da prática clínica psicológica é considerada uma etapa fundamental para a formação e treino do futuro profissional. Nesse sentido, a supervisão é um processo de ensino e de aprendizagem que representa a aquisição das habilidades terapêuticas. Tem como objetivos: facilitar, desenvolver habilidades específicas e mudanças no comportamento da postura do aluno, fortalecer o embasamento teórico e a conduta ética, assim como, desenvolver o raciocínio e manejo do processo clínico.

Na Tabela 5 são apresentados resultados referentes ao Questionário de Oliveira et al. (2014), adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997) sobre os fatores relacionados à supervisão. Os principais dados indicam que para a somatória geral dos fatores, o grupo dos supervisores clínicos obteve a maior porcentagem de respostas (62,61%) e média por participante (87.66), seguido pelo grupo dos supervisionandos saúde (62,28%, média de 87.2), supervisor saúde (61,52%, média de 86.13), e supervisionandos clínicos (60,52%, média de 84.73).

**Tabela 5:** Resultados dos Questionários de Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997)

Grupos Fator	Supervisor Clínico		Supervisor Saúde		Supervisionando Saúde		Supervisionado Clínico	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Empatia</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	23	3,46	33	4,40	44	5,86	43	5,73
R = 2	50	6,66	46	6,13	36	4,80	34	4,53
50% = 3	24	3,20	27	3,60	21	2,80	27	3,60
F = 4	104	13,66	136	18,13	72	9,80	96	12,80
S = 5	245	32,66	255	34,00	285	38,00	280	37,33
<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>59,86</b>	<b>497</b>	<b>66,66</b>	<b>458</b>	<b>61,06</b>	<b>480</b>	<b>64,00</b>
<b>Média</b>	<b>29,93</b>		<b>33,13</b>		<b>30,53</b>		<b>32,00</b>	
<b>Aprendizado</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	23	3,06	23	3,06	27	3,60	52	6,93
R = 2	42	5,60	38	5,06	30	4,00	8	1,06
50% = 3	26	3,60	51	6,80	87	11,60	48	6,40
F = 4	168	22,04	168	22,40	104	13,00	148	19,73
S = 5	275	36,66	190	25,33	265	35,33	275	36,66
<b>Total</b>	<b>535</b>	<b>71,33</b>	<b>470</b>	<b>62,66</b>	<b>513</b>	<b>68,40</b>	<b>531</b>	<b>70,80</b>
<b>Média</b>	<b>35,66</b>		<b>31,33</b>		<b>34,20</b>		<b>35,40</b>	
<b>Compreensão</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>
N = 1	30	5,71	32	6,09	30	5,71	43	8,19
R = 2	40	7,61	56	10,66	50	9,52	58	7,73
50% = 3	36	6,85	63	12,00	66	12,57	30	4,00
F = 4	48	9,14	36	6,85	64	12,76	44	5,86
S = 5	85	16,19	85	16,19	90	17,14	45	6,00
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>45,52</b>	<b>272</b>	<b>51,80</b>	<b>300</b>	<b>57,14</b>	<b>220</b>	<b>29,00</b>
<b>Média</b>	<b>15,93</b>		<b>18,13</b>		<b>20,00</b>		<b>14,66</b>	
<b>Total</b>	<b>2100</b>	<b>100</b>	<b>2100</b>	<b>100</b>	<b>2100</b>	<b>100</b>	<b>2100</b>	<b>100</b>
N = 1	81	3,80	89	4,23	102	4,85	115	5,47
R = 2	134	6,80	144	6,85	116	5,52	106	5,04
50 = 3	99	4,71	147	7,00	201	9,57	111	5,28
F = 4	392	18,66	372	17,71	224	10,66	324	15,42
S = 5	610	29,04	540	25,71	665	31,66	615	29,28
<b>Total</b>	<b>1.317</b>	<b>62,61</b>	<b>1.292</b>	<b>61,52</b>	<b>1.308</b>	<b>62,28</b>	<b>1.271</b>	<b>60,52</b>
<b>Média</b>	<b>87,77</b>		<b>86,13</b>		<b>87,20</b>		<b>84,73</b>	

Com relação às questões respondidas para a somatória entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 01, 02, 03, 04, 05, 07, 09, 13, 16, 18 e 27 (supervisor clínico), 01, 02, 04, 05, 09, 16, 18, 27

(supervisor saúde), 01, 02, 03, 04, 07, 16, 27 (supervisionando saúde), e 01, 02, 03, 04, 05, 07, 13, 27 (supervisionando clínico). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 10, 11, 19, 25 (supervisor clínico), 11, 19, 20, 24, 25 (supervisor saúde), 11, 19, 20, 24, 25 (supervisionando saúde), e 11, 20, 22, 24, 25 (supervisionando clínico).

Para o fator Empatia os dados indicam que o grupo supervisores saúde atingiu o maior percentual de respostas (66,26%) e média por participante de 33.13, seguido pelo grupo supervisionado clínico (64%, média de 32.0), supervisionando saúde (61,06%, média de 30.53), e por último o grupo supervisor clínico (59,86%, média de 29.93).

Com relação às questões respondidas para o fator Empatia entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 02, 03, 04, 05, 07 (supervisor clínico e supervisionando clínico, respectivamente), 02, 03, 04, 05 (supervisor saúde), e 02, 03, 04 (supervisionando saúde). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 19, 20 (supervisor clínico e supervisor saúde, respectivamente), 19, 20, 22 (supervisionando saúde), e 6, 19, 20 e 22 (supervisionando clínico) (Quadro 6).

Participantes de todos os grupos avaliados referiram que frequentemente ou sempre, o supervisor ajusta seus conhecimentos para o nível de treinamento e experiência de seus alunos; é um bom modelo e respeita aos seus alunos/supervisionandos. Para os grupos supervisor clínico, supervisor saúde e supervisionando saúde, os supervisores aceitam os erros que os alunos/ supervisionandos cometem. Supervisor clínico e supervisionando clínico entendem que o supervisor compreende seus alunos/supervisionandos.

Para parte dos integrantes de todos os grupos, nunca ou raramente, o supervisor sentiu-se invadindo a vida pessoal de seus alunos/supervisionandos ou alguma vez percebeu alunos/ supervisionandos envergonhados ou humilhados pelos seus comentários. Supervisionandos clínico e de saúde, manifestaram que nunca ou raramente sentiram que o papel de supervisor era ‘só trabalho’ e deixaram pouco espaço para trocas mais informais; e parcela dos supervisionando clínico nunca ou raramente sente que o supervisor é criticado pelos alunos/supervisionandos.

Quadro 6: Enunciados do Questionário Nigam, Cameron e Leverette (1997) , referentes ao Fator Empatia.

<b>Fator Empatia</b>
2. Você ajusta seus conhecimentos para o nível de treinamento e experiência de seus alunos?
3. Você é um bom modelo aos seus alunos/supervisionando?
4. Você respeita seus alunos/supervisionandos?
5. Aceita os erros que os alunos/supervisionandos cometem?
6. Você se sente criticado pelos alunos/supervisionandos?
7. Compreende seus alunos/supervisionandos?
19. Com que frequência você se sentiu invadindo a vida pessoal de seus alunos/supervisionandos?
20. Alguma vez você percebeu alunos/supervisionandos envergonhados ou humilhados pelos seus comentários?
22. Com que frequência sentiu que seu papel de supervisor era “só trabalho” e deixou pouco espaço para trocas mais informais?
26. Você se acha fundamentalmente crítico de seu trabalho?

Com relação ao fator Aprimoramento do Aprendizado, o grupo supervisor clínico atingiu o maior percentual com 71,33% e média de respostas por participante de 35.66. O grupo supervisionando clínico atingiu 70,8% (média de 35.4); supervisionando saúde (68,4%, média de 34.2) e supervisor saúde (62,66%, média de 31.33).

Com relação às questões respondidas para o fator Aprimoramento do Aprendizado entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 01, 13, 16, 18, 27 (supervisor clínico), 01, 16, 18 (supervisor saúde), e 01, 16, 27 (supervisionando saúde e supervisionando clínico, respectivamente). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 10 e 25 (supervisor clínico, supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico, respectivamente) (Quadro 7).

Apoiar o desejo de aprender dos alunos supervisionandos, pelos supervisores; e sentir que ensinaram ou aprenderam algo em aula ou supervisão foram referidos frequentemente ou sempre, pelos quatro grupos de avaliados. Sentir confiança nas habilidades como psicoterapeuta foi manifestada por integrantes dos grupos supervisor clínico, supervisionando clínico e supervisionando saúde. Supervisores clínico e de saúde frequentemente ou sempre referiram liberdade para deixarem alunos/ supervisionandos expressarem uma opinião diferente do supervisor.

Parte dos integrantes de todos os grupos referem que nunca ou raramente os supervisores obrigam ou os alunos/supervisionandos se sentem obrigados a concordarem com as ideias, pensamentos e orientações didáticas e/ou de supervisão.

Quadro 7: Enunciados do Questionário Nigam, Cameron e Leverette (1997), referentes ao Fator Aprimoramento do Aprendizado.

<b>Fator Aprimoramento do Aprendizado</b>
1.Você apoia o desejo de aprender dos alunos supervisionandos?
8. Com que frequência impõe a seus alunos/supervisionandos suas próprias ideias ou “prescrição psicoterapêutica”?
10. Obriga alunos/supervisionandos a concordarem com suas ideias, pensamentos e orientações didáticas e/ou de supervisão?
12. Dá exemplos acerca de seus próprios pacientes para ajudar a lidar com os dilemas dos seus alunos/supervisionandos?
13. Encoraja a exploração de aspectos contratransferenciais (aspectos pessoais mobilizados pela interação com o paciente que possam interferir no processo psicoterapêutico)?
16. Com que frequência você sente que ensinou algo em aula ou supervisão?
17. Com que frequência você prepara aula ou supervisão verbalmente ou por escrito?
18. Quão livre você deixa seus alunos/supervisionandos para expressarem uma opinião diferente da sua?
25. Alguma vez você se percebeu não dizendo o que realmente acontecia na terapia (atendimento) dos seus pacientes?
27. Você sente confiança nas suas habilidades como psicoterapeuta?

No fator Compreensão, os resultados demonstram que o grupo supervisionando saúde, foi o que obteve a maior porcentagem com 57,14% e média por participante de 20.0, seguido pelo grupo supervisor saúde (51,08%, média de 18.13), supervisor clínico (45,52%, média de 15.93), e por último, o supervisionando clínico (29%, média de 14.66).

Com relação às questões respondidas para o fator Compreensão entre os quatro grupos avaliados, os dados demonstram que a maior parcela dos respondentes assinalou na Escala

Likert de cinco pontos as alternativas F = frequentemente e S = sempre para as frases: 09 (supervisor clínico e supervisor saúde e supervisionando clínico, respectivamente), 09 e 21 (supervisionando saúde). Para os níveis N = nunca e R = raramente, os enunciados com maior quantidade de participantes foram: 11, 23 e 24 (supervisor clínico e supervisor saúde, respectivamente), 11, 15 e 24 (supervisionando saúde), e 11, 15, 21, e 24 (supervisionando clínico) (Quadro 8).

Parte dos integrantes dos grupos supervisor clínico, supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico refere frequentemente e sempre disponibilidade do supervisor para esclarecer dúvidas para auxiliar ocorrências de crises com pacientes de seus alunos. Supervisionandos saúde indicam que o supervisor ajuda seus alunos em seus dilemas dizendo algo do tipo ‘o que eu faria nesta situação é isto...’

Parcela significativa dos integrantes de todos os grupos refere que os supervisores nunca ou raramente aborreceram-se com os supervisionandos por não o apoiarem emocionalmente ou às suas ideias; ou alguma vez se acharam na posição de ter de ‘fincar o pé’ contra seu aluno/supervisionando. Supervisionando clínico e supervisionando saúde, referem nunca ou raramente se lembrarem que a supervisão de um paciente não trouxe nenhuma informação nova por mais de três ou quatro semanas. Supervisores clínicos e supervisores saúde manifestaram nunca ou raramente a experiência, como professor ou supervisor, de ter uma ideia pré-estabelecida de que as coisas deveriam ser feitas apenas da sua maneira.

Quadro 8: Enunciados do Questionário Nigam, Cameron e Leverette (1997), referentes ao Fator Compreensão.

<b>Fator Compreensão</b>
9. Está disponível para esclarecer dúvidas de alunos para auxiliar ocorrências de crises com pacientes de seus supervisionandos?
11. Aborrece-se com os supervisionandos por não o apoiarem emocionalmente ou às suas ideias?
14. Você se lembra, em aulas ou supervisões, de situações em que o tratamento de um paciente não progrediu por mais de 3-4 semanas?
15. Com que frequência você lembra que a supervisão de um paciente não trouxe nenhuma informação nova por mais de 3 ou 4 semanas?
21. Você ajuda seus alunos/supervisionandos em seus dilemas dizendo algo do tipo “o que eu faria nesta situação é isto...”?
23. Com que frequência você teve a experiência, como professor ou supervisor, que tinha uma ideia pré-estabelecida de que as coisas devem ser feitas apenas da sua maneira?
24. Alguma vez você se achou na posição de ter de “fincar o pé” contra seu aluno/supervisionando?

Análise comparativa entre os quatro grupos, envolvendo o Fator Empatia demonstrou que o grupo supervisor saúde foi o que teve o melhor desempenho (66,26%, média = 33.13), enquanto que o supervisor clínico obteve os menores (59,86%, média = 29.93). Entre os supervisores, os da saúde foram melhores, enquanto que entre os supervisionandos, os clínicos (64%, média = 32) tiveram melhores desempenhos que os da saúde (61,06%, média, 30.53%).

Com relação ao Fator Aprimoramento do Aprendizado, os dados demonstram que o grupo de supervisores clínicos alcançou o maior desempenho (71,33%, média = 35.66), enquanto que os piores resultados foram identificados para os supervisores da saúde (62,66%, média = 31.33). Quando comparados os supervisores entre si, os clínicos foram melhores que os da saúde, da mesma forma que os supervisionados clínicos (70,80%, média = 35.40), tiveram melhor desempenho que os da saúde (68,40%, média = 34.2). A área clínica foi melhor que a área da saúde para este Fator.

Para o Fator Compreensão, que obteve os menores resultados entre todos os fatores, os grupos da área clínica foram os que atingiram as menores pontuações (supervisionando clínico = 29%, média = 14.66; supervisor clínico = 45,52%, média = 15.93). Entre os da área da saúde, os com maiores pontuações foram os supervisionados com 57,14% (média = 20), comparados os supervisores com 51,80% (média = 18.13).

Análises intra grupos, entre os Fatores, indicam que para o grupo supervisor clínico Aprimoramento do Aprendizado computou as maiores porcentagens (71,33%) e médias por participante (35.66), seguido de Empatia (59,86%, média = 29.93) e Compreensão (45,52%, média = 15.93). Para o grupo supervisores saúde, o fator Empatia foi de maior resultado (66,26%, média = 33.13), seguido por Aprimoramento do Aprendizado (62,66%, média = 31.33), e Compreensão com 51,8% e média de 18.13. O grupo de supervisionando saúde obteve para o fator Aprimoramento do Aprendizado (68,4%, média = 34.2), Empatia (61,06%, média = 30.53) e Compreensão (57,14%, média = 20). No grupo supervisionando clínico o fator Aprimoramento do Aprendizado com 70,8% (média = 35.4), foi o de maior pontuação, seguido pela Empatia (64%, média = 32), e Compreensão (29%, média = 14.66).

Os dados demonstram que em análise dos fatores por grupos de respondentes pode se verificar que o fator Aprimoramento do Aprendizado aparece como o mais assinalado pela

maior parte dos grupos (supervisor clínico, supervisionando saúde e supervisionando clínico), e o fator Compreensão, com os piores resultados em todos os grupos. O fator Empatia é evidenciado em segundo posto para os grupos de supervisor clínico, supervisionando saúde e supervisionando clínico, e em primeira posição junto ao grupo de supervisores saúde.

Dados da literatura pertinente na área discutem tais fatores, em pesquisas com acadêmicos e psicólogos brasileiros, que permitem analogias com os resultados do presente estudo, conforme indicados nos parágrafos posteriores.

Peixoto, Silveiras, Rocha, Oliveira-Monteiro e Pereira (2014) fizeram um estudo sobre supervisão no ensino superior com 312 alunos, sendo 262 mulheres (84%) e 50 homens (16%). O trabalho foi realizado em várias regiões do Brasil (19,4% Centro-Oeste, 9,2%, Nordeste, 6,7% Norte, 42,4% Sudeste e 22,3% Sul). Para a coleta de dados, foi usada a ‘Escala sobre a experiência de supervisão na ótica de estagiários de Psicologia’, adaptada para o português de acordo com um inventário desenvolvido por Nigam, Cameron e Leverette, em 1997. Os principais resultados demonstram que a média de idade dos participantes foi de 25,7 anos (mínima de 18 e máxima de 61) e predominância do sexo feminino. Dezoito por cento negavam a desaprovação do supervisor, 13% relataram discordância entre supervisor e supervisionando e poucos falavam sobre a desaprovação do supervisor como parte contribuinte do processo de formação na supervisão.

Os alunos que reclamaram sobre desaprovação, em sua maioria apontaram que esta ocorrera por falhas próprias (do supervisionando), como: erros técnicos (13%), estudo e experiência insuficiente (11%), não cumprimento de tarefas/prazos (7%) e inadequação de conduta na supervisão (4%). Porém, ocorreram também, fatos relacionados a conflitos de identificação teórica/técnica (supervisionando/supervisor), além de críticas negativas não

construtivas diretas ao supervisor (como citação de faltas de paciência, de respeito, de compreensão, e de diálogo).

Na questão que apontava o motivo de uma possível falta de confiança do supervisor no supervisionando, por este ter negligenciado na supervisão fatos ocorridos no atendimento: 33% relacionaram o medo de críticas feitas pelo supervisor e, em alguns casos pelo próprio grupo de supervisão, com manifestação de comportamentos como vergonha e insegurança. Foi possível observar também, indicativos (9%) que estavam localizados em falhas pessoais do supervisor, que esse não entenderia, não daria importância, ou não aceitaria sugestões. Determinadas respostas (6%) apresentavam desculpas diante de omissões identificadas, como por esquecimento ou postergação do relato (p. ex.: falaria depois, decidiu esperar), e 12% perceberam que havia errado no processo de intervenção do caso atendido.

Outras respostas como, pedidos de ajuda ao supervisor e discussões na supervisão de apoio bibliográfico, mudança da técnica ou da estratégia utilizada, aprofundamento de reflexões e retomada de apontamentos, foram encontrados como resultados da pesquisa de Peixoto et al. (2014).

Portanto, os autores concluíram que a supervisão é entendida como um processo didático que envolve tanto supervisor/supervisionando. Que o primeiro é percebido pelo segundo como alguém que demonstra caráter incontestável, sem maiores necessidades de ser corrigido, pois houve situações em que ambos estavam envolvidos e, ficou evidenciada total confiança entre os pares. Também puderam ser constatadas que variáveis como aspectos da relação supervisor e supervisionando; número de alunos por grupo; ética do supervisor; modelo que cada profissional adota para dar supervisão; crenças; habilidades; e abordagem teórica, não tiveram importâncias significativas que gerassem conflitos e impasses nas respostas qualitativas analisadas. Outro fator que pode ser observado pelos autores foi a falta

de critérios para avaliar o processo de supervisão, o desempenho do estagiário, escassez de instrumentos para mensurar os padrões de competência e ética na profissão.

Para finalizar, afirmam e sugerem que esse estudo não esgota as dimensões do tema apresentado, mas envolve a troca de experiência e reflexões com as pessoas comprometidas, tendo como segmento a necessidade de novos modelos de pesquisas e estudos sobre a relação ensino/aprendizagem, supervisor/supervisionando e a atuação desses pares na profissão, que possivelmente estarão em pouco tempo lidando com vidas alheias.

Pesquisa realizada por Oliveira et al. (2014) com finalidade de estudar o processo de supervisão em supervisores e estagiários de cursos de Psicologia no Brasil, analisaram respostas de 126 supervisores (com média de idade 43,7 anos e desvio padrão de 11,22). A maioria desses sujeitos era do sexo feminino (74,5%), da região sudeste (50,8%), seguida, pela região sul (31,7%), nordeste (7,5%), norte e centro-oeste (5%), e de 238 supervisionando (com média de idade 25,9 anos e desvio padrão de 7,64). Esses também eram predominantemente do sexo feminino (84,3%), pertencentes à região sudeste (38,8%), região centro-oeste (30,8%), sul (17,6%), nordeste (8,4%) e norte (4,4%). Para a coleta dos dados, foram empregadas duas versões adaptadas do questionário de Nigam, Camerom e Leverette (1997). Dentre estas, uma era para os supervisores e outra para os supervisionando. Os dados foram analisados por uma plataforma online que processou as respostas em planilhas no formato SPSS 17.0 sendo excluídos aqueles participantes que responderam de forma parcial os questionários. As respostas foram organizadas em médias para cada uma das questões e esses valores foram comparados de acordo com os grupos de estagiários ou supervisores por meio do teste de Mann-Whitney.

Os enunciados foram agrupados em três demandas, *empatia*, *aprimoramento do aprendizado* e *compreensão*. A *empatia* foi referente a fatores relacionados à capacidade do

supervisor para compreender as demandas do supervisionando. Enquanto que, *aprimoramento do aprendizado*, se referiu ao quanto o supervisor incentiva o aluno a desenvolver conhecimentos técnicos. O fator *compreensão* reportou às situações em que o supervisionando passa por alguma dificuldade no aprendizado e avalia em que medida essas situações ocorrem, bem como se o supervisor encontra-se apto ou disponível para lidar com essas dificuldades.

Os principais resultados do estudo de Oliveira et al. (2014) demonstraram que a supervisão é bem avaliada tanto na visão do supervisor quanto na visão do supervisionando, pois apesar de alguns pontos de discordância, também, apresentou forma bem consistente e positiva entre os pares. Outro aspecto que chamou a atenção foi avaliação dos supervisores em relação ao fator empatia. Nessa variável houve uma tendência maior dos supervisores fazerem uma autoavaliação positiva de seu papel, referente àquelas recebidas de seus supervisionandos. O resultado mostrou também uma diferença significativa entre as respostas de estagiários e supervisores brasileiros, comparadas às respostas de estagiários e supervisores Canadenses. No que diz respeito à formulação de casos, os brasileiros apontam uma alta frequência nesse tipo de solicitação enquanto que os Canadenses reportaram uma baixa frequência. Isso se deve ao fato de uma diversidade na formação em ambos os países ou constitui um viés na amostra de um ou outro estudo. Pode se observar também, diversas limitações uma vez que a coleta dos dados foi realizada via online o que pode demonstrar uma desconfiança na autenticidade dos resultados. Porém, segundo os autores, apesar deste viés, o estudo contribui na compreensão do processo de supervisão. E o mais importante, é que esse processo é avaliado consistentemente pelos pares o que gera discordância e ao mesmo tempo, aponta alternativas para novos aprimoramentos e novas pesquisas a serem realizadas nesse campo.

Estudo na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, por Fernandes, Miyazaki e Silvares (2015), teve como objetivo a caracterização do processo de supervisão em Psicologia Clínica e da saúde. Foi utilizado para coleta de dados, o termo de consentimento livre esclarecido, a ficha de registro dos participantes atendidos e o inventário de levantamento de atividades de supervisão baseado em Nigam, Camerom e Leverette, em 1997. Tal instrumento foi composto por dados sociodemográficos (p. ex.: gênero, idade), e 30 questões sendo 25 com respostas baseadas em escala de Likert de cinco pontos e cinco do tipo abertas, para análise da percepção do participante acerca da supervisão.

Os resultados sociodemográficos foram agrupados em termos de frequência e médias e os dados do instrumento em três categorias de respostas referentes a: 1) Empatia e atenção à experiência afetiva dos supervisionando; 2) Habilidades para melhor aprendizagem e encorajar a autoexpressão dos alunos; 3) Compreensão das dificuldades e responsabilidades das necessidades dos aprimorandos. Os dados foram tratados pelo teste estatístico de Mann-Whitney com nível de significância de 0,05 e comparações entre as amostras estudadas.

Os resultados encontrados por Fernandes, Miyazaki e Silvares (2015) com 21 aprimorandos e 21 supervisores indicaram que o gênero prevalente foi o feminino para ambos os grupos avaliados. A média de idade entre os aprimorandos foi de 24,6 anos, enquanto para os supervisores foi de 39,5 anos. Dentre os 21 supervisores, dezessete seguiam a teoria da abordagem Cognitivo-Comportamental, dois a Psicanalítica, um a Comportamental, e outro o Psicodrama. No que se refere ao currículo de formação dos supervisores, doze possuíam o título de especialista (Lato-Sensu) em áreas diferentes da Psicologia; dez eram mestres; quatro doutores; e dois possuíam títulos de pós-doutorado. A média de atuação de cada profissional foi em torno de dez anos.

O tema, *'empatia e atenção à experiência afetiva dos aprimorando'* contou com 10 questões, sendo que sete delas ('ajustar o conhecimento ao nível de treinamento', 'supervisor ser um bom modelo', 'aceitar os erros dos aprimorando', 'compreensão', 'invadir a vida pessoal', 'constrangimento por comentários do supervisor', e 'pouco espaço para trocas informais'), mostraram-se com certas concordâncias de opiniões entre os supervisores e supervisionando. Todavia, para as questões: 'respeito aos alunos', 'críticas aos aprimorando' e 'críticas ao supervisor', houve uma diferença estatística significativa entre os grupos, para as respostas apontadas.

O tema *'habilidades para melhorar a aprendizagem e encorajar a auto expressão dos aprimorando'* também contou 10 questões. Nesse tópico, pode ser observada uma maior divergência de opiniões ao se tratar da experiência de supervisão entre os supervisores e supervisionando nas enquetes que abordaram: 'apoio ao desejo de aprender', 'obrigar a concordar com supervisor', 'dar exemplos de casos atendidos', 'formular caso de modo estruturado', 'abertura para discordar do supervisor' e 'omitir informações sobre o atendimento ao supervisor'. Tais dados permitiram observar diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Essa condição não ocorreu nas questões que se referem a: 'impor própria opinião', 'abordagem de aspectos contratransferências', 'ensino de conhecimento teórico' e 'confiança nas habilidades de psicoterapeuta do supervisor'.

No último dos três tópicos apresentados pelas autoras: *'compreensão das dificuldades e responsividade às necessidades dos aprimorando'*, os supervisores e supervisionando parecem concordar em cinco questões relativas à experiência de supervisão vivenciada por eles no Serviço de Psicologia: 'aborrecimento por alunos não apoiarem ideias do supervisor', 'ausência de informações novas do caso supervisionado', 'exemplos de intervenções feitas pelo supervisor', 'impor maneira de conduzir tratamento' e 'oposição clara ao aprimorando'.

Nessas questões não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, não se observando divergência de respostas. Já nas questões relacionadas à: ‘disponibilidade para esclarecer dúvidas dos aprimorando’ e ‘ausência de progresso no tratamento’, observa-se discordância quanto às respostas dadas pelos dois grupos (supervisor versus supervisionando).

Desta forma, pode ser observado nos resultados obtidos pela pesquisa de Fernandes, Miyazaki e Silvaes (2015) que uma periodicidade regular no processo de supervisão é de extrema importância para uma avaliação de qualidade entre os pares. Dados permitiram considerar que a avaliação da experiência no Serviço é positiva tanto para os supervisores, quanto para os supervisionando. Ressaltam também que os supervisores apresentaram uma avaliação positiva de suas obrigações quando comparada à avaliação realizada pelos supervisionandos e, que é necessário o diálogo permanente entre os pares com a finalidade de superar algumas divergências de opiniões a respeito do processo de supervisão, na Instituição. Ficou evidenciado também, que tanto nessa pesquisa quando em outras realizadas a respeito do tema, ‘supervisão, supervisor e supervisionando’, houve uma prevalência do sexo feminino e, a abordagem com maior número de profissionais foi a cognitivo-comportamental, dados compatíveis com os do presente estudo.

## **. Modelos de supervisão**

### **- Analítico comportamental**

Tendo em vista, alguns pontos sobre o processo de supervisão que foram citados anteriormente, e a história do modelo Analítico Comportamental e da Terapia Cognitivo-comportamental e seus pressupostos, será abordada, a importância da relação terapêutica como aliança de colaboração e, também, apresentadas algumas considerações sobre o tipo de supervisão, ajustado à complexidade de cada situação ou transtorno, a partir destes modelos.

Moreira (2003) fundamentado nos pressupostos de Follete e Callaghan (1995), afirma que na literatura sobre supervisão em pesquisa analítica comportamental existem poucos estudos voltados para os procedimentos de treino de terapeutas. Relata que algumas investigações sobre o processo de supervisão identificaram que não há dados empíricos sobre como e o que deve ser treinado no processo de supervisão, ou se essa prática realmente atinge o comportamento do supervisionado na sessão terapêutica. Se analisar a abordagem comportamental, a visão mais comum é a que defende que o treino deveria ser voltado para formar analistas de comportamento e não somente terapeutas comportamentais, atuando em um contexto didático, ou seja, a atividade de supervisão é um processo que também auxilia no ensino-aprendizagem.

A supervisão no modelo comportamental e com base na observação direta da relação terapêutica é utilizada com menor frequência e enfatiza que a observação é a forma mais indicada para se realizar uma análise objetiva de uma condição. Todavia, o supervisor pode interagir com o supervisionando através de um sistema de ponto auditivo, demonstrando formas de comportamento, ou fazer anotações sobre a relação terapêutica para em um momento posterior discuti-las no encontro direto com o terapeuta.

Procurando compreender de forma mais científica este processo, Moreira (2003) realizou pesquisa que teve como sujeito dois participantes, terapeutas comportamentais: o primeiro, com mais de quinze anos de profissão e de prática de supervisão clínica acadêmica, no papel de supervisor, e o segundo, com menos de três anos de experiência clínica, foi o terapeuta-supervisionado. Todas as sessões foram filmadas com fita VHS que ficava dentro da sala onde se encontrava o supervisionando; o supervisor permanecia em outra sala observando através de um espelho unidirecional.

Os resultados obtidos mostraram uma regularidade no comportamento do supervisor: via de regra, observava, registrava e descrevia os comportamentos do terapeuta e do cliente, estabelecia relações entre esses dois comportamentos; apresentava análises ou interpretações e fornecia sugestões de respostas futuras do terapeuta, as quais foram denominadas regras. Os dados indicaram que o terapeuta passou a apresentar um aumento na frequência de respostas de auto-observação e autodescrição, observado por meio das modificações nas categorias de verbalizações.

Portanto, esse estudo permitiu sistematizar e regularizar com mais eficácia o comportamento verbal do supervisor, todavia, foram observadas algumas alterações no comportamento verbal do terapeuta, tanto nos encontros de supervisão quanto nas sessões terapêuticas. Sendo assim, pode-se entender que tais mudanças devem-se a solicitações verbais do supervisor e que, portanto, o comportamento verbal do terapeuta foi modelado pelo comportamento verbal do supervisor. Também que o modelo de supervisão utilizado é válido para instalação de respostas de auto-observação, auto-descrição e auto-regulação no repertório comportamental do terapeuta.

Moreira (2003) refere ainda que estudos sobre procedimentos de supervisão são escassos na literatura da análise do comportamento, pois é constatada uma ausência de orientações regulares para a atuação de supervisores. A supervisão, como parte integrada para treino de terapeutas, deve ser avaliada por estudos rigorosos para que sejam edificados métodos que estabeleçam critérios cientificamente estruturados para a avaliação de ensino.

#### **- Cognitivo-comportamental**

Segundo Cottraux e Matos (2007), a supervisão no modelo criado por Aaron Beck, pioneiro da terapia cognitivo-comportamental, acontece em três níveis diferentes, que serão exemplificados a seguir em ordem crescente:

Entende-se por Nível I, a intervenção nas perturbações ansiosas e estados psicóticos que necessitam de uma aprendizagem social específica. Essa, na maioria das vezes, não é de grande complexidade, todavia, a supervisão de casos é necessária. Os processos de supervisão relacionam-se em quatro categorias: cognitivo, comportamental, emocional e interpessoal.

Cottraux e Matos (2007) ao citar Bélanger e Marcaurelle (1997), relatam que na categoria cognitiva, a integração da dimensão cognitiva permite ao supervisor levar em consideração, as distorções cognitivas do supervisionado e conseqüente efeito no processo terapêutico. Nesse processo, uma das incumbências do trabalho de supervisão é identificar, discutir e modificar essas distorções. Na categoria comportamental, a supervisão pretende favorecer o surgimento, manutenção e a generalização de comportamentos terapêuticos por parte do supervisionado, fazendo com que diminua os seus comportamentos ineficazes, não favoráveis do ponto de vista terapêutico. Para a categoria afetivo é levada em consideração à carga emocional, implicando sobrepor as barreiras ligadas ao estresse profissional e utilizar os recursos afetivos do futuro terapeuta para atingir objetivos de aprendizagem. A ativação fisiológica associada às variáveis afetivas não é sempre entendida em Terapia Cognitivo-comportamental como positiva. Nesse sentido, a ansiedade pode colaborar e incluir-se nos processos empáticos, com a condição de não sufocar o terapeuta. A finalidade é eliminar as reações afetivas disfuncionais ou controlá-las, minimizando os efeitos negativos. Para finalizar, a supervisão na categoria interpessoal é de extrema importância, na medida em que a relação é o veículo do tratamento. Nessa etapa, é fundamental que o terapeuta esteja adequadamente preparado, pois poderá enfrentar resultados mínimos no início, e ainda ter que encorajar o consulente a buscar um caminho que seja mais produtivo. De modo geral esta categoria de supervisão é realizada por meio de exposições de caso em pequenos grupos, com discussão de jogos de papéis e dramatizações, para modificar gradualmente as interações entre

o futuro terapeuta e o supervisor. Os métodos habitualmente usados para o Nível I são a retroalimentação positiva (*feedback*), a imitação de um modelo e o ensaio por meio de jogos de papéis (*role playing*).

A supervisão em Nível II corresponde mais especificamente à terapia cognitiva dos estados depressivos e das perturbações da personalidade (p. ex.: personalidade evitante, obsessiva-compulsiva e dependente). Uma das dificuldades centrais é a desmoralização do terapeuta, e por sua vez, confronta, com o estado depressivo do doente que parece ser realista.

Por último, a supervisão no Nível III corresponde ao tratamento do estresse pós-traumático e das perturbações da personalidade (p. ex.: borderline, histriônica, antissocial e narcisista). Esses transtornos são os mais difíceis de serem trabalhados, pois há uma dificuldade em acessar o estado emocional e os sentimentos dos doentes tornando, assim, uma tarefa mais árdua para o terapeuta. Desta forma, para trabalhar esses casos tão complexos é proposto o modelo cognitivo-comportamental não só como terapia, mas também como supervisão para uma rápida e melhor qualidade de vida dessas pessoas (Cottraux e Matos, 2007).

Barreto e Barletta (2010), fundamentados em Moreira (2003), afirmam que apesar da importância da supervisão, ainda não há uma uniformização de procedimentos nesta prática. Isso ocasiona diversidade de métodos precipitados por fatores, tais como: modelo teórico, formação pessoal do supervisor, ausência de avaliação do processo supervisionado, e a própria falta de um modelo já consagrado. Outro problema é a escassez de pesquisa no campo da supervisão clínica, favorecendo o uso da perspectiva pessoal do supervisor no processo didático.

Barletta, Fonseca e Delabrida (2012) referem que os estudos sobre o tema são escassos, dificultando o compartilhamento dessas práticas de formação. Segundo estes

autores, os supervisores, independentemente da orientação teórica, precisam estar atentos às transformações do conceito de Psicologia e dos campos de estágio. Sobretudo, o desenvolvimento das competências para o exercício, depende muito das supervisões. Nesta mesma linha de raciocínio Saraiva e Nunes (2007) afirmam que apesar de sua importância, a supervisão ainda é pouco pesquisada de maneira mais sistemática compreendendo a necessidade de reflexões que alimentem a avaliação sobre essa atividade.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente trabalho permitem concluir que os dados sociodemográficos e os aspectos sobre supervisão estão compatíveis com a literatura pertinente ao tema e esperados para esta população. A idade para os participantes variou de 31 a 61 anos para o grupo de supervisores e de 23 a 42 para o grupo de supervisionandos. O sexo feminino foi predominante para os quatro subgrupos avaliados (supervisor clínico, supervisor saúde, supervisionando saúde e supervisionando clínico). Com relação à religião houve predomínio da católica, também para todos os grupos, porém uma quantidade significativa dos respondentes referiu à espírita. O estado civil de casado foi mencionado com maior frequência pelos supervisores enquanto que o de solteiro, indicado pelos supervisionandos.

São José do Rio Preto, SP, foi referida como cidade de origem, atual e de formação pela maior parcela dos respondentes, entretanto, municípios circunvizinhos e de outros estados também tiveram participações entre os avaliados. O tempo de formação dos participantes variou de um a 36 anos, e como supervisão foi de um a 33 anos, sendo o maior indicado pelos grupos de supervisores e o menor pelo grupo de supervisionandos. A Terapia Cognitivo-Comportamental e a Psicologia da Saúde constituem os modelos de base de atuação e os cursos de especialização Lato Sensu mais mencionados por ambos os grupos; o Mestrado e o Doutorado mais indicados pelos supervisores.

Com relação ao processo de supervisão os dados demonstram altas pontuações em todos os domínios, de acordo com a Escala Likert de cinco pontos, no instrumento Pereira & Valerio. Entretanto, Ética e Ensino predominam com maiores porcentagens entre todos os grupos, enquanto que Assistência, Gerenciamento e Pesquisa variaram entre estes, com os menores desempenhos.

Os dados demonstram ainda que em análise dos fatores por grupos de respondentes, investigados pelo instrumento de Oliveira et al. (2014), adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997), pode se verificar que Aprimoramento do Aprendizado aparece como o mais assinalado pela maior parte dos grupos, e Compreensão, com os piores resultados. Empatia é evidenciada em segundo posto para os grupos de supervisor clínico, supervisionando saúde e supervisionando clínico, e em primeira posição junto ao grupo de supervisores saúde. Dados teóricos e de pesquisas sobre o tema permitem contribuir para a compreensão e convalidar os resultados encontrados no presente estudo.

Tomando por base as considerações formuladas nos parágrafos anteriores, e com finalidades futuras de desenvolver habilidades e competências para o repertório cognitivo-comportamental do terapeuta supervisionando, nas áreas clínicas e da saúde, conforme objetivos estabelecidos no presente estudo, pode se entender que o tema é de extrema importância para a formação de psicólogos no cenário brasileiro, que ainda é considerado escasso, e que novas pesquisas são imprescindíveis para corroborar e ampliar os estudos já existentes na literatura.

## REFERÊNCIAS

- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde* (ISSN 1980-1769) - v. 12 - n.12 – 2010.
- Barletta, J. B., Fonseca, A. L. B., & Delabrida, Z. N.C. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 3, p. 153-167, 2012.
- Bahls, S. C., & Novolar, A. B. B. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista eletrônica de Psicologia*, n. 4, Curitiba, julho, 2004www.utp.br/psico.utp.online
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Artmed.
- Bomtempo, E. (1999). Contribuições da pesquisa sobre jogos, brinquedos e brincadeiras no Brasil. In: Witter, G. P. (Org.). *Produção Científica em Psicologia e Educação*. Campinas/São Paulo, 1999, p. 23-46.
- Carneiro, V. T., Caldas, M. T., & Sampaio, S. M. R. (2011). O conhecimento tácito e a supervisão na formação do psicólogo. *Psicologia em Revista*, v. 17, n. 1, p 146-160, Bel Horizonte, MG, 2011.
- Castro, A. E. F., & Yamamoto, O. H. (1998). a psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. *Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Estudos de Psicologia*, 1998, 3 (1), 147-158.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de [http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/codigo/fr\\_codigo\\_etica\\_new.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/codigo/fr_codigo_etica_new.aspx)

Cottraux, J., & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. Revista brasileira de terapias cognitivas, volume 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18085/6872007000100006&lngpt&nmiso>. ISSN1808-5687.

Dattilio, F. M., (2011). Manual de terapia Cognitivo-Comportamental para casais e famílias. Editora Artmed. Porto Alegre, RS, 2011. Duarte, D. A, (2015). A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. Interface Comunicação e Saúde. Departamento de Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, 2015.

Fernandes, L. F. B., Myiazaki, M. C. O. S., & Silves, E. F. M. (2015). Caracterização da supervisão em um centro formador de Psicologia da Saúde. Estudos de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2015000300014>. São José do Rio Preto, SP, 2015.

Freitas, F. A., & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do psicoterapeuta segundo supervisores: deferentes perspectivas. Revista de psicologia, São Paulo. Volume 8, n, 2. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1676-73142007000200006&lngpt&nrmiso>.

IBGE. PNAD, (2016). Projeto 2 – Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho Brasileiro. Contrato de Prestação de Serviços DIEESE – Conselho Federal de Psicologia, 2016.

Censo Demográfico IBGE. (2010) Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência, 2010. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo/2010caracteristicas/religiao/deficiencia/default/caracteristicas/religiao/deficiencia.shtm>.

Censo Demográfico IBGE. (2010) Resultados gerais da amostra de Nupcialidade. 27 de abril 2012. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo/2010caracteristicas/religiao/deficiencia/default/caracteristicas/religiao/deficiencia.shtm>.

Lhullier, L. A., & Roslindo, J. J. (2013). As psicólogas brasileiras: Levantando a ponta do véu. In Lhullier, L. A. (org), Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho. Brasília: CFP.

Malvezzi, S., Souza J. A. J., & Zanelli J. C. (2010). Inserção no mercado de trabalho: Os psicólogos recém-formados. In S. M. G. Gondim & A. V. B. Bastos (Eds.), O Trabalho do Psicólogo no Brasil (pp. 85-106). Porto Alegre: Artmed.

Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Caballo, V. E., & Valerio, N. I. (2001). Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria, 463-472.

Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Valério, N. I. (2006). Psicologia da Saúde: pesquisa e prática. São José do Rio.

Moreira, S. B. S., (2003). Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. Volume 16, n,1, pp. 157-170. ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000100016>.

- Nigam, T., Cameron, P. M., & Leverette, J. S. (1997). Impasses in the supervisory process: A resident's perspective. *American journal of psychotherapy*, 51(2), 252.
- Oliveira-Monteiro, N. R., & Nunes, M. L. T. (2008). Supervisor de psicologia clínica: um professor idealizado? *Psico-USF*, v. 13, n. 2, p. 287-296, jul./dez. 2008.
- Oliveira-Monteiro, N. R., Herzberg, E., Oliveira, M. S., & Silvaes, E. F. M. (2014). Reflexões sobre ética na supervisão em Psicologia. *Boletim de Psicologia*. Vol. LXIII, n. 139: 217-225. Santos, SP, 2014.
- Oliveira, M. S., Pereira, R. F., Peixoto, A. C., Rocha, M. M., Oliveira-Monteiro, N. R., Macedo, M. M. K., & Silvaes, E. F. M. (2014). Supervisão em Serviços-Escolar de Psicologia no Brasil: perspectivas das supervisões e Estagiários. *Encarte digital*, v.45, n 2, abril/junho, Porto Alegre, RS, 2014.
- Pereira, F. M., & Pereira Neto, A. (2003). O Psicólogo no Brasil: notas sobre seu Processo de Profissionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.
- Peixoto, A. C. Z., Silvaes, E. F. M., Rocha, M. M., Oliveira-Monteiro, N. R., & Pereira, R. F. (2014). A percepção de estagiários em diferentes IES do Brasil sobre a supervisão. *Psicologia: ciência e profissão*. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001482013>. 2014.
- Pinheiro, B. N. N., & Darriba, A. V., (2010). A clínica psicanalítica na universidade: reflexões a partir do trabalho de supervisão. *Psicologia Clínica*, 22(2).
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapia Cognitivo-Comportamental: um diálogo com a psiquiatria*. Ed. Artmed. Porto Alegre, RS, 2001.

- Rezende, L.B. (2016). da formação a prática do profissional psicólogo: um estudo a partir da visão dos profissionais: Universidade Federal de Juiz de Fora Departamento de Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.
- Roth, A. D., & Pilling, S. A. (2008). competence framework for the supervision of psychological therapies. 2008. Disponível em: <<http://www.ucl.ac.uk/CORE/>>. Acesso em: 10 out. 2010.
- Saraiva, L. A., & Nunes, M. L. T. (2007). A supervisão na formação do analista e do psicoterapeuta psicanalítico. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 259-268. ISSN 1413-294X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413->
- Sei, M. B., & Paiva, M. L.S.C. (2011). Grupo de supervisão em psicologia e a função de holding do supervisor. *Psicologia, ensino & Formação*, 2011.
- Silva, P. R. M. (2006). A supervisão em psicologia jurídica: a violência em questão. *Psicologia, América Latina, México*, n8. Disponível [pidS1870350X200600400007&lngpt&nr](http://dx.doi.org/10.1590/S1870350X200600400007) miso
- Sousa, C. S., & Padovani, R. C. (2015). Supervisão em terapias cognitivo-comportamentais: trilhando outros caminhos além do serviço-escola. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 20, n. 3, p. 461-470, set./dez. 2015.
- Tavora, M. T. (2002). Um modelo de supervisão clínica na formação do estudante de psicologia: a experiência da UFC. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 121-130.
- Torezan, F., Calheiros, Z. C., Mandelli, T. P., & Stumpf, J.M., (2013). A Graduação em Psicologia Prepara para o Trabalho no Hospital?. *Psicologia Ciência e Profissão*, Sin mes, 132-145.

Yamamoto, O. H. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político?. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32.

**APÊNDICE 1**

Dados de Identificação Sociodemográfico, de Formação e de Experiência dos Participantes.

Assinale: ( ) supervisor ou supervisionando ( )

. Iniciais do Nome: . Idade: . Sexo: . Religião: . Estado Civil:	. Cidade de Origem: . Cidade Atual: . Instituição de Origem: . Instituição Atual:
. Escolaridade/Formação/Cursos: - graduação: -pós-graduação Lato Sensu: -pós-graduação Stricto Sensu:	. Modelo Teórico de Base de Atuação:
. Local de Formação:	. Tempo de Formação:
. Profissão:  . Tempo de Experiência Profissional:	.Tempo de Experiência como Supervisor: Ou .Tempo de experiência como Supervisionando:
. Instituição Atual de trabalho:	

**APÊNDICE 2**

## Questionário Pereira &amp; Valerio sobre o Processo de Supervisão

(versão supervisor e supervisionando)

Iniciais do Nome: ..... Supervisor ( ) Supervisionando ( )

Considerando suas próprias características pessoais, bem como sua formação e experiência acadêmica e/ou profissional, responda, SEM CONSULTA PRÉVIA, as questões adiante e avalie na escala indicada, sua percepção sobre o Processo de Supervisão, considerando: N = nunca; R = raramente; 50% = às vezes; F = frequentemente; S = sempre.

1) O que você entende por processo de supervisão?
2) Quais características, habilidades e competências são requeridas (desejadas) do supervisor para o adequado processo de supervisão?
3) Quais características, habilidade e competências são requeridas (desejadas) do supervisionando para o adequado processo de supervisão?
4) Quais características, habilidades e competências você entende que o processo de supervisão desenvolve nos supervisionandos?
5) De que forma as experiências de vida do supervisor e do supervisionando podem influenciar no processo de supervisão?

QUESTÕES	N	R	50	F	S
<b>ÉTICA</b>					
1) O código de Ética Profissional do Psicólogo trás informações sobre o processo de supervisão?					
2) No processo de supervisão a Ética Profissional é discutida entre supervisor e supervisionando?					
3) No processo de supervisão o conceito da Ética deve ser desenvolvido entre supervisor e supervisionando?					
4) No processo de supervisão a Ética está pautada no respeito ao paciente?					
5) No processo de supervisão o conceito e a prática da Ética necessitam ser mencionados e trabalhados?					
6) No processo de supervisão os preceitos e a prática da Ética são claros para os supervisionandos?					
7) No processo de supervisão os preceitos e a prática da Ética são claros para os <i>supervisores</i> ?					
<b>ENSINO/APRENDIZAGEM</b>					
8) No processo de supervisão podem ser discutidas questões pessoais do supervisor e do supervisionando?					
9) A supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do paciente?					
10) A supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do supervisionando?					
11) A supervisão deve ser entendida como um processo que discute resolução de problemas e novas habilidades do supervisor?					
12) O supervisionando pode questionar as habilidades do supervisor?					
13) O supervisor pode questionar as habilidades do supervisionando?					
14) No processo de supervisão, o supervisor esclarece sobre esse tema (supervisão)?					
15) No processo de supervisão, além das questões problemas do paciente, devem ser discutidas fundamentações teóricas sobre o tema?					
16) Na literatura, há dados suficientes que fundamentam o exercício prático do supervisionando?					

17) Na literatura, há dados suficientes que fundamentam o exercício prático do supervisor?					
18) Se uma instituição de ensino produz mais sobre o tema ( <b>supervisão</b> ), poderá melhorar a qualidade deste processo?					
19) Há nas instituições de ensino, disciplinas que abordam o processo supervisão?					
20) O processo de supervisão é focado para o desenvolvimento das habilidades e competências profissional do supervisionando?.					
<b>ASSISTÊNCIA/PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>					
21) Se supervisor e supervisionando discutirem mais sobre supervisão, poderá ajudar no auxílio à população?					
22) O processo de supervisão se refere a benefícios para a população atendida?					
23) O modelo de supervisão oferecido para os casos individuais é semelhante ao oferecido para os casos de grupos?					
24) Conteúdos do processo de supervisão são discutidos (compartilhados) com os pacientes de atendimentos individuais?					
25) Conteúdos do processo de supervisão são discutidos (compartilhados) com os pacientes de atendimentos de grupo?					
26) O processo de supervisão é assunto que deve ser questionado com paciente de atendimento individual, e com pacientes atendidos em grupos?					
27) Os modelos de supervisão oferecidos aos supervisionandos, para os casos atendidos no sistema público são iguais as dos casos atendidos nos serviços particulares?					
28) A supervisão é focada para o atendimento e resolução das dificuldades/problemas do consulente?					
<b>PESQUISA</b>					
29) Os dados obtidos nas pesquisas podem ajudar no processo de supervisão?					
30) O material sobre supervisão já pesquisado, encontrado na bibliografia é abrangente e suficiente?					
31) Os dados de pesquisas ajudam a aprimorar a supervisão?					

32) Há abrangência de literatura, no meio acadêmico em geral, sobre o tema supervisão?					
33) Há abrangência de profissionais na área de psicologia para pesquisar mais sobre supervisão?					
34) Há um interesse do supervisor e supervisionando em pesquisar e publicar sobre o tema supervisão?					
35) A pesquisa deve ser um dos pilares no processo de supervisão para a boa prática dos atendimentos prestados?					
36) O processo de supervisão é focado para o desenvolvimento de habilidades e competências do supervisionando para a pesquisa?					
<b>GERENCIAMENTO</b>					
37) A supervisão serve para o supervisor e supervisionando administrarem o tempo e os afazeres do dia a dia?					
38) A supervisão pode ser discutida entre supervisor e supervisionando para administrarem melhor o tempo e a produtividade de ambos?					
39) A supervisão deve ser entendida como processo que discute sobre resolução de problemas do supervisionando?					
40) A supervisão deve ser entendida como processo que discute sobre resolução de problemas do supervisor?					
41) Assim como nos atendimentos psicoterapêuticos, na supervisão deve haver tempos mínimo e máximo determinados?					
42) O processo de supervisão envolve e facilita habilidades e competências do supervisionando para o gerenciamento de sua auto organização, formação e de suas práticas?					
43) Nos dias atuais o modelo de supervisão existente é o mais adequado?					
44) Atualmente, há um modelo de supervisão específico na psicologia?					
45) O Processo de supervisão deve seguir uma abordagem teórica de fundamentação específica?					
46) O Processo de supervisão pode reunir várias fundamentações teóricas?					
47) O processo de supervisão é focado para o desenvolvimento de habilidades e competências para o gerenciamento das atividades diária do psicólogo?					

**APÊNDICE 3****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO<sup>1</sup>  
AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96; Resolução 466/12) Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – CEP: 15090 – 000 São José do Rio Preto, São Paulo Brasil

Eu \_\_\_\_\_ brasileiro(a), \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e domiciliado(a) a \_\_\_\_\_ do município de \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ declaro para fins devidos, ter sido convidado(a) a participar como candidato(a) a sujeito de pesquisa junto ao projeto intitulado **“SUPERVISÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE – MODELO COGNITIVO COMPORTAMENTAL”**, que constitui-se de um estudo científico que faz parte dos requisitos exigidos para conclusão do Programa de Pós Graduação Mestrado em Psicologia da FAMERP de Carlos Fernando Pereira, solteiro, psicólogo – CRP: 06/106969.

Declaro que o pesquisador, por meio de leitura comentada e explicativa deste documento, esclareceu-me que o referido estudo tem por finalidade caracterizar o processo de supervisão cognitivo comportamental nas perspectivas de supervisores e de supervisionandos da cidade e região de São José do Rio Preto, SP. Para atingir tais objetivos serei convidado a responder alguns questionários que perguntam sobre minhas características, demográficas, de formação, e sobre minhas considerações sobre o processo de supervisão.

Entendi que não há riscos significativos e adicionais para minha saúde, podendo ocorrer algum constrangimento, que poderá ser equacionado durante o próprio momento da coleta dos dados. Além disso, os cuidados protetores e preventivos estão satisfatoriamente apontados e visivelmente valorizados, demonstrando respeito e ética por parte do pesquisador e de toda equipe envolvida no projeto, para com os participantes. Também fui orientado que posso consultar o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) pelo telefone **(17) 32015813** e pelo email do pesquisador: **carlosfernando\_pereira@hotmail.com**, além do próprio pesquisador responsável, em qualquer época do processo, pessoalmente pelos telefones: **(17) 992144773; (17) 981888086**, para esclarecimentos de quaisquer dúvidas.

Declaro ainda que estou ciente de minha liberdade para, em qualquer momento, deixar de participar da pesquisa sem necessidade de apresentar justificativas e sem prejuízos em minhas rotinas convencionais, por esta decisão. Fui esclarecido (a) também que todas as informações por mim prestadas e os resultados obtidos nesta pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo, mesmo havendo publicações coletivas em forma de artigos ou outras modalidades.

Esclareço que não receberei nenhum tipo de benefício de ordem financeira, material ou quaisquer outras; que não fui em momento algum pressionado para colaborar neste estudo e que minha participação é de LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE e com absoluta ciência dos fatos . Portanto, declaro ter sido informado(a) sobre finalidades, procedimento e ética deste estudo. Tive oportunidade de perguntar sobre todas as minhas dúvidas e fui devidamente esclarecido(a). Concordo por livre e espontânea vontade em participar e autorizo, por meio deste documento de duas vias de igual teor, aos profissionais de saúde desta Instituição e equipe de pesquisadores, no exercício de suas devidas profissões e da ética que lhes são atribuídas, fazer uso de minhas informações para fins estritamente científicos.

Por ser verdade, firmo o presente na forma da lei, e das testemunhas.  
São José do Rio Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha

\_\_\_\_\_  
Documento elaborado em duas vias de igual teor.

## APÊNDICE 4

### Resultados completos, supervisor clínico, Questionário Pereira & Valerio

Domínio	Enunciados												f	%		
<b>Ética</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>						
N = 1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0,38						
R = 2	5	0	0	0	0	1	0	6	12	0,38						
50 = 3	3	1	0	0	0	4	2	10	30	5,71						
F = 4	1	3	0	2	1	8	6	21	84	16,00						
S = 5	4	11	15	13	13	2	7	65	325	61,90						
<b>Total</b>									<b>453</b>	<b>86,28</b>						
<b>Média</b>									<b>30,2</b>							
<b>Ensino</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>65</b>	<b>975</b>	<b>100</b>
N = 1	3	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	9	9	0,92
R = 2	3	0	0	4	0	0	1	1	3	4	1	8	0	25	50	5,12
50 = 3	3	2	1	4	2	3	2	1	6	7	0	4	1	36	108	11,07
F = 4	4	6	4	4	4	4	3	1	2	2	1	1	2	38	152	15,58
S = 5	3	7	9	1	8	8	9	11	3	1	13	1	12	86	430	39,79
<b>Total</b>														<b>749</b>	<b>76,82</b>	
<b>Média</b>														<b>49,93</b>		
<b>Assistência</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>					
N = 1	0	0	2	8	9	8	3	0	30	30	5,00					
R = 2	0	0	2	5	5	3	2	0	17	34	5,66					
50 = 3	2	0	2	0	0	0	5	1	10	30	5,00					
F = 4	3	3	7	1	1	2	2	3	22	88	14,66					
S = 5	10	12	2	1	0	0	2	11	38	190	31,66					
<b>Total</b>									<b>372</b>	<b>62,00</b>						
<b>Média</b>									<b>24,4</b>							
<b>Pesquisa</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>					
N = 1	0	1	1	1	0	0	1	1	5	5	0,83					
R = 2	0	7	0	7	7	7	0	4	32	64	10,66					
50 = 3	0	5	0	6	8	4	0	5	28	84	14,00					
F = 4	2	1	3	1	0	4	7	1	19	76	12,66					
S = 5	11	1	11	0	0	0	7	4	34	170	28,33					
<b>Total</b>									<b>399</b>	<b>66,50</b>						
<b>Média</b>									<b>26,6</b>							
<b>Gerenciamento</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>55</b>	<b>825</b>	<b>100</b>		
N = 1	4	1	1	5	0	0	0	1	1	4	1	18	18	2,18		
R = 2	0	0	0	5	1	0	0	7	0	3	2	18	36	4,36		
50 = 3	1	1	1	4	1	0	10	2	1	3	4	28	84	10,18		
F = 4	4	5	6	0	5	3	3	2	4	2	6	40	160	19,39		
S = 5	4	8	7	1	8	2	1	2	8	2	1	44	220	26,66		
<b>Total</b>												<b>518</b>	<b>62,78</b>			
<b>Média</b>												<b>34,5</b>				

## APÊNDICE 5

### Resultados completos, supervisor saúde, Questionário Pereira & Valerio

Domínio	Enunciados												f	%	
<b>Ética</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>
N = 1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0,38
R = 2	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	12	2,28
50 =3	3	1	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	10	30	5,71
F = 4	1	3	0	2	1	8	6	0	0	0	0	0	21	84	16,00
S = 5	4	11	15	13	13	2	7	0	0	0	0	0	65	325	61,90
<b>Total</b>														<b>453</b>	<b>86,28</b>
<b>Média</b>														<b>30,2</b>	
<b>Ensino</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>65</b>	<b>975</b>	<b>100</b>
N = 1	0	0	2	0	0	0	0	1	3	0	1	0	10	10	1,02
R = 2	0	0	3	1	0	0	0	1	2	0	9	0	21	46	4,71
50 =3	0	1	4	3	0	3	0	5	6	0	2	0	26	84	8,61
F = 4	4	2	3	2	5	4	3	4	3	4	1	3	41	164	16,82
S = 5	11	12	3	9	10	8	12	2	1	11	2	10	93	465	47,69
<b>Total</b>														<b>769</b>	<b>78,85</b>
<b>Média</b>														<b>51,6</b>	
<b>Assistência</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>
N = 1	0	0	0	7	7	9	0	0	0	0	0	0	23	23	3,83
R = 2	0	0	0	2	4	3	3	0	0	0	0	0	12	24	4,00
50 =3	1	2	10	2	2	0	5	2	0	0	0	0	24	72	12,00
F = 4	4	3	3	2	1	2	5	3	0	0	0	0	23	92	15,33
S = 5	10	10	2	2	1	1	2	10	0	0	0	0	38	190	31,66
<b>Total</b>														<b>401</b>	<b>66,83</b>
<b>Média</b>														<b>26,73</b>	
<b>Pesquisa</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>
N = 1	0	2	0	4	2	1	1	0	0	0	0	0	10	10	1,66
R = 2	0	4	0	2	2	8	0	3	0	0	0	0	19	38	6,33
50 =3	1	3	0	6	8	4	2	4	0	0	0	0	28	84	14,00
F = 4	3	5	2	3	3	2	4	2	0	0	0	0	24	96	16,00
S = 5	11	1	13	0	0	0	8	6	0	0	0	0	39	195	32,50
<b>Total</b>														<b>423</b>	<b>79,50</b>
<b>Média</b>														<b>28,2</b>	
<b>Gerenciamento</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>55</b>	<b>825</b>	<b>100</b>
N = 1	1	1	0	5	1	0	0	2	0	4	1	0	15	15	1,81
R = 2	3	1	1	5	4	0	0	6	0	3	2	0	25	50	6,06
50 =3	4	4	3	3	1	1	11	1	0	1	3	0	32	96	11,63
F = 4	2	3	3	0	3	5	4	5	4	3	3	0	35	140	16,96
S = 5	5	6	8	2	6	9	0	1	11	4	6	0	58	290	71,63
<b>Total</b>														<b>591</b>	
<b>Média</b>														<b>39,4</b>	

## APÊNDICE 6

Resultados completos, supervisionando saúde, Questionário Pereira & Valerio

Domínio	Enunciados												f	%		
<b>Ética</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>		<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>					
N = 1	6	0	0	0	0	0	0		6	6	1,42					
R = 2	2	0	0	0	0	0	0		6	12	2,28					
50 = 3	1	4	0	0	0	2	2		9	27	5,14					
F = 4	4	2	3	0	4	7	4		24	96	18,28					
S = 4	2	8	11	14	11	5	8		59	295	56,19					
<b>Total</b>										<b>436</b>	<b>83,04</b>					
<b>Média</b>										<b>29,06</b>						
<b>Ensino</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>65</b>	<b>975</b>	<b>100</b>
N = 1	3	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	9	9	0,92
R = 2	2	0	0	1	3	0	3	1	4	5	0	5	0	24	48	4,92
50 = 3	5	0	1	4	5	3	2	0	5	3	1	3	0	32	96	9,84
F = 4	3	3	3	4	5	8	4	2	2	5	2	0	5	46	184	18,87
S = 5	2	12	10	3	2	4	6	11	4	2	12	2	10	80	400	41,02
<b>Total</b>															<b>737</b>	<b>75,58</b>
<b>Média</b>															<b>49,13</b>	
<b>Assistência</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>		<b>28</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>				
N = 1	0	0	1	3	4	4	1		0	13	13	2,16				
R = 2	0	1	3	7	5	1	5		0	22	44	7,33				
50 = 3	2	0	6	2	4	4	5		1	24	72	12,00				
F = 4	5	6	3	1	2	1	2		9	29	116	19,33				
S = 5	8	8	2	2	0	4	2		5	31	115	19,33				
<b>Total</b>											<b>360</b>	<b>59,98</b>				
<b>Média</b>											<b>24,00</b>					
<b>Pesquisa</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>		<b>36</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>				
N = 1	0	0	0	1	1	1	0		0	4	4	0,66				
R = 2	0	3	0	4	4	4	0		1	16	32	5,33				
50 = 3	0	7	3	5	5	8	2		6	36	57	9,50				
F = 4	4	3	3	2	2	0	5		3	22	88	14,66				
S = 5	10	2	8	2	3	2	8		5	40	200	33,33				
<b>Total</b>											<b>381</b>	<b>63,50</b>				
<b>Médio</b>											<b>25,40</b>					
<b>Gerenciamento</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>55</b>	<b>825</b>	<b>100</b>		
N = 1	0	0	2	5	1	0	0	4	1	1	0	14	14	1,69		
R = 2	6	1	2	4	0	0	1	5	1	3	2	25	50	6,06		
50 = 3	3	3	3	2	3	0	7	3	5	2	3	34	102	12,36		
F = 4	5	6	5	3	7	5	5	3	4	2	4	49	196	23,75		
S = 5	1	5	2	1	4	10	2	0	9	6	6	40	200	24,24		
<b>Total</b>													<b>562</b>	<b>68,10</b>		
<b>Média</b>													<b>37,40</b>			

## APÊNDICE 7

### Resultados completos, supervisionando clínico, Questionário Pereira & Valerio

Domínio	Enunciados												f	%		
<b>Ética</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>		<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>					
N = 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
R = 2	5	1	1	0	2	0	0	0	9	18	3,42					
50 = 3	2	1	0	0	1	1	2	7	21	21	4,00					
F = 4	7	5	3	3	3	3	2	26	104	19,08						
S = 5	1	8	0	11	9	11	11	62	310	59,04						
<b>Total</b>									<b>453</b>							
<b>Média</b>									<b>30,2</b>							
<b>Ensino</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>65</b>	<b>975</b>	<b>100</b>
N = 1	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	7	7	0,71
R = 2	5	0	0	1	1	1	1	0	3	4	0	6	1	23	46	4,71
50 = 3	6	1	2	6	5	4	3	1	4	6	0	3	2	43	129	12,92
F = 4	1	5	2	4	7	2	6	5	6	4	4	2	1	49	196	20,10
S = 5	1	9	10	2	1	7	5	9	2	1	11	2	11	71	355	36,41
<b>Total</b>														<b>733</b>		<b>75,17</b>
<b>Média</b>														<b>48,8</b>		
<b>Assistência</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>					
N = 1	0	0	1	5	5	0	3	0	14	14	2,33					
R = 2	0	0	5	3	3	3	5	0	19	38	6,33					
50 = 3	2	1	9	4	3	3	2	2	27	81	13,50					
F = 4	4	1	1	1	2	0	2	6	17	68	11,33					
S = 5	9	13	1	2	0	4	0	7	36	180	30,00					
<b>Total</b>									<b>381</b>		<b>63,50</b>					
<b>Média</b>									<b>25,4</b>							
<b>Pesquisa</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>600</b>	<b>100</b>					
N = 1	0	2	0	1	0	0	0	1	4	4	0,66					
R = 2	0	4	0	2	4	3	0	0	13	26	4,33					
50 = 3	1	6	3	7	8	6	3	4	38	114	19,00					
F = 4	1	1	2	3	2	2	2	1	14	56	9,33					
S = 5	12	2	3	2	1	3	10	9	49	245	40,83					
<b>Total</b>									<b>449</b>		<b>74,16</b>					
<b>Média</b>									<b>29,66</b>							
<b>Gerenciamento</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>55</b>	<b>825</b>	<b>100</b>		
N = 1	3	1	2	6	0	0	4	2	5	0	23	23	2,78			
R = 2	2	1	2	4	1	0	1	3	2	1	18	36	4,36			
50 = 3	1	1	2	3	0	1	7	5	1	3	26	78	9,45			
F = 4	7	7	7	2	5	4	5	1	1	1	42	168	20,36			
S = 5	2	5	2	0	9	10	2	2	9	5	55	275	33,33			
<b>Total</b>											<b>580</b>	<b>70,28</b>				
<b>Média</b>											<b>38,6</b>					

**APÊNDICE 8**

Resultados completos, Questionário Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997)



## APENDICE 10

Resultados supervisor saúde dividido por fatores. Questionário Oliveira et al. (2014) adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997)

<b>Fator</b>	<b>Enunciados</b>											<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Empatia</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	0	0	0	0	3	0	9	9	9	3	33	33	4,40
R = 2	0	0	0	0	8	3	4	6	1	1	23	46	6,13
50 = 3	0	2	0	0	0	2	0	0	4	1	9	27	3,60
F = 4	4	7	2	5	0	8	1	0	1	6	34	136	18,13
S = 5	11	6	13	10	4	2	1	0	0	4	51	255	34,00
<b>Total</b>												<b>497</b>	<b>66,26</b>
<b>Média</b>												<b>33,13</b>	
<b>Aprendizado</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>50</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	0	2	9	3	1	0	1	0	6	0	23	23	3,06
R = 2	0	6	3	1	1	2	0	0	6	0	19	38	5,06
50 = 3	0	3	0	3	2	0	6	2	1	0	17	51	6,80
F = 4	3	0	2	6	9	11	5	1	0	5	42	168	22,40
S = 5	12	4	1	2	2	2	3	12	0	0	38	190	25,33
<b>Total</b>												<b>470</b>	<b>62,66</b>
<b>Média</b>												<b>31,33</b>	
<b>Compreensão</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>			
N = 1	0	12	3	1	1	6	9	32	32	32	6,09		
R = 2	2	3	3	5	4	5	6	28	56	10,66			
50 = 3	0	0	4	8	5	4	0	21	63	12,00			
F = 4	2	0	3	1	3	0	0	9	36	6,85			
S = 5	11	0	2	2	2	0	0	17	85	16,19			
<b>Total</b>									<b>272</b>	<b>51,80</b>			
<b>Média</b>									<b>18,13</b>				

## APENDICE 11

Resultados, supervisionando saúde dividido por fatores. Questionário Oliveira et al. (2014)

adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997)

<b>Fator</b>	<b>Enunciados</b>											<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Empatia</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	0	1	0	0	3	0	12	14	8	6	44	44	5,86
R = 2	0	0	3	2	0	3	3	1	4	2	18	36	4,80
50 =3	1	1	0	3	5	0	0	0	0	2	7	21	2,80
F = 4	3	4	0	2	6	1	0	0	0	3	18	72	9,60
S = 5	11	9	14	8	1	11	0	0	1	2	57	285	38,00
<b>Total</b>												<b>458</b>	<b>61,06</b>
<b>Média</b>												<b>30,53</b>	
<b>Aprendizado</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>50</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	0	5	5	0	0	0	6	0	11	0	27	27	3,60
R = 2	0	1	6	0	0	0	1	1	4	0	15	30	4,00
50 =3	1	5	3	7	6	1	2	2	0	2	29	87	11,60
F = 4	1	4	1	2	2	4	4	4	0	4	26	104	13,00
S = 5	13	0	0	6	5	10	2	8	0	9	53	265	35,33
<b>Total</b>												<b>513</b>	<b>68,40</b>
<b>Média</b>												<b>34,2</b>	
<b>Compreensão</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>			
N = 1	0	10	0	4	1	3	12	30	30	5,71			
R = 2	3	4	6	7	1	2	2	25	50	9,52			
50 =3	4	0	7	3	4	3	1	22	66	12,57			
F = 4	0	0	1	0	6	1	0	8	64	12,76			
S = 5	8	1	1	1	3	4	0	18	90	17,14			
<b>Total</b>									<b>300</b>	<b>57,14</b>			
<b>Média</b>									<b>20,0</b>				

**APENDICE 12**

Resultados supervisonandos clínicos dividido por fatores. Questionário Oliveira et al. (2014)

adaptado de Nigam, Cameron e Leverette (1997)

<b>Fator</b>	<b>Enunciados</b>										<b>f</b>	<b>%</b>	
<b>Empatia</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	0	0	0	0	2	0	12	14	10	5	43	43	5,73
R = 2	0	0	0	1	9	0	0	1	4	2	17	34	4,53
50 =3	0	1	1	0	3	0	1	0	0	4	9	27	3,60
F = 4	4	2	1	7	1	5	1	0	0	3	24	96	12,80
S = 5	11	12	13	7	0	10	1	0	1	1	56	280	37,33
<b>Total</b>												<b>480</b>	<b>64,00</b>
<b>Média</b>													<b>32</b>
<b>Aprendizado</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>50</b>	<b>750</b>	<b>100</b>
N = 1	0	8	9	0	0	0	5	0	13	0	52	52	6,93
R = 2	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	4	8	1,06
50 =3	0	2	3	3	2	0	2	2	1	1	16	48	6,40
F = 4	2	3	1	4	6	6	5	3	1	6	37	148	19,73
S = 5	13	2	1	8	2	9	3	9	0	8	55	275	36,66
<b>Total</b>												<b>531</b>	<b>70,80</b>
<b>Média</b>													<b>35,4</b>
<b>Compreensão</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>525</b>	<b>100</b>			
N = 1	0	11	2	6	6	2	14	43	43	8,19			
R = 2	2	3	8	6	6	4	0	29	58	7,73			
50 =3	2	0	3	1	1	3	0	10	30	4,00			
F = 4	7	0	1	1	1	1	0	11	44	5,86			
S = 5	4	1	1	1	1	1	0	9	45	6,00			
<b>Total</b>									<b>220</b>	<b>29,00</b>			
<b>Média</b>												<b>14,66</b>	

**ANEXO 1****Questionário na Versão para o Estagiário**

(adaptação de Nigam, Cameron & Leverette, 1997, por Oliveira et al., 2014).

Responda considerando a seguinte escala: N = nunca; R = raramente; 50% = as vezes; F = frequentemente e S = sempre. Marque com um X o quadrante equivalente à resposta que lhe parece mais adequada, considerando a maioria de seus supervisores.

Quadro 1

<b>QUESTÕES</b>	<b>N</b>	<b>R</b>	<b>50%</b>	<b>F</b>	<b>S</b>
1. Seu supervisor apoia seu desejo de aprender?					
2. Seu supervisor ajusta seus conhecimentos para seu nível de treinamento e experiência?					
3. Você descreveria seu supervisor como um bom modelo?					
4. Você se sente respeitado pelo seu supervisor?					
5. O seu supervisor aceita os erros que você faz?					
6. O quanto você se sente criticado pelo seu supervisor?					
7. Você se sente compreendido pelo seu supervisor?					
8. Com que frequência seu supervisor impõe a você sua própria “prescrição psicoterapêutica”?					
9. Seu(s) supervisor (es) está(ao) disponíveis quando ocorre alguma crise com seu paciente?					
10. Você se sente obrigado a concordar com as ideias e pensamentos de seu supervisor?					
11. Alguma vez você ficou chateado com seu supervisor porque ele não lhe apoiou emocionalmente?					
12. O seu supervisor lhe dá exemplos de seus próprios pacientes para ajudá-lo a lidar com os dilemas dos seus pacientes?					

13. O seu supervisor encoraja a exploração de aspectos pessoais mobilizados pela interação com o paciente que possam interferir no processo psicoterapêutico?					
14. Com que frequência você lembra de uma situação em que o tratamento de um paciente não progrediu por mais de 3-4 semanas?					
15. Com que frequência você lembra que a supervisão de um paciente não trouxe nenhuma informação nova por mais de 3 ou 4 semanas?					
16. Com que frequência você sente que aprendeu algo na supervisão?					
17. Com que frequência pediu para que você preparasse supervisão verbalmente ou por escrito?					
18. Quão livre você é para expressar uma opinião diferente da de seu supervisor?					
19. Com que frequência você sentiu o supervisor invadindo sua vida pessoal?					
20. Alguma vez você se sentiu envergonhado ou humilhado pelos comentários do seu supervisor?					
21. O seu supervisor lhe ajuda com seus dilemas dizendo algo do tipo “o que eu faria nesta situação”?					
22. Com que frequência você sentiu que seu supervisor era “só trabalho” e deixou pouco espaço para trocas mais informais?					
23. Com que frequência você teve a experiência com um supervisor que tinha uma ideia pré-estabelecida de que as coisas devem ser feitas apenas da sua maneira?					
24. Alguma vez você se achou na posição de ter de “fincar o pé” contra seu supervisor?					
25. Alguma vez você se percebeu não dizendo o que realmente acontecia na terapia (atendimento) do seu paciente?					

26. Você acha que seu supervisor é fundamentalmente um crítico de seu trabalho?					
27. Você sente que seu supervisor tem confiança nas suas habilidades como psicoterapeuta?					
28. O seu supervisor faz demonstrações práticas de intervenção, tais como apresentação de filmes ou de transcrições de sessões					

## Questionário na Versão para Supervisores

(adaptação de Nigam, Cameron & Leverette, 1997, por Oliveira et al., 2014).

Responda considerando a seguinte escala: N = nunca; R = raramente; 50% = as vezes; F = frequentemente e S = sempre. Marque com um X o quadrante equivalente à resposta que lhe parece mais adequada, considerando a maioria de seus estagiários.

QUESTÕES	N	R	50%	F	S
1. Você apoia o desejo de aprender dos alunos supervisionados?					
2. Você ajusta seus conhecimentos para o nível de treinamento e experiência de seus alunos?					
3. Você é um bom modelo aos seus alunos/supervisionando?					
4. Você respeita seus alunos/supervisionandos?					
5. Aceita os erros que os alunos/supervisionandos cometem?					
6. Você se sente criticado pelos alunos/supervisionandos?					
7. Compreende seus alunos/supervisionandos?					
8. Com que frequência impõe a seus alunos/supervisionandos suas próprias ideias ou “prescrição psicoterapêutica”?					
9. Está disponível para esclarecer dúvidas de alunos para auxiliar ocorrências de crises com pacientes de seus supervisionandos?					
10. Obriga alunos/supervisionandos a concordarem com suas ideias, pensamentos e orientações didáticas e/ou de supervisão?					
11. Aborrece-se com os supervisionandos por não o apoiarem emocionalmente ou às suas ideias?					
12. Dá exemplos acerca de seus próprios pacientes para ajudar a lidar com os dilemas dos seus alunos/supervisionandos?					
13. Encoraja a exploração de aspectos contratransferênciais (aspectos pessoais mobilizados pela interação com o paciente que possam interferir no processo psicoterapêutico)?					
14. Você se lembra, em aulas ou supervisões, de situações em que o tratamento de um paciente não progrediu por mais de 3-4 semanas?					

15. Com que frequência você lembra que a supervisão de um paciente não trouxe nenhuma informação nova por mais de 3 ou 4 semanas?					
16. Com que frequência você sente que ensinou algo em aula ou supervisão?					
17. Com que frequência você prepara aula ou supervisão verbalmente ou por escrito?					
18. Quão livre você deixa seus alunos/supervisionandos para expressarem uma opinião diferente da sua?					
19. Com que frequência você se sentiu invadindo a vida pessoal de seus alunos/supervisionandos?					
20. Alguma vez você percebeu alunos/supervisionandos envergonhados ou humilhados pelos seus comentários?					
21. Você ajuda seus alunos/supervisionandos em seus dilemas dizendo algo do tipo “o que eu faria nesta situação é isto...”?					
22. Com que frequência sentiu que seu papel de supervisor era “só trabalho” e deixou pouco espaço para trocas mais informais?					
23. Com que frequência você teve a experiência, como professor ou supervisor, que tinha uma ideia pré-estabelecida de que as coisas devem ser feitas apenas da sua maneira?					
24. Alguma vez você se achou na posição de ter de “fincar o pé” contra seu aluno/supervisionando?					
25. Alguma vez você se percebeu não dizendo o que realmente acontecia na terapia (atendimento) dos seus pacientes?					
26. Você se acha fundamentalmente crítico de seu trabalho?					
27. Você sente confiança nas suas habilidades como psicoterapeuta?					
28. Você faz demonstrações práticas de intervenção, como apresentação de filmes e transcrições de sessões terapêuticas?					

**ANEXO 2**

Parecer de Aprovação do Projeto de Pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP