



SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: DOS MODELOS À QUALIDADE DOS CUIDADOS

**Coordenadoras da obra: Ana Maria Guégués da Silva Dias | Maria Margarida da Palma Goes |
Maria Otília Brites Zangão**

julho de 2026

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: DOS MODELOS À QUALIDADE DOS CUIDADOS

Conflitos de interesse

Os autores declaram não existir conflitos de interesse relacionados com a elaboração e publicação desta obra.

Os conteúdos apresentados em cada capítulo são da responsabilidade dos respetivos autores. Esta obra tem uma finalidade científica e pedagógica e não substitui normas profissionais, orientações clínicas, regulamentos institucionais ou disposições legais aplicáveis.

FICHA TÉCNICA

Título	SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: DOS MODELOS À QUALIDADE DOS CUIDADOS
Entidade editora	Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Largo dos Colegiais 2, 7004-516 Évora
Coordenação científica da obra	Ana Maria Guégués da Silva Dias Maria Margarida da Palma Goes Maria Otília Brites Zangão
Coordenação editorial e pedagógica	Ana Maria Guégués da Silva Dias Elisabete Macedo Alves Isabel Maria Tarico Bico Maria Margarida da Palma Goes Maria Otília Brites Zangão
Nota editorial	Ana Maria Guégués da Silva Dias Diretora de Curso da Pós-Graduação em Supervisão Clínica
Autoria	Artigo 1: Elisabete Alves; Ana Dias; Fátima Marques; Isaura Serra; José Moreira; Margarida Goes; Otília Zangão Artigo 2: Tito Félix; Paula Gomes; Inês Buinho; Ana Dias; Margarida Goes. Artigo 3: Cátia Tavares; Fábio Antunes; Patrícia Nascimento; Margarida Goes; Ana Dias. Artigo 4: Ana Azevedo; Marta Cruz; Catarina Silva; Fátima Marques. Artigo 5: Anellita Moreira; Mónica Palhais; Tiago Loureiro; José Moreira. Artigo 6: Daniela Matias; Luísa Costa; Catarina Fidalgo; Ana Dias; Margarida Goes. Artigo 7: Ângela Lourenço; Zélia Cameirão; Paulo Sabino; José Moreira. Artigo 8: Adriana Gamito; Beatriz Gonçalves; Pedro Carreira; Elisabete Alves; Otília Zangão Artigo 9: Ana Roque; Ana Carriço; Catarina Quaresma; Margarida Goes; Fátima Marques. Artigo 10: Conceição Fona; Lara Coelho; Teresa Pimpão; Ana Dias; Isaura Serra. Artigo 11: Carlos Simões; Rui Sim Sim; Mafalda Palhais; Otília Zangão; Isaura Serra. Artigo 12: Sónia Queimado; Ana Paulino; Catarina Almodôvar; Elisabete Alves; Otília Zangão. Artigo 13: Ana Tique; Elisabete Frade; Sandra Estrada; Margarida Goes; Ana Dias.
Revisão científica e validação de conteúdo	Ana Maria Guégués da Silva Dias Elisabete Macedo Alves Emanuel António Zambujo Boieiro Maria Margarida da Palma Goes Maria Otília Brites Zangão
Edição técnica, normalização editorial e paginação	Ana Maria Guégués da Silva Dias; Maria Margarida da Palma Goes.
ISBN	978-972-778-563-6
Ano	2026
Publicado por	Universidade de Évora, Largo dos Colegiais 2, 7004-516 Évora
Financiamento / enquadramento	PRR – Plano de Recuperação e Resiliência República Portuguesa União Europeia – NextGenerationEU

Publicado por:

Universidade de Évora, Largo dos Colegiais 2, 7004-516 Évora

Copyright © 2026, all rights reserved

ISBN 978-972-778-563-6

Prefácio

Prefaciador uma obra é, antes de mais, um gesto de proximidade: acompanhar à entrada aquilo que outros construíram com rigor e dedicação e convidar o leitor a percorrê-lo. Faço-o com gosto, tanto pela estima que me merecem as coordenadoras e os autores como pela pertinência do tema aqui tratado. Num momento em que a enfermagem portuguesa consolida a supervisão clínica como área de competência reconhecida e como prática ao serviço da qualidade, um livro que a pensa de forma abrangente e fundamentada constitui, por si só, um contributo oportuno.

Poucos temas traduzem tão claramente a maturidade de uma profissão como a forma que ela encontra para cuidar de quem cuida e para transformar a experiência em conhecimento. A supervisão clínica é precisamente esse lugar de encontro: entre teoria e prática, entre desenvolvimento profissional e segurança da pessoa cuidada, entre exigência técnica e dimensão humana e ética do cuidar. É, por isso, com particular apreço que apresento esta obra, fruto do trabalho conjunto de enfermeiros dos contextos de prática e de docentes da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e do *Comprehensive Health Research Centre* da Universidade de Évora.

Entende-se por supervisão clínica em enfermagem um processo formal, sistemático e reflexivo de acompanhamento profissional que, através de uma relação interpessoal estruturada, apoia a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, contribui para a qualidade e a segurança dos cuidados e oferece suporte ao profissional. Nesta tripla vocação — formar, salvaguardar a qualidade e cuidar de quem cuida — reside a sua especificidade e atualidade.

A supervisão clínica deixou há muito de se confundir com fiscalização, controlo hierárquico ou mera avaliação do desempenho. Afirma-se hoje como um processo intencional que acompanha o profissional no seu crescimento e o ajuda a tornar-se, a par de um melhor enfermeiro, uma pessoa mais consciente de si e da sua prática. Num tempo marcado por crescente complexidade clínica, tecnológica, organizacional e relacional, e em que a pressão assistencial e o desgaste profissional constituem ameaças reais à qualidade e à segurança, dispor de espaços protegidos de reflexão e acompanhamento não é um luxo académico: é uma condição de sustentabilidade dos cuidados e das equipas.

Um processo com esta ambição exige uma relação de outra natureza entre supervisor e supervisionado — feita de confiança, escuta atenta, respeito e segurança psicológica, permitindo expor dúvidas, reconhecer erros e pensar em voz alta sem receio de julgamento. É nesse encontro, mais do que em qualquer técnica, que a supervisão encontra a sua força e se torna verdadeiramente transformadora.

Esta obra aborda a supervisão clínica na sua natureza multidimensional, atenta tanto ao acompanhamento dos estudantes em ensino clínico como à supervisão dos enfermeiros ao longo da vida profissional. Ao longo de treze capítulos, organizados em cinco partes, o leitor é conduzido dos fundamentos conceptuais e dos modelos de supervisão às competências do enfermeiro supervisor, à comunicação e às estratégias de aprendizagem. Merece destaque a incursão por territórios menos explorados na literatura da especialidade: ambientes de elevada complexidade, como cuidados intensivos e urgência; gestão de conflitos em equipas multidisciplinares; cultura organizacional

enquanto condição de implementação; e desafios da era digital. A par das dimensões ética, deontológica e legal, esta arquitetura — que parte da conceptualização e culmina na qualidade dos cuidados — dá corpo ao título e oferece uma visão simultaneamente abrangente e aplicada.

Importa sublinhar o rigor metodológico que atravessa o livro. Cada capítulo assenta numa síntese sistematizada da evidência, conduzida segundo referenciais reconhecidos e reportada com transparência. Este cuidado confere à obra uma solidez pouco comum e traduz uma opção clara: fundamentar a prática supervisa na melhor evidência disponível, sem perder de vista a realidade dos contextos onde a enfermagem se exerce. O facto de muitos autores conjugarem experiência clínica com percurso académico reforça essa ponte entre investigação e prática que é, afinal, a razão de ser da supervisão. Disponibilizado em acesso aberto e ancorado na síntese da evidência, este livro não pretende substituir outros: soma-se ao que existe e amplia-o, aproximando a melhor evidência de quem, todos os dias, supervisiona e é supervisionado.

A obra não oculta as tensões e desafios do campo. A supervisão clínica exige mais do que boa vontade individual: requer competências específicas, formação estruturada dos supervisores, tempo protegido, reconhecimento institucional e uma cultura organizacional que valorize aprendizagem, colaboração e segurança psicológica. Sem estas condições, corre o risco de se reduzir a uma exigência burocrática, esvaziada da sua função formativa e restaurativa. Ao tornar visíveis estas condições, o livro não se limita a descrever a supervisão: convoca instituições e profissionais a criá-la e a sustentá-la.

Dirijo-me, assim, a um público alargado. Encontrarão nestas páginas matéria de reflexão estudantes de enfermagem e seus orientadores, enfermeiros supervisores e preceptores, responsáveis pela formação e pela governação clínica, e todos quantos se interrogam sobre como desenvolver profissionais competentes, reflexivos e capazes de aprender com a experiência. A cada leitor, a obra oferece não uma resposta única, mas um quadro de referência para decidir, de forma fundamentada, qual a supervisão mais adequada a cada contexto.

Resta-me felicitar as coordenadoras e todos os autores por este contributo relevante para a enfermagem portuguesa e de língua portuguesa. Obras como esta ajudam a consolidar a supervisão clínica como prática sistemática, reconhecida e orientada para a excelência, afirmando, uma vez mais, que a qualidade dos cuidados começa no cuidado que dedicamos a quem os presta. Faço votos de que a sua leitura inspire práticas mais seguras, mais reflexivas e mais humanas.

Manuel Lopes

Professor Coordenador Principal

Universidade de Évora — Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Portugal

ÍNDICE

Prefácio.....	4
Parte I — Fundamentos da supervisão clínica em enfermagem.....	7
Capítulo 1. Supervisão clínica em enfermagem: fundamentos conceptuais, modelos e desafios para a prática	7
Capítulo 2. Modelos de supervisão clínica em enfermagem: comparação e aplicabilidade prática	15
Parte II — Competências, comunicação e aprendizagem em ensino clínico	28
Capítulo 3. Competências essenciais do enfermeiro supervisor: da formação académica à prática profissional reflexiva	28
Capítulo 4. Comunicação em supervisão clínica: contributos para o desenvolvimento de competências	41
Capítulo 5. Supervisão em ensino clínico: estratégias de supervisão e influência na aprendizagem dos estudantes de enfermagem	53
Capítulo 6. Supervisão clínica, pensamento crítico e tomada de decisão em enfermagem	65
Parte III — Modalidades e contextos específicos de supervisão clínica	77
Capítulo 7. Supervisão entre pares em enfermagem: potencialidades e limitações desta modalidade de acompanhamento profissional.....	77
Capítulo 8. Competências do enfermeiro supervisor em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência.....	89
Capítulo 9. Supervisão clínica em equipas multidisciplinares: o papel na gestão de conflitos	100
Parte IV — Ética, qualidade, cultura organizacional e sustentabilidade.....	113
Capítulo 10. Dilemas éticos na prática supervisiva de enfermagem: implicações deontológicas e legais	113
Capítulo 11. O contributo da supervisão clínica para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao utente.....	126
Capítulo 12. Cultura organizacional e implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem	137
Parte V — Inovação e futuro da supervisão clínica.....	151
Capítulo 13. Supervisão clínica em enfermagem na era digital.....	151

Parte I — Fundamentos da supervisão clínica em enfermagem

Capítulo 1. Supervisão clínica em enfermagem: fundamentos conceptuais, modelos e desafios para a prática

Elisabete Alves

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Ana Dias

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Margarida Goes

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Otília Zangão

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

José Moreira

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Fátima Marques

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Isaura Serra

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A supervisão clínica em enfermagem tem vindo a afirmar-se como uma estratégia central para o desenvolvimento profissional, a aprendizagem reflexiva, a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa cuidada. Num contexto em que os sistemas de saúde se caracterizam por crescente complexidade técnica, ética, organizacional e relacional, torna-se indispensável promover processos estruturados que apoiem enfermeiros e estudantes de enfermagem na análise crítica da prática, na consolidação de competências e na tomada de decisão fundamentada (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Zonneveld et al., 2025).

Embora historicamente associada à formação inicial e ao ensino clínico, a supervisão clínica ultrapassa atualmente o contexto académico, assumindo-se também como uma estratégia de desenvolvimento profissional contínuo nos serviços de saúde. Esta evolução traduz uma mudança conceptual importante: a supervisão deixa de ser entendida apenas como acompanhamento, orientação ou avaliação do desempenho e passa a ser concebida como um espaço protegido de aprendizagem, reflexão crítica, suporte emocional, responsabilização profissional e melhoria contínua da prática (Butterworth, 1998; Lynch et al., 2008; Sloan & Watson, 2002).

Este capítulo tem como objetivo apresentar, de forma sintética e integradora, os principais conceitos que atravessam os capítulos deste ebook. Não pretende substituir os enquadramentos teóricos específicos de cada capítulo, mas antes oferecer uma base comum que permita compreender a supervisão clínica em enfermagem como um processo multidimensional, relacional, formativo, ético, organizacional e orientado para a qualidade dos cuidados.

1.1. Conceito de supervisão clínica em enfermagem

A supervisão clínica em enfermagem pode ser entendida como um processo estruturado, intencional e reflexivo que apoia o desenvolvimento profissional e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados. A sua finalidade é promover a articulação entre teoria e prática, facilitar a aquisição de competências, apoiar a tomada de decisão autónoma e garantir que a prática profissional decorre de acordo com princípios éticos, legais, científicos e de segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Proctor, 1986).

A Ordem dos Enfermeiros define a supervisão clínica como um processo formal, interpessoal, dinâmico e sistemático, orientado para a estruturação da aprendizagem, a construção do conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta definição evidencia três aspetos fundamentais: primeiro, a supervisão exige intencionalidade e organização; segundo, desenvolve-se numa relação interpessoal entre supervisor e supervisionado; terceiro, tem como finalidade última a melhoria da prática, da autonomia profissional e da segurança dos cuidados.

Sob esta perspetiva, a supervisão clínica não deve ser confundida com fiscalização administrativa, controlo hierárquico ou mera avaliação de desempenho. Pelo contrário, deve constituir-se como uma estratégia de suporte profissional baseada na confiança, no feedback estruturado, na compreensão

mútua, na confidencialidade e na reflexão partilhada sobre a prática (Lyth, 2000; Pollock et al., 2017). Quando reduzida a uma lógica punitiva ou burocrática, perde a sua função formativa e tende a gerar resistência, medo de exposição e menor adesão por parte dos profissionais.

1.2. Funções da supervisão clínica: o contributo do modelo de Proctor

Entre os referenciais mais mobilizados na literatura destaca-se o modelo de Proctor, que organiza a supervisão clínica em três funções interdependentes: formativa, normativa e restaurativa (Proctor, 1986; Proctor et al., 2001). Este modelo continua a ser particularmente útil porque permite compreender a supervisão clínica como um processo que articula aprendizagem, qualidade dos cuidados e suporte emocional.

A função formativa centra-se no desenvolvimento de competências, na aprendizagem e na reflexão crítica. Inclui a orientação do supervisionado, a análise de situações clínicas, a discussão de casos, o feedback estruturado e a promoção do pensamento crítico. Esta função permite transformar a experiência clínica em aprendizagem significativa e favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico, do julgamento clínico e da tomada de decisão (Kolb, 1984; Schön, 1983; Tanner, 2006).

A função normativa relaciona-se com a garantia da qualidade dos cuidados, o cumprimento de normas profissionais, a segurança da pessoa cuidada, a responsabilidade ética e a conformidade com padrões legais e deontológicos. Esta dimensão é essencial porque a supervisão clínica não se limita a apoiar a aprendizagem; deve também contribuir para práticas seguras, responsáveis e alinhadas com os referenciais profissionais da enfermagem (Kilminster & Jolly, 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A função restaurativa centra-se no suporte emocional, no bem-estar e na capacidade do profissional ou estudante lidar com as exigências afetivas e relacionais da prática clínica. Esta função assume particular importância em contextos marcados por pressão assistencial, sofrimento, exposição ao erro, conflito ético, stresse ocupacional ou risco de burnout. Ao criar um espaço seguro de escuta, reflexão e validação emocional, a supervisão clínica pode contribuir para a resiliência, a confiança profissional e a prevenção do desgaste (Cutcliffe et al., 2018; McDonough et al., 2025).

Estas três funções não devem ser entendidas como dimensões isoladas. Na prática, articulam-se de forma dinâmica. Uma supervisão eficaz exige equilíbrio entre desenvolvimento de competências, garantia da qualidade e suporte emocional. A predominância excessiva da função normativa pode aproximar a supervisão de uma lógica de controlo; a ausência desta função pode fragilizar a segurança dos cuidados; e a insuficiência da função restaurativa pode comprometer a confiança, a abertura e a aprendizagem reflexiva (Proctor et al., 2001; Zonneveld et al., 2025).

1.3. O enfermeiro supervisor e a relação supervisiva

O enfermeiro supervisor assume um papel central na operacionalização da supervisão clínica. A sua intervenção implica orientar, acompanhar, apoiar e avaliar o desenvolvimento do supervisionado, criando condições para a aprendizagem, a reflexão e a melhoria da prática. Para além do domínio técnico-científico, o supervisor deve mobilizar competências pedagógicas, relacionais, clínicas, ético-

deontológicas, comunicacionais, emocionais e de liderança (Chen et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A qualidade da supervisão depende, em grande medida, da relação estabelecida entre supervisor e supervisionado. Uma relação supervisiva baseada na confiança, respeito, escuta ativa, empatia, comunicação clara e feedback construtivo favorece a participação ativa, a autonomia progressiva e a consolidação de competências. Mais do que transmissor de conhecimento, o enfermeiro supervisor deve atuar como facilitador da reflexão crítica, apoiando o supervisionado na transformação da experiência em aprendizagem e da aprendizagem em competência profissional (Abreu, 2007; Hattie & Timperley, 2007; Johns, 2017).

Neste processo, a comunicação supervisiva assume uma função transversal. O diálogo, a escuta ativa, a clarificação de expectativas, o questionamento reflexivo e o feedback estruturado são elementos essenciais para promover aprendizagens significativas. Quando a comunicação é pouco clara, excessivamente diretiva ou centrada apenas na correção do erro, pode gerar insegurança, fragilizar a relação supervisiva e limitar o desenvolvimento de competências. Pelo contrário, uma comunicação eficaz contribui para a confiança, a reflexão, a tomada de decisão e a qualidade dos cuidados (Hattie & Timperley, 2007; Lynch et al., 2008).

A segurança psicológica constitui outra condição fundamental da supervisão clínica. Ambientes caracterizados por confiança, abertura e ausência de punição favorecem a expressão de dúvidas, a discussão de erros, a partilha de dificuldades e a análise crítica da prática. Quando esta condição está presente, a supervisão transforma-se num espaço de aprendizagem genuína; quando está ausente, tende a predominar uma lógica defensiva, na qual estudantes e profissionais evitam expor fragilidades ou discutir situações complexas (Edmondson, 1999; Hardie et al., 2022).

1.4. Reflexão, pensamento crítico e tomada de decisão

A reflexão constitui um pilar essencial da supervisão clínica em enfermagem. A partir dos contributos de Schön, é possível distinguir a reflexão-na-ação, que ocorre durante a prestação de cuidados e permite ajustar decisões em tempo real, da reflexão-sobre-a-ação, que ocorre posteriormente e permite analisar criticamente decisões, emoções, resultados e alternativas (Schön, 1983). Esta perspetiva é complementada por modelos de aprendizagem experiencial que defendem que a experiência apenas se transforma em aprendizagem quando é analisada, interpretada e integrada criticamente (Kolb, 1984).

Na prática de enfermagem, a reflexão estruturada favorece o desenvolvimento do pensamento crítico, do raciocínio clínico, do julgamento clínico e da tomada de decisão. Estes processos são particularmente relevantes em contextos clínicos complexos, nos quais os profissionais têm de interpretar informação diversa, identificar prioridades, antecipar riscos e decidir de forma fundamentada (Benner, 1984; Tanner, 2006).

A supervisão clínica contribui para estes processos ao promover questionamento, análise de casos, discussão de situações reais, feedback, debriefing, escrita reflexiva e aprendizagem a partir da

experiência. Assim, a supervisão não se limita a acompanhar a prática; cria condições para que a prática seja compreendida, questionada e melhorada (Johns, 2017; Pires et al., 2021).

1.5. Modalidades, contextos e desafios contemporâneos

A supervisão clínica em enfermagem pode assumir diferentes modalidades, desde modelos individuais até abordagens colaborativas, grupais, entre pares, interprofissionais ou mediadas por tecnologias digitais. A diversidade de modelos reflete a complexidade dos contextos de formação e prática, mas também exige critérios claros para a sua seleção e adaptação. Não existe um modelo único ideal; a sua adequação depende dos objetivos, da população envolvida, da cultura organizacional, dos recursos disponíveis, da preparação dos supervisores e das características do contexto clínico (Sloan & Watson, 2002; Zonneveld et al., 2025).

No ensino clínico, a supervisão é fundamental para apoiar a transição entre conhecimento teórico e prática profissional, facilitar a integração progressiva do estudante na equipa e promover autonomia responsável. Nos serviços de saúde, a supervisão pode contribuir para o desenvolvimento profissional contínuo, o suporte entre pares, a gestão de situações complexas, a qualidade dos cuidados e o bem-estar dos profissionais. Em contextos de elevada complexidade, como unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, exige maior flexibilidade, capacidade de priorização, tomada de decisão em tempo real, debriefing e suporte emocional (Benner, 1984; Hennis et al., 2021).

A supervisão clínica pode ainda assumir relevância em equipas multidisciplinares, nas quais a diversidade de saberes, papéis e responsabilidades pode gerar tensões ou conflitos. Quando sustentada na confiança, comunicação assertiva, liderança participativa e segurança psicológica, pode contribuir para prevenir, mediar e transformar o conflito em oportunidade de aprendizagem e melhoria da colaboração (Alvarez & Coiera, 2006; Greer et al., 2012; Jehn & Bendersky, 2003).

A transformação digital dos sistemas de saúde coloca igualmente novos desafios à supervisão clínica. Plataformas online, videoconferência, ambientes virtuais e modelos híbridos podem aumentar acessibilidade, flexibilidade e continuidade dos processos supervisivos. Contudo, a supervisão mediada por tecnologia exige atenção à literacia digital, à confidencialidade, à segurança dos dados, à qualidade da relação supervisiva e à adequação das ferramentas aos objetivos pedagógicos e clínicos (Belšak & Simonič, 2018; Martin et al., 2017; McCutcheon et al., 2018; Mather et al., 2013).

1.6. Ética, cultura organizacional e qualidade dos cuidados

A supervisão clínica é também um processo eticamente sensível, uma vez que articula apoio, avaliação, responsabilidade profissional e proteção da pessoa cuidada. O supervisor clínico pode ser confrontado com dilemas relacionados com confidencialidade, justiça na avaliação, gestão do erro clínico, dever de reporte, segurança do utente e tensão entre apoiar o desenvolvimento do supervisionado e assegurar padrões de qualidade e segurança (Beauchamp & Childress, 2019; Berggren et al., 2005; Jameton, 1984).

Estas dimensões evidenciam que a supervisão clínica não pode ser entendida apenas como prática pedagógica ou relacional. Trata-se também de uma prática ética, deontológica e legalmente enquadrada, exigindo responsabilidade, prudência, capacidade de deliberação e conhecimento dos referenciais profissionais aplicáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2020).

A implementação efetiva da supervisão clínica depende fortemente da cultura organizacional. Organizações que valorizam aprendizagem contínua, colaboração, segurança psicológica, liderança de suporte e desenvolvimento profissional tendem a criar condições mais favoráveis à supervisão. Pelo contrário, culturas punitivas, excessivamente hierarquizadas, centradas na culpabilização do erro ou desprovidas de tempo protegido dificultam a comunicação aberta, a reflexão e a adesão dos profissionais aos processos supervisivos (Aldhafeeri, 2024; Edmondson, 1999).

A supervisão clínica não deve, por isso, ser pensada apenas como responsabilidade individual do supervisor. A sua sustentabilidade exige condições estruturais e organizacionais, nomeadamente tempo protegido, reconhecimento institucional, formação dos supervisores, clareza de papéis, recursos adequados, integração nos modelos de governação clínica e mecanismos de avaliação do impacto (Brunero & Lamont, 2012; Cutcliffe et al., 2018; Edgar et al., 2023).

Quando integrada numa cultura organizacional favorável, a supervisão clínica pode contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Ao apoiar o desenvolvimento de competências, a reflexão crítica, o suporte emocional, a comunicação e a responsabilidade profissional, favorece práticas mais seguras, humanizadas e centradas na pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ryan, 2022; Tawfik et al., 2023).

1.7. Organização do ebook

Os capítulos seguintes aprofundam diferentes dimensões da supervisão clínica em enfermagem. A Parte I apresenta os principais modelos e referenciais de supervisão. A Parte II centra-se nas competências do enfermeiro supervisor, na comunicação, nas estratégias de aprendizagem, no pensamento crítico e na tomada de decisão. A Parte III analisa modalidades e contextos específicos, incluindo a supervisão entre pares, os ambientes de elevada complexidade e as equipas multidisciplinares. A Parte IV aborda os dilemas éticos, a qualidade e a segurança dos cuidados e a influência da cultura organizacional na implementação da supervisão. Por fim, a Parte V discute as oportunidades e os desafios associados à supervisão clínica mediada por tecnologias digitais. Deste modo, o ebook procura oferecer uma visão integrada, mas também aplicada, da supervisão clínica em enfermagem, articulando fundamentos conceptuais, modelos, competências, estratégias, contextos, desafios organizacionais, inovação e recomendações para a prática.

2. Conclusão

A supervisão clínica em enfermagem constitui um processo complexo, multidimensional e essencial para a formação, o desenvolvimento profissional, a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa

cuidada. A sua especificidade reside na articulação entre aprendizagem, reflexão, comunicação, responsabilidade profissional, suporte emocional, ética e melhoria contínua da prática.

Enquanto processo relacional, formativo, normativo e restaurativo, a supervisão clínica exige competências específicas do enfermeiro supervisor, estratégias pedagógicas adequadas, segurança psicológica, cultura organizacional favorável e enquadramento ético-deontológico. A sua eficácia depende não apenas da qualidade da relação supervisor-supervisionado, mas também das condições institucionais que permitem transformar a supervisão numa prática sistemática, reconhecida e sustentável.

Os capítulos deste ebook aprofundam estas dimensões, contribuindo para uma compreensão alargada da supervisão clínica em enfermagem e reforçando a necessidade de práticas supervisivas sustentadas na evidência, adaptadas aos contextos reais de cuidados e orientadas para a excelência da enfermagem.

3. Referências bibliográficas

- Abreu, W. C. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau.
- Aldhafeeri, N. A. (2024). Organizational culture: A concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 37(4), 365–372. <https://doi.org/10.1177/08943184241269891>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2016). Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem (3.^a ed.). Almedina.
- Alvarez, G., & Coiera, E. (2006). Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error? *Journal of Critical Care*, 21(3), 236–242. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.02.004>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Belšak, K., & Simonič, A. (2018). Ethical issues in the use of technology in clinical supervision. *Psihoterapija*, 32.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Berggren, I., Barbosa da Silva, A., & Severinsson, E. (2005). Core ethical issues of clinical nursing supervision. *Nursing & Health Sciences*, 7(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00224.x>
- Brunero, S., & Lamont, S. (2012). The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a generalist tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 186–193. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00913.x>
- Butterworth, T. (1998). Clinical supervision as an emerging idea in nursing. In T. Butterworth & J. Faugier (Eds.), *Clinical supervision and mentorship in nursing* (pp. 3–18). Chapman & Hall.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Teixeira, A. P., Pereira, M. A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: Manual prático — Modelo SAFECARE. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Chen, T., Hsiao, C., Chu, T., Chen, S., Liao, M., & Hung, C. (2023). Are we of one mind about core competencies of nurse preceptors? A nominal group technique study. *Nursing Open*, 10(2), 1144–1150. <https://doi.org/10.1002/nop2.1376>
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Edgar, D., Moroney, T., & Wilson, V. (2023). Clinical supervision: A mechanism to support person-centred practice? An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 1935–1951. <https://doi.org/10.1111/jocn.16232>
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Greer, L. L., Saygi, O., Aaldering, H., & De Dreu, C. K. W. (2012). Conflict in medical teams: Opportunity or danger? *Medical Education*, 46(10), 935–942. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04321.x>
- Hardie, P., O'Donovan, R., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 22, Article 816. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9>

- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
- Hennus, M. P., Young, J. Q., Hennessy, M., Friedman, K. A., de Vries, B., Hoff, R. G., O'Connor, E., Patterson, A., Curley, G., Thakker, K., van Dam, M., van Dijk, D., van Klei, W. A., & Ten Cate, O. (2021). Supervision, interprofessional collaboration, and patient safety in intensive care units during the COVID-19 pandemic. *ATS Scholar*, 2(3), 397–414. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0165OC>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice Hall.
- Jehn, K. A., & Bendersky, C. (2003). Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relationship. *Research in Organizational Behavior*, 25, 187–242. [https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(03\)25005-X](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(03)25005-X)
- Johns, C. (2017). *Becoming a reflective practitioner* (5th ed.). Wiley-Blackwell.
- Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: A literature review. *Medical Education*, 34(10), 827–840. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Lynch, L., Hancox, K., Happell, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. Wiley-Blackwell.
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722–729. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01329.x>
- Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). Effective use of technology in clinical supervision. *Internet Interventions*, 8, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.03.001>
- Mather, C., Marlow, A., & Cummings, E. (2013). Digital communication to support clinical supervision: Considering the human factors. In *Studies in Health Technology and Informatics*. IOS Press. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-293-6-160>
- McCutcheon, K., O'Halloran, P., & Lohan, M. (2018). Online learning versus blended learning of clinical supervisee skills with pre-registration nursing students: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.005>
- McDonough, J., Rhodes, K., & Procter, N. (2025). The impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1). <https://doi.org/10.1111/inm.13463>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018, de 14 de junho: Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113, 16656–16663.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Regulamento n.º 722/2020, de 7 de setembro: Regulamento da competência acrescida avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 173, 75–81.
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de supervisão clínica: Análise crítico-reflexiva das práticas. *Millenium*, 2(14), 47–55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Proctor, B. (1986). Supervision: A cooperative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring: Supervision in practice* (pp. 21–34). National Youth Bureau.
- Proctor, B., Cutcliffe, J. R., & Butterworth, T. (2001). Fundamental themes in clinical supervision: Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. Routledge.
- Ryan, L. (2022). The role of clinical supervision in supporting nurses' wellbeing and quality care. *Nursing Management*, 29(4), 20–25.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: Structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 17(4), 41–46. <https://doi.org/10.7748/ns2002.10.17.4.41.c3279>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Tawfik, D. S., Scheid, A., Profit, J., Shanafelt, T., Trockel, M., Adair, K. C., Sexton, J. B., & Ioannidis, J. P. A. (2023). Evidence relating health care provider burnout and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 176(7), 968–977. <https://doi.org/10.7326/M22-1153>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2025). Clinical supervision models and frameworks used in nursing: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(7), 3583–3599. <https://doi.org/10.1111/jan.16678>

Capítulo 2. Modelos de supervisão clínica em enfermagem: comparação e aplicabilidade prática

Tito Manuel de Jesus Félix

Hospital CUF - Faro, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Faro, Portugal.

Paula Alexandra Antas Gomes

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, USF Alcaides, Montemor-o-Novo, Portugal.

Inês Grilo Buinho

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Unidade de AVC, Évora, Portugal.

Ana Dias

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Margarida Goes

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A operacionalização da supervisão clínica em enfermagem exige a seleção de modelos capazes de orientar a relação supervisiva, estruturar o processo de acompanhamento e responder às necessidades específicas dos contextos de ensino clínico. A existência de diferentes modelos constitui uma oportunidade para adaptar a supervisão às características dos estudantes, dos supervisores, das instituições de ensino e dos serviços clínicos. Contudo, esta diversidade coloca também desafios à seleção do modelo mais adequado.

No ensino clínico, a escolha do modelo de supervisão influencia a forma como o estudante se integra na equipa, desenvolve competências, articula teoria e prática, recebe feedback e constrói autonomia progressiva. Modelos mais tradicionais, como a preceptoria, tendem a privilegiar o acompanhamento individual e próximo; modelos colaborativos, como o Dedicated Education Unit, o Collaborative Learning in Practice, o Clinical School Supervision e o peer learning, valorizam a aprendizagem em equipa, a supervisão distribuída e a participação ativa do estudante (Sloan & Watson, 2002; Zonneveld et al., 2025).

Apesar da diversidade de modelos descritos na literatura, persistem lacunas quanto aos critérios que devem orientar a sua seleção e adaptação aos contextos concretos de ensino clínico. A escolha do modelo nem sempre é sustentada por uma análise explícita dos objetivos formativos, recursos disponíveis, preparação dos supervisores, dimensão dos grupos de estudantes, cultura organizacional e articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde (Spence et al., 2019).

Assim, este capítulo tem como objetivo mapear a evidência científica existente sobre os modelos de supervisão clínica em enfermagem e analisar a sua aplicabilidade prática em contexto de ensino clínico.

1.1. Enquadramento específico: modelos de supervisão clínica em ensino clínico

A supervisão clínica em enfermagem pode ser concretizada através de diferentes modelos, que variam quanto à organização da relação supervisiva, aos papéis atribuídos aos intervenientes, ao grau de autonomia conferido ao estudante, à articulação entre escola e serviço e às estratégias pedagógicas utilizadas. Neste sentido, os modelos funcionam como referenciais organizadores da prática supervisiva, permitindo estruturar objetivos, responsabilidades, formas de acompanhamento e critérios de avaliação.

No contexto do ensino clínico, os modelos de supervisão podem ser compreendidos num continuum entre abordagens individuais, colaborativas e ativas/reflexivas. As abordagens individuais, como a preceptoria, assentam numa relação próxima entre estudante e profissional experiente, favorecendo acompanhamento direto, integração gradual e aprendizagem de procedimentos. Contudo, podem apresentar limitações associadas à disponibilidade do preceptor, à variabilidade da preparação pedagógica e ao risco de dependência excessiva do estudante (Sloan & Watson, 2002; Ekstedt et al., 2019).

Os modelos colaborativos, como o Dedicated Education Unit, o Collaborative Learning in Practice, o Clinical School Supervision e o peer learning, procuram responder a algumas destas limitações através da supervisão distribuída, da aprendizagem em grupo, da integração do estudante na equipa e da articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde. Estes modelos tendem a promover maior autonomia, colaboração e pensamento crítico, mas exigem maior preparação organizacional, definição clara de papéis e cultura de aprendizagem colaborativa (Borren & Harding, 2020; Hill et al., 2020; McLeod et al., 2021; Williams et al., 2021).

As abordagens ativas e reflexivas, como o Active Clinical Training Approach e o modelo de Proctor, valorizam a aprendizagem baseada em problemas, o questionamento, o feedback, a reflexão e o suporte emocional. Estas abordagens são particularmente relevantes quando se pretende promover raciocínio clínico, autonomia, tomada de decisão e desenvolvimento pessoal em contexto clínico (Al-Moteri, 2020; Diogo et al., 2016; Lynch et al., 2008).

Assim, a análise dos modelos não deve centrar-se apenas nas suas características formais, mas também nas condições que permitem a sua aplicação prática. A adequação do modelo depende dos objetivos pedagógicos, do nível de desenvolvimento dos estudantes, da preparação dos supervisores, da complexidade do contexto clínico, dos recursos disponíveis e da articulação entre escola e serviço.

2. Métodos

Com o objetivo de mapear a evidência disponível sobre modelos de supervisão clínica em enfermagem e a sua aplicabilidade em contexto de ensino clínico, foi realizada uma scoping review, de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute e do PRISMA-ScR. Este desenho foi considerado adequado por permitir identificar, caracterizar e sistematizar diferentes modelos, abordagens, contextos de aplicação, condições de implementação e lacunas existentes na literatura.

A questão de investigação formulada foi: “Quais os modelos de supervisão clínica em enfermagem e a sua aplicabilidade no ensino clínico?” A questão foi estruturada com base no modelo PCC: Population, Concept, Context (Tabela 1).

Tabela 1. Modelo PCC

P	População	Estudantes de enfermagem em ensino clínico.
C	Conceito	Modelos de supervisão clínica.
C	Contexto	Ensino clínico de enfermagem baseado em modelos de supervisão clínica.

Foram ainda consideradas questões orientadoras adicionais: que modelos ou abordagens de supervisão clínica são descritos na literatura; quais os seus pressupostos e principais características; em que contextos têm sido aplicados; que vantagens e limitações são identificadas; e que fatores podem orientar a escolha ou adaptação dos modelos ao contexto de ensino clínico.

A estratégia de pesquisa combinou descritores controlados e termos livres relacionados com ensino clínico, supervisão clínica, preceptoria, modelos teóricos e estudantes de enfermagem. Foram

utilizados descritores indexados, nomeadamente Medical Subject Headings (MeSH), na base de dados PubMed, bem como descritores equivalentes na CINAHL. Os termos livres foram pesquisados nos campos de título e resumo, incluindo expressões como “clinical supervision”, “nursing supervision”, “preceptorship”, “models, theoretical”, “clinical practice”, “nursing education”, “nursing student*” e “student nurs*”, combinadas através dos operadores booleanos AND e OR. As equações de pesquisa foram adaptadas à sintaxe de cada base de dados e encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Tabela Metodológica

Base de dados	Data	Expressão de pesquisa	Campos	Limitadores	Resultados
CINAHL Complete	20/03/2026	((("clinical practice" OR "nursing education") OR MH (education, nursing)) AND (XB ("clinical supervision" OR "nursing supervision" OR "preceptorship, models" OR "Models, Theoretical") OR MH ("Nursing Models, Theoretical" OR "Clinical Supervision" OR "Preceptorship"))) AND (XB ("nursing student*" OR "student nurs*") OR MH ("Students, Nursing"))	XB (termos livres) e MH (descritores CINAHL/assunto).	Últimos 10 anos; português, inglês, espanhol e francês; texto integral; enquadramento no PCC	395
PubMed	20/03/2026	((("clinical practice"[Title] OR "nursing education"[Title]) OR ("Education, Nursing"[MeSH Terms])) AND (("clinical supervision"[Title] OR "nursing supervision"[Title] OR "preceptorship, models"[Title] OR "Models, Theoretical"[Title]) OR ("Preceptorship"[MeSH Terms]))) AND (("nursing student*"[Title] OR "student nurs*"[Title]) OR ("Students, Nursing"[MeSH Terms]))	Title e MeSH Terms.	Últimos 10 anos; português, inglês, espanhol e francês; texto integral; enquadramento no PCC	354
Scopus	20/03/2026	TITLE-ABS ("clinical practice" OR "nursing education") AND TITLE-ABS ("clinical supervision" OR "nursing supervision" OR "preceptorship, models" OR "Models, Theoretical") AND TITLE-ABS ("nursing student*" OR "student nurs*")	Título e Resumo	Últimos 10 anos; português, inglês, espanhol e francês; texto integral; enquadramento no PCC	40

A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL Complete, PubMed e Scopus, com limite temporal de 10 anos. Foram incluídos estudos primários quantitativos, qualitativos e de métodos mistos, bem como revisões da literatura relevantes para o mapeamento da evidência, publicados em português, inglês, espanhol ou francês, com acesso ao texto integral, e que abordassem modelos ou abordagens estruturadas de supervisão clínica em enfermagem no contexto do ensino clínico. As revisões da literatura foram incluídas apenas quando contribuíssem para a identificação, caracterização ou comparação de modelos de supervisão clínica, não sendo utilizadas para duplicar resultados de estudos primários já incluídos. Foram excluídos estudos que não se centrassem em estudantes de enfermagem, que não abordassem modelos ou abordagens de supervisão, que não se enquadrassem no contexto de ensino clínico, que não apresentassem uma abordagem estruturada do conceito em análise ou que não disponibilizassem texto integral.

Os artigos identificados foram exportados para a plataforma Rayyan, onde se procedeu à remoção de duplicados. A seleção dos estudos decorreu em duas fases: numa primeira etapa, foram analisados os títulos e resumos e, numa fase posterior, procedeu-se à leitura integral dos artigos considerados potencialmente relevantes. Este processo foi realizado por dois revisores de forma independente, sendo as divergências resolvidas por consenso e, sempre que necessário, com a participação de um terceiro revisor. Os motivos de exclusão na fase de triagem e elegibilidade foram registados e agrupados de acordo com a sua natureza, nomeadamente população não elegível, conceito não relevante, desenho de estudo não adequado ou idioma não elegível.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma grelha de charting previamente definida, alinhada com a questão PCC e com os objetivos da revisão. Foram extraídas as seguintes variáveis: autor(es)/ano, país, tipo de estudo, objetivo, população/participantes, contexto, modelo ou abordagem de supervisão, características do modelo, condições de aplicabilidade, resultados principais e implicações para a prática. A extração foi efetuada de forma independente por dois revisores, sendo as divergências resolvidas por consenso e, quando necessário, com a participação de um terceiro revisor. Os dados extraídos foram posteriormente organizados por eixos de mapeamento, de modo a identificar modelos de supervisão clínica em enfermagem, contextos de aplicação, requisitos organizacionais, vantagens, limitações e implicações para o ensino clínico.

Não foi realizada avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que o objetivo da scoping review foi mapear a extensão, natureza e características da evidência disponível, e não avaliar a eficácia dos modelos identificados.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

Foram identificados 789 registos nas bases de dados. Após remoção de 80 duplicados, foram triados 709 registos por título e resumo. Nesta fase, foram excluídos 688 registos por não cumprirem os critérios definidos. Foram avaliados 21 relatórios em texto integral, dos quais 10 foram excluídos por conceito não relevante. No total, foram incluídos 11 estudos na síntese final (Figura 1).

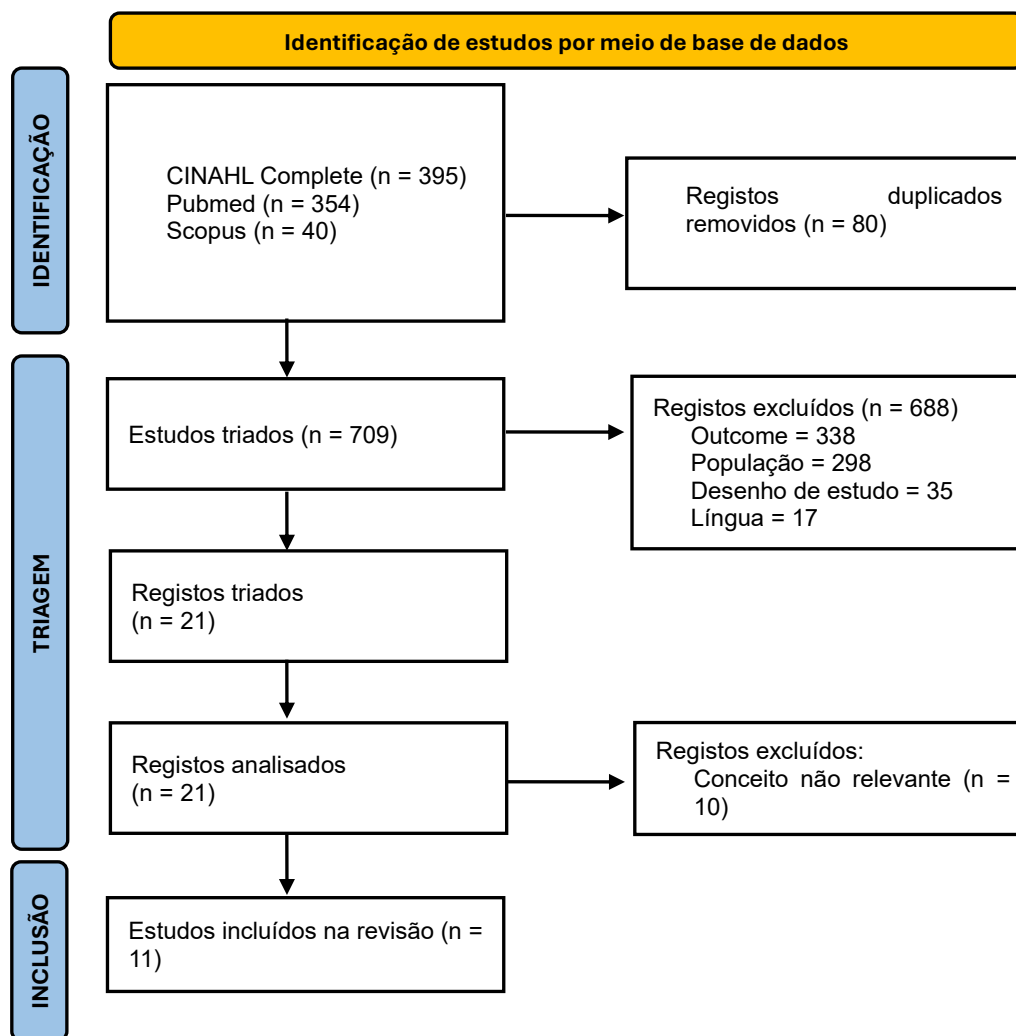


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos (PRISMA-ScR)

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Os estudos incluídos apresentaram heterogeneidade quanto ao país de realização, desenho metodológico, contexto clínico, população envolvida e modelo ou abordagem de supervisão clínica analisada. Foram desenvolvidos em diferentes contextos geográficos, nomeadamente Arábia Saudita, Estados Unidos da América, Nova Zelândia, Portugal, Suécia, Reino Unido, Austrália e Emirados Árabes Unidos. Relativamente ao desenho metodológico, foram identificados estudos quantitativos, qualitativos, de métodos mistos, revisões sistemáticas, artigos conceptuais e discussion papers. A população-alvo foi constituída maioritariamente por estudantes de enfermagem em ensino clínico, embora alguns estudos tenham incluído também preceptores, supervisores clínicos, mentores, facilitadores, enfermeiros assistenciais, docentes e coordenadores académicos. Os contextos de aplicação abrangeram ensino clínico hospitalar, contextos médico-cirúrgicos, ambientes agudos e comunitários, unidades clínicas com múltiplas instituições de ensino e contextos multiculturais.

A síntese dos estudos incluídos, incluindo país/contexto, modelo ou abordagem analisada, participantes, variáveis extraídas, principais resultados reportados e condições de aplicação identificadas, encontra-se apresentada na Tabela 3.

3.3. Modelos e abordagens identificados

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar diferentes modelos e abordagens de supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente preceptoria, peer learning, Dedicated Education Unit, Collaborative Learning in Practice, Active Clinical Training Approach, Clinical School Supervision, Culture of Caring e modelo de Proctor.

Para apresentação dos resultados, os modelos identificados foram organizados em três grupos: modelos individuais de supervisão, modelos colaborativos de supervisão e abordagens ativas/reflexivas. Nos modelos individuais de supervisão, a preceptoria foi o modelo mais representativo. Este modelo foi associado ao acompanhamento próximo do estudante, à aprendizagem de procedimentos, à orientação individualizada e à integração inicial no contexto clínico. Os estudos que abordaram a preceptoria identificaram também condições relevantes para a sua aplicação, nomeadamente a disponibilidade do preceptor, a preparação para a função supervisiva e a clareza dos objetivos de aprendizagem.

Nos modelos colaborativos de supervisão, foram identificados o peer learning, o Dedicated Education Unit, o Collaborative Learning in Practice e o Clinical School Supervision. Estes modelos foram associados à aprendizagem em grupo, supervisão distribuída, articulação entre escola e serviço, integração do estudante na equipa clínica, desenvolvimento de autonomia, colaboração e pensamento crítico. Os estudos que analisaram estes modelos referiram como condições de aplicação a existência de parceria academia-serviço, definição clara de papéis, preparação dos participantes, apoio institucional, gestão da carga dos supervisores e cultura colaborativa.

Tabela 3. Síntese dos estudos incluídos

Estudo	País/contexto	Modelo/abordagem de supervisão	Participantes	Variáveis extraídas	Resultados relevantes	Implicações para aplicabilidade
Al-Moteri, 2020	Arábia Saudita; ensino clínico hospitalar.	Active Clinical Training Approach (ACTA).	41 estudantes de enfermagem e 4 supervisores clínicos.	Tipo de estudo; objetivo; contexto; população; modelo; características; aplicabilidade; resultados; implicações.	Modelo de aprendizagem ativa baseado em problemas, autonomia, iniciativa e interação socrática; aumento da motivação, autonomia e raciocínio clínico; menor dependência do supervisor.	Aplicável a vários contextos clínicos, desde que exista capacitação pedagógica dos supervisores em metodologias ativas; útil para promover pensamento crítico e aprendizagem autodirigida.
Auxier & Simpson, 2018	EUA; ensino clínico.	Dedicated Education Unit (DEU).	Não aplicável; artigo conceptual.	Papel do coordenador; articulação teoria-prática; estrutura de supervisão; condições institucionais.	Supervisão partilhada entre Clinical Instructor e Clinical Faculty Coordinator; melhoria da experiência formativa; proposta de estrutura inovadora e sustentável.	Requer reorganização institucional, definição de papéis e colaboração universidade-serviço; aplicável quando exista compromisso organizacional.

Estudo	País/contexto	Modelo/abordagem de supervisão	Participantes	Variáveis extraídas	Resultados relevantes	Implicações para aplicabilidade
Borren & Harding, 2020	Nova Zelândia; ensino clínico em múltiplos contextos.	Dedicated Education Unit (DEU).	Não aplicável.	Fatores de sustentabilidade; parceria academia-serviço; supervisão partilhada; integração na equipa; <i>peer learning</i> .	Modelo colaborativo academia-serviço com Clinical Liaison Nurse/Academic Liaison Nurse; melhoria da integração, satisfação e expansão do modelo.	Elevada adaptabilidade, mas dependente de mudança organizacional, colaboração interinstitucional e sustentação de papéis supervivos.
Diogo et al., 2016	Portugal; ensino clínico.	Modelo de Proctor, com ênfase na função de suporte.	Estudantes e enfermeiros supervisores.	Função restaurativa/suporte; reflexão; desenvolvimento pessoal; desempenho em ensino clínico.	Supervisão centrada no suporte emocional, reflexão e desenvolvimento pessoal; desenvolvimento de competências emocionais e melhoria do desempenho.	Aplicável em contextos clinicamente exigentes; recomenda integração explícita da dimensão emocional/restaurativa na supervisão.
Ekstedt et al., 2019	Suécia; ensino clínico hospitalar.	<i>Peer Learning / Preceptorship</i> .	Estudantes de enfermagem.	Perceções dos estudantes; autonomia; colaboração; pensamento crítico; comparação entre supervisão por pares e relação individual 1:1.	<i>Peer learning</i> associado a maior autonomia, colaboração e pensamento crítico; <i>preceptorship</i> mantém acompanhamento próximo mas pode reforçar dependência.	Modelos colaborativos são úteis em contextos com elevada carga formativa; a escolha deve ponderar maturidade dos estudantes e recursos supervivos.
Hill et al., 2020	Reino Unido; contextos agudos e comunitários.	Collaborative Learning in Practice (CLIP).	Estudantes e <i>stakeholders</i> .	Organização da aprendizagem em grupo; mentor como <i>coach</i> ; autonomia; preparação profissional; requisitos de implementação.	Aprendizagem em grupo com mentor como <i>coach</i> ; maior autonomia e preparação profissional; redução da dependência do supervisor individual.	Exige preparação dos participantes e cultura de aprendizagem colaborativa; adequado para contextos que pretendem aumentar capacidade formativa e autonomia.
Jayasekara et al., 2018	Austrália; diversos contextos clínicos.	Preceptor; Facilitator; DEU; Mentor.	Estudantes, preceptores e facilitadores.	Modelos de educação clínica; estruturas individuais vs. partilhadas; integração teoria-prática; experiências formativas; qualidade da evidência.	Evidência limitada; modelos facilitator e DEU associados a melhores experiências; diferenças entre estruturas individuais e partilhadas.	A aplicabilidade depende dos recursos e da organização institucional; requer adaptação ao contexto e investigação adicional antes de generalizações.
Letcher et al., 2020	EUA; contexto médico-cirúrgico.	Culture of Caring (COC).	Estudantes e profissionais de saúde.	Cuidado seguro e centrado na pessoa; liderança; desenvolvimento profissional; articulação entre supervisor clínico e pedagógico.	Modelo centrado no cuidado seguro, pessoa, liderança e desenvolvimento profissional; melhoria da integração teoria-prática e redução de inconsistências formativas.	Aplicável em contextos com múltiplas instituições; favorece padronização curricular e valorização do supervisor clínico.
McLeod et al., 2021	Austrália; ensino clínico em diversos contextos.	Clinical School Supervision (CSS).	43 estudantes e 13 preceptores.	Experiências dos estudantes e preceptores; supervisão dupla; continuidade teoria-prática; pertença; carga de trabalho.	Extensão do DEU com supervisão dupla (preceptor + académico); maior sentimento de pertença; sobrecarga dos preceptores.	Requer alinhamento organizacional e gestão da carga de trabalho; implica apoio e reconhecimento explícito dos supervisores.

Estudo	País/contexto	Modelo/abordagem de supervisão	Participantes	Variáveis extraídas	Resultados relevantes	Implicações para aplicabilidade
Spence et al., 2019	Nova Zelândia/Austrália; ensino clínico.	Facilitator; Preceptor; DEU.	Não aplicável; <i>discussion paper</i> .	Comparação entre modelos; desafios estruturais; flexibilidade; inexistência de modelo único.	Identifica desafios estruturais e reforça que não existe modelo ideal único; a aplicação deve ser flexível.	Recomenda adaptação dos modelos às condições locais, objetivos pedagógicos, recursos e características dos contextos clínicos.
Williams et al., 2021	Emirados Árabes Unidos; contexto hospitalar.	Dedicated Education Unit (DEU).	67 estudantes e 20 preceptores.	Perceções de estudantes e preceptores; integração na equipa; colaboração universidade-hospital; contexto multicultural; sobrecarga dos preceptores.	Integração do estudante na equipa e supervisão próxima; melhor aprendizagem em estudantes avançados; desafios em contexto multicultural; sobrecarga dos preceptores.	Necessita de seleção criteriosa, formação e apoio aos preceptores; aplicabilidade condicionada pela cultura organizacional e por contextos multiculturais.

Nas abordagens ativas e reflexivas, foram identificados o Active Clinical Training Approach, o modelo de Proctor e o Culture of Caring. Estas abordagens foram associadas à aprendizagem baseada em problemas, interação socrática, reflexão, suporte emocional, articulação teoria-prática, desenvolvimento do raciocínio clínico e valorização do papel do supervisor clínico. Os estudos que abordaram estas propostas referiram como condições de aplicação a capacitação pedagógica dos supervisores, a integração explícita da dimensão emocional e restaurativa, a clareza curricular e o alinhamento entre instituições.

3.4. Matriz comparativa dos modelos identificados

A comparação entre os modelos identificados, considerando as suas características, vantagens principais, limitações/riscos e condições de aplicabilidade, encontra-se sintetizada na Tabela 4.

Tabela 4. Matriz comparativa dos modelos identificados nos estudos

Modelo/abordagem	Características identificadas	Vantagens principais	Limitações/riscos	Condições de aplicabilidade
Preceptorship	Relação direta e individual supervisor-estudante; acompanhamento próximo.	Aprendizagem de procedimentos, integração inicial e apoio individual.	Variabilidade da qualidade supervisiva; dependência do estudante; vulnerável à disponibilidade do preceptor.	Contextos em que é necessária proximidade clínica e integração gradual; requer formação pedagógica do preceptor.
Peer learning	Aprendizagem em pares com supervisão distribuída.	Autonomia, colaboração, pensamento crítico e aprendizagem entre pares.	Exige maturidade dos estudantes, supervisão estruturada e clarificação de responsabilidades.	Contextos com elevada carga formativa ou necessidade de promover autonomia e colaboração.
Dedicated Education Unit (DEU)	Unidade de ensino dedicada, com parceria academia-serviço e supervisão partilhada.	Integração teoria-prática, pertença à equipa, sustentabilidade formativa.	Reorganização institucional, definição de papéis, carga dos preceptores.	Contextos com parceria escola-serviço consolidada e capacidade de coordenação institucional.
Collaborative Learning in Practice (CLIP)	Aprendizagem colaborativa em prática, com mentor como <i>coach</i> .	Autonomia, aprendizagem em grupo, redução da dependência de um supervisor individual.	Requer preparação de estudantes e equipa; necessita cultura colaborativa.	Serviços com capacidade para aprendizagem em grupo e objetivos de autonomia progressiva.

Modelo/abordagem	Características identificadas	Vantagens principais	Limitações/riscos	Condições de aplicabilidade
Active Clinical Training Approach (ACTA)	Aprendizagem ativa com problemas, autonomia e interação socrática.	Motivação, raciocínio clínico e aprendizagem autodirigida.	Exige supervisores capacitados em metodologias ativas.	Contextos que valorizam pensamento crítico, problematização e autonomia.
Clinical School Supervision (CSS)	Extensão do DEU com supervisão clínica e académica articulada.	Continuidade teoria-prática e sentimento de pertença.	Pode aumentar carga dos preceptores; exige alinhamento organizacional.	Contextos com articulação formal universidade-serviço e suporte aos supervisores.
Modelo de Proctor	Dimensões formativa, normativa e restaurativa.	Equilibra aprendizagem, qualidade/segurança e suporte emocional.	A dimensão restaurativa tende a ser menos operacionalizada se não for explicitamente planeada.	Contextos exigentes em que o suporte emocional e a reflexão precisam de ser integrados na supervisão.

Em conjunto, os estudos incluídos identificaram modelos individuais, colaborativos e ativos/reflexivos de supervisão clínica em enfermagem. As condições de aplicação mais frequentemente reportadas relacionaram-se com a formação dos supervisores, a definição clara de papéis, a parceria entre escola e serviço, o apoio institucional, a preparação dos estudantes, a cultura colaborativa e a adaptação do modelo ao contexto clínico.

4. Discussão

No conjunto de estudos analisados, observa-se uma variedade relevante de modelos de supervisão clínica em enfermagem, em consonância com a diversidade de modelos descrita na literatura (Sloan & Watson, 2002; Zonneveld et al., 2025). Este panorama evidencia que, no ensino clínico, não existe uma forma única de organizar a supervisão. Pelo contrário, os modelos tendem a ser ajustados ao contexto, aos recursos disponíveis, aos objetivos formativos, às características dos estudantes e aos intervenientes envolvidos no processo supervisiivo.

No eixo dos modelos individuais, a preceptoria destaca-se pela proximidade entre supervisor e estudante, facilitando a integração inicial no contexto clínico e a aprendizagem de procedimentos técnicos. Esta proximidade pode ser particularmente relevante em fases iniciais do ensino clínico ou em contextos de maior complexidade técnica, nos quais o estudante necessita de acompanhamento direto e orientação individualizada. Contudo, a eficácia da preceptoria depende fortemente da disponibilidade e da preparação pedagógica do preceptor, o que pode gerar variabilidade na qualidade da supervisão e reforçar a dependência do estudante face ao supervisor (Ekstedt et al., 2019). Esta tensão entre proximidade e autonomia não é necessariamente irresolúvel. Alguns estudos sugerem que a combinação de elementos de preceptoria com estratégias colaborativas, como no Clinical School Supervision, pode equilibrar as vantagens de ambas as abordagens (McLeod et al., 2021). Assim, a escolha do modelo não precisa de ser exclusiva; pode ser progressiva e adaptada ao nível de desenvolvimento do estudante, permitindo maior proximidade nas fases iniciais e maior autonomia à medida que o estudante consolida competências.

No eixo dos modelos colaborativos, o Dedicated Education Unit requer reorganização institucional e parceria formal entre escola e serviço, mas associa-se a maior integração do estudante na equipa e a experiências formativas mais consistentes (Borren & Harding, 2020; Williams et al., 2021). O

Collaborative Learning in Practice favorece a autonomia e a aprendizagem em grupo, sendo adequado para serviços com capacidade para supervisão distribuída, mas exige preparação dos participantes e uma cultura colaborativa (Hill et al., 2020). O Clinical School Supervision, enquanto extensão do Dedicated Education Unit com supervisão dupla, reforça a continuidade entre teoria e prática e oferece ao estudante maior sentimento de pertença à equipa, embora possa aumentar a carga dos preceptores (McLeod et al., 2021). O peer learning, por sua vez, revela-se útil em contextos com elevada carga formativa, promovendo colaboração e pensamento crítico, mas exige maturidade dos estudantes e clarificação das responsabilidades de cada interveniente (Ekstedt et al., 2019).

No eixo das abordagens ativas e reflexivas, o Active Clinical Training Approach associa-se a maior motivação, autonomia e raciocínio clínico, sendo aplicável a diferentes contextos desde que os supervisores estejam capacitados em metodologias ativas (Al-Moteri, 2020). O modelo de Proctor, enquanto referencial organizador, oferece uma estrutura equilibrada que integra desenvolvimento de competências, garantia da qualidade dos cuidados e suporte emocional, sendo particularmente relevante em contextos clinicamente exigentes (Diogo et al., 2016). O Culture of Caring distingue-se pela ênfase na padronização curricular e na articulação entre supervisor clínico e pedagógico, sendo especialmente adequado em contextos com múltiplas instituições de ensino, nos quais a consistência das experiências formativas assume particular importância (Letcher et al., 2020).

Um aspeto comum a vários estudos é o peso do contexto organizacional na implementação dos modelos. A articulação entre escola e serviço, a carga de trabalho, o apoio institucional e a definição clara de papéis influenciam diretamente a forma como a supervisão se concretiza na prática (Borren & Harding, 2020; McLeod et al., 2021). A preparação pedagógica dos supervisores, a dimensão dos grupos de estudantes, a carga assistencial e a existência de papéis supervisivos formalmente definidos emergem como condições transversais a todos os modelos. A sua ausência é frequentemente apontada como um dos principais obstáculos à implementação sustentada da supervisão clínica. Em termos concretos, o Dedicated Education Unit e o Clinical School Supervision exigem parceria formal entre instituições, reorganização dos contextos clínicos e reconhecimento explícito dos papéis supervisivos. O Collaborative Learning in Practice e o peer learning requerem uma cultura colaborativa e supervisores disponíveis para partilhar responsabilidades. O Active Clinical Training Approach pressupõe supervisores capacitados em metodologias ativas. A preceptoria, embora mais acessível e menos exigente do ponto de vista organizacional, beneficia igualmente de formação pedagógica estruturada, disponibilidade do preceptor e objetivos de aprendizagem claramente definidos.

Comparando os modelos à luz de critérios práticos de aplicabilidade, é possível identificar um padrão relevante: quanto maior a autonomia proporcionada ao estudante, maior tende a ser a exigência organizacional requerida. A preceptoria é o modelo mais acessível, por exigir menor reorganização institucional, mas pode ser menos promotora de autonomia e pensamento crítico quando utilizada de forma isolada. No extremo oposto, o Dedicated Education Unit e o Clinical School Supervision oferecem ambientes formativos mais integrados, mas dependem de parcerias consolidadas, coordenação institucional e papéis supervisivos formalmente definidos. O Collaborative Learning in Practice e o peer learning ocupam uma posição intermédia, sendo mais exigentes do que a preceptoria,

mas menos complexos do que os modelos baseados em unidades de ensino dedicadas. O Active Clinical Training Approach destaca-se pela capacidade de promover raciocínio clínico e autonomia com recursos relativamente acessíveis, desde que exista preparação pedagógica dos supervisores. Esta gradação sugere que a escolha do modelo não deve ser aleatória nem depender apenas da tradição do serviço. Pelo contrário, deve ser orientada por uma análise das condições disponíveis e dos objetivos formativos pretendidos. Mais do que procurar identificar o “melhor modelo”, parece fazer sentido adotar uma lógica de adequação ao contexto, considerando a maturidade dos estudantes, a disponibilidade dos supervisores, os recursos institucionais, a complexidade do serviço, a cultura de aprendizagem e a articulação entre escola e instituição de saúde.

À luz do modelo das funções da supervisão de Proctor, descrito por Lynch et al. (2008), torna-se possível compreender melhor onde cada abordagem coloca o seu foco. Nos modelos colaborativos, a dimensão formativa aparece de forma mais evidente, através da promoção da autonomia, da integração na equipa e da articulação entre teoria e prática. Nos modelos mais estruturados, como o Dedicated Education Unit, observa-se também uma preocupação com a consistência da experiência formativa e com padrões de qualidade. Já o suporte emocional, correspondente à dimensão restaurativa, surge pouco descrito nos estudos incluídos, apesar de ser reconhecido como relevante em contextos clinicamente exigentes (Diogo et al., 2016). Esta menor visibilidade do suporte emocional levanta uma questão importante. O único estudo incluído que aborda explicitamente esta dimensão é Diogo et al. (2016), cujos resultados, obtidos em contexto português, associam o suporte emocional supervisionado ao desenvolvimento de competências emocionais e à melhoria do desempenho dos estudantes. Trata-se, contudo, de um estudo isolado; os restantes trabalhos analisados, maioritariamente centrados em modelos colaborativos, não operacionalizam de forma explícita a dimensão restaurativa. Esta lacuna é particularmente relevante, considerando que o ensino clínico expõe frequentemente os estudantes a situações de incerteza, sofrimento, exigência emocional e pressão assistencial.

Outro ponto recorrente nos estudos analisados é a falta de critérios claros para orientar a escolha entre modelos. Embora existam várias opções descritas, os estudos não oferecem orientações consistentes para decidir em função do contexto, dos objetivos formativos ou dos recursos disponíveis (Spence et al., 2019). Na prática, esta ausência de critérios pode dificultar decisões institucionais e conduzir a implementações pouco ajustadas às necessidades dos estudantes, dos supervisores e dos serviços.

Importa ainda distinguir as conclusões apoiadas por estudos empíricos das inferências provenientes de artigos conceptuais e discussion papers. Spence et al. (2019) e Auxier e Simpson (2018) são trabalhos de natureza conceptual, cujas conclusões têm valor orientador, mas não constituem evidência empírica direta. Esta limitação reduz a robustez de algumas afirmações e reforça a necessidade de mais investigação primária sobre modelos de supervisão clínica em contexto de ensino clínico.

Assim, mais do que tentar encontrar um modelo universalmente superior, os resultados desta revisão apontam para a necessidade de selecionar e adaptar modelos de supervisão clínica em função do contexto. O modelo das funções da supervisão de Proctor pode constituir um referencial útil para apoiar

essa seleção, ao permitir integrar dimensões formativas, normativas e restaurativas. No entanto, a implementação de qualquer modelo não é neutra: exige tempo, preparação pedagógica, clareza de papéis, articulação institucional e condições organizacionais que nem sempre estão garantidas. No seu conjunto, os resultados reforçam que a supervisão clínica em enfermagem deve ser compreendida como uma prática situada, dependente das características do contexto e dos recursos disponíveis. A escolha do modelo deve, por isso, ser acompanhada por uma análise prévia das condições de implementação e por mecanismos de monitorização que permitam avaliar a sua adequação e sustentabilidade em contextos reais de ensino clínico.

5. Referências bibliográficas

- Al-Moteri, M. (2020). Implementing Active Clinical Training Approach (ACTA) in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 49, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102893>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIMES-24-01*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Auxier, N., & Simpson, H. (2018). Transforming the role of the clinical faculty coordinator in the Dedicated Education Unit. *Nursing Education Perspectives*, 39(6), 383–384. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000263>
- Borren, J., & Harding, T. (2020). Evolution of the Canterbury Dedicated Education Unit model. *Nurse Education in Practice*, 46, 102802. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102802>
- Diogo, P., Rodrigues, J., Lemos e Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2016). Supervisão de estudantes em ensino clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Número Especial 4*, 45–52. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0150>
- Ekstedt, M., Lindblad, M., & Löfmark, A. (2019). Nursing students' perception of the clinical learning environment and supervision in relation to two different supervision models: A comparative cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18, Article 49. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0375-6>
- Hill, R., Woodward, M., & Arthur, A. (2020). Collaborative Learning in Practice (CLIP): Evaluation of a new approach to clinical learning. *Nurse Education Today*, 85, 104295. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104295>
- Jayasekara, R., Smith, C., Hall, C., Rankin, E., Smith, M., Visvanathan, V., & Friebe, T.-R. (2018). The effectiveness of clinical education models for undergraduate nursing programs: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 29, 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.006>
- Letcher, D. C., Massey, A. M., Nelson, M. J., & Elverson, C. A. (2020). Creating a Culture of Caring: A shared academic-practice clinical curriculum. *Nurse Educator*, 45(5), 269–272. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000735>
- Lynch, L., Hancox, K., Happell, B., & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. Wiley-Blackwell.
- McLeod, C., Jokwiro, Y., Gong, Y., Irvine, S., & Edvardsson, K. (2021). Undergraduate nursing student and preceptors' experiences of clinical placement through an innovative clinical school supervision model. *Nurse Education in Practice*, 51, 102986. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102986>
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: Structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 17(4), 41–46. <https://doi.org/10.7748/ns2002.10.17.4.41.c3279>
- Spence, D., Zambas, S., Mannix, J., Jackson, D., & Neville, S. (2019). Challenges to the provision of clinical education in nursing. *Contemporary Nurse*, 55(4–5), 458–467. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1606722>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Williams, G., Al Hmamat, N., AlMekawi, M., Melhem, O., & Mohamed, Z. (2021). Implementing dedicated nursing clinical education unit: Nursing students' and preceptors' perspectives. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 673–681. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.04.002>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2025). Clinical supervision models and frameworks used in nursing: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(7), 3583–3599. <https://doi.org/10.1111/jan.16678>

Parte II — Competências, comunicação e aprendizagem em ensino clínico

Capítulo 3. Competências essenciais do enfermeiro supervisor: da formação académica à prática profissional reflexiva

Cátia Sofia Mascarenhas Tavares

Unidade Local de Saúde do Algarve, Serviço de Neurocirurgia/Ortopedia Poente do Hospital de Faro, Faro, Portugal

Fábio da Silva Afonso Fortunato Antunes

Unidade Local de Saúde do Algarve, Serviço de Cirurgia Poente do Hospital de Faro, Faro, Portugal

Patrícia Filomena Pedro do Nascimento

Unidade Local de Saúde do Algarve, Unidade de Saúde Familiar Lendas d’Olhão, Olhão, Portugal

Margarida Goes

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Ana Dias

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A qualidade da supervisão clínica em enfermagem depende, em grande medida, das competências mobilizadas pelo enfermeiro supervisor na articulação entre conhecimento científico, experiência clínica, relação pedagógica e reflexão profissional (OE, 2018b). Em contexto de ensino clínico, o supervisor não se limita a acompanhar a realização de procedimentos ou a avaliar o desempenho do estudante; assume funções clínicas, pedagógicas, relacionais, éticas e emocionais, criando condições para que a experiência vivida em contexto real seja transformada em aprendizagem significativa (Teixeira et al., 2021; Löfgren et al., 2023; Sérgio et al., 2023b; Dogham et al., 2025). Competências como a comunicação, o feedback, o questionamento reflexivo, a liderança, o apoio emocional e a tomada de decisão permitem ao supervisor atuar como mediador entre o conhecimento académico e a prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento progressivo da autonomia, do pensamento crítico e de uma identidade profissional segura e responsável (Amaral & Figueiredo, 2022; Chen et al., 2023; Silva et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

A literatura recente tem vindo a destacar a importância da supervisão clínica na promoção da aprendizagem em contexto real, no desenvolvimento de competências profissionais e na melhoria da qualidade dos cuidados (Jarden et al., 2025; Gill-Meeley et al., 2024). Contudo, permanece pouco sistematizada a evidência relativa às competências essenciais do enfermeiro supervisor e à forma como estas se expressam em práticas observáveis durante o processo superviso. Esta lacuna dificulta a definição de referenciais formativos consistentes e a implementação de práticas de supervisão mais estruturadas, intencionais e orientadas para a reflexão.

No contexto da formação em enfermagem, a prática reflexiva assume particular relevância, uma vez que permite analisar criticamente experiências, decisões e intervenções, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia profissional e da melhoria contínua dos cuidados. Estratégias como o questionamento pedagógico, o feedback estruturado, a discussão de casos, o debriefing e a criação de ambientes psicologicamente seguros são frequentemente associadas ao desenvolvimento de aprendizagens mais profundas e à integração entre teoria e prática (Silva et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

O presente capítulo procura, por conseguinte, identificar as competências essenciais do enfermeiro supervisor e analisar de que forma estas contribuem para o desenvolvimento de uma prática profissional reflexiva em enfermagem.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as competências essenciais do enfermeiro supervisor e analisar a sua relação com o desenvolvimento da prática profissional reflexiva. A revisão foi conduzida de acordo com uma metodologia sistemática, explícita e reprodutível, seguindo as recomendações aplicáveis à síntese da evidência em enfermagem e as orientações do Joanna Briggs Institute para formulação da questão de investigação, definição dos critérios de elegibilidade, avaliação crítica dos estudos e extração dos dados (Apóstolo, 2017; Tufanaru

et al., 2017). O reporte da revisão foi orientado pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) (Page et al., 2021).

A questão de investigação foi formulada com recurso à estratégia PICO: de que forma as competências essenciais do enfermeiro supervisor, no contexto de ensino clínico, contribuem para uma prática profissional reflexiva? A população correspondeu aos enfermeiros supervisores; a intervenção às competências essenciais aplicadas em práticas supervisivas; o contexto ao ensino clínico em enfermagem; e o resultado à prática profissional reflexiva (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégia PICO para formulação da questão de investigação e seleção dos descritores.

Crítérios	Questão de Partida	Descritores
População (P)	Enfermeiros Supervisores	Nurses
Intervenção (I)	Competências essenciais aplicadas em práticas supervisivas	Nursing Supervisory; Preceptorship; Professional Competence
Contexto (C)	Ensino Clínico	Students, Nursing; Education, Nursing
Resultados (O)	Prática Profissional Reflexiva	Professional Practice; Thinking

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre março e abril de 2026, através dos motores de busca MyEBSCO e PubMed. Foram consultadas as bases de dados MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate, Complementary Index, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, OpenAIRE, MEDLINE, PubMed Central e NCBI Bookshelf. Foram utilizados descritores controlados e termos livres validados nos Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Headings, nomeadamente *Nurses*, *Nursing Supervisory*, *Preceptorship*, *Professional Competence*, *Students*, *Nursing*, *Education*, *Nursing*, *Professional Practice* e *Thinking* (Tabela 1).

A estratégia de pesquisa combinou os termos através dos operadores booleanos AND e OR, resultando na seguinte expressão: Nurses AND (Nursing, Supervisory OR Preceptorship OR Professional Competence) AND (Students, Nursing OR Education, Nursing) AND Professional Practice AND Thinking. Foram aplicados os seguintes critérios de elegibilidade: artigos publicados entre 17 de abril de 2021 e 17 de abril de 2026, disponíveis em texto integral, publicados em revistas científicas com revisão por pares e redigidos em português ou inglês. Foram excluídos estudos que não se centrassem na supervisão clínica em enfermagem, que não abordassem competências do enfermeiro supervisor, que não se relacionassem com ensino clínico ou prática reflexiva, ou que não respondessem à questão de investigação. Os critérios de elegibilidade, expansores e limitadores aplicados encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Critérios de elegibilidade, expansores e limitadores aplicados à pesquisa.

Crítérios de elegibilidade	Expansores
Assunto	Aplicar assuntos equivalentes; Pesquisar também no texto integral dos artigos
Termos	Localizar todos os termos
	Limitadores

Crítérios de elegibilidade	Expansores
Disponibilidade	Texto integral; <i>Free Full Text</i>
Tempo	Data de publicação: 17/04/2021 a 17/04/2026
Fonte	Revistas científicas (analisadas pelos pares)
Idioma	Inglês; Português

A seleção dos estudos decorreu em várias fases. Após a identificação dos registos nas bases de dados, foram removidos os duplicados. Posteriormente, procedeu-se à triagem por título e resumo e, numa fase seguinte, à leitura integral dos estudos potencialmente elegíveis. A seleção foi realizada por dois revisores, de forma independente, com recurso a consenso em caso de divergência. Quando necessário, foi envolvido um terceiro revisor. Os motivos de exclusão foram registados ao longo do processo.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada com recurso aos instrumentos de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute. Para os estudos qualitativos, foi utilizada a *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Lockwood et al., 2015). Para os estudos analíticos transversais, foi utilizada a *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies* (Barker et al., 2026). Os estudos foram classificados de acordo com a percentagem de critérios cumpridos, considerando-se qualidade moderada entre 70% e 79%, qualidade alta entre 80% e 90%, e qualidade excelente quando superior a 90% (Camp & Legge, 2018). Foram incluídos estudos com qualidade metodológica alta ou excelente.

A extração dos dados foi realizada através de uma grelha previamente definida, incluindo: identificação do estudo, país, população/amostra, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência, qualidade metodológica, competências essenciais do enfermeiro supervisor identificadas e contributo para a prática profissional reflexiva. A síntese dos resultados foi organizada de forma narrativa, agrupando as competências identificadas em domínios temáticos.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa identificou 893 registos nas bases de dados consultadas, dos quais 676 foram obtidos através da MyEBSCO e 217 através da PubMed. Após remoção automática de 84 duplicados, permaneceram 809 registos para triagem. A leitura dos títulos conduziu à exclusão de 761 estudos, tendo sido selecionados 48 artigos para análise. Após leitura integral, foram excluídos 30 estudos por não responderem adequadamente à questão de investigação. Após análise por segundo revisor, foram excluídos mais cinco estudos. No total, foram incluídos 13 estudos na revisão. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

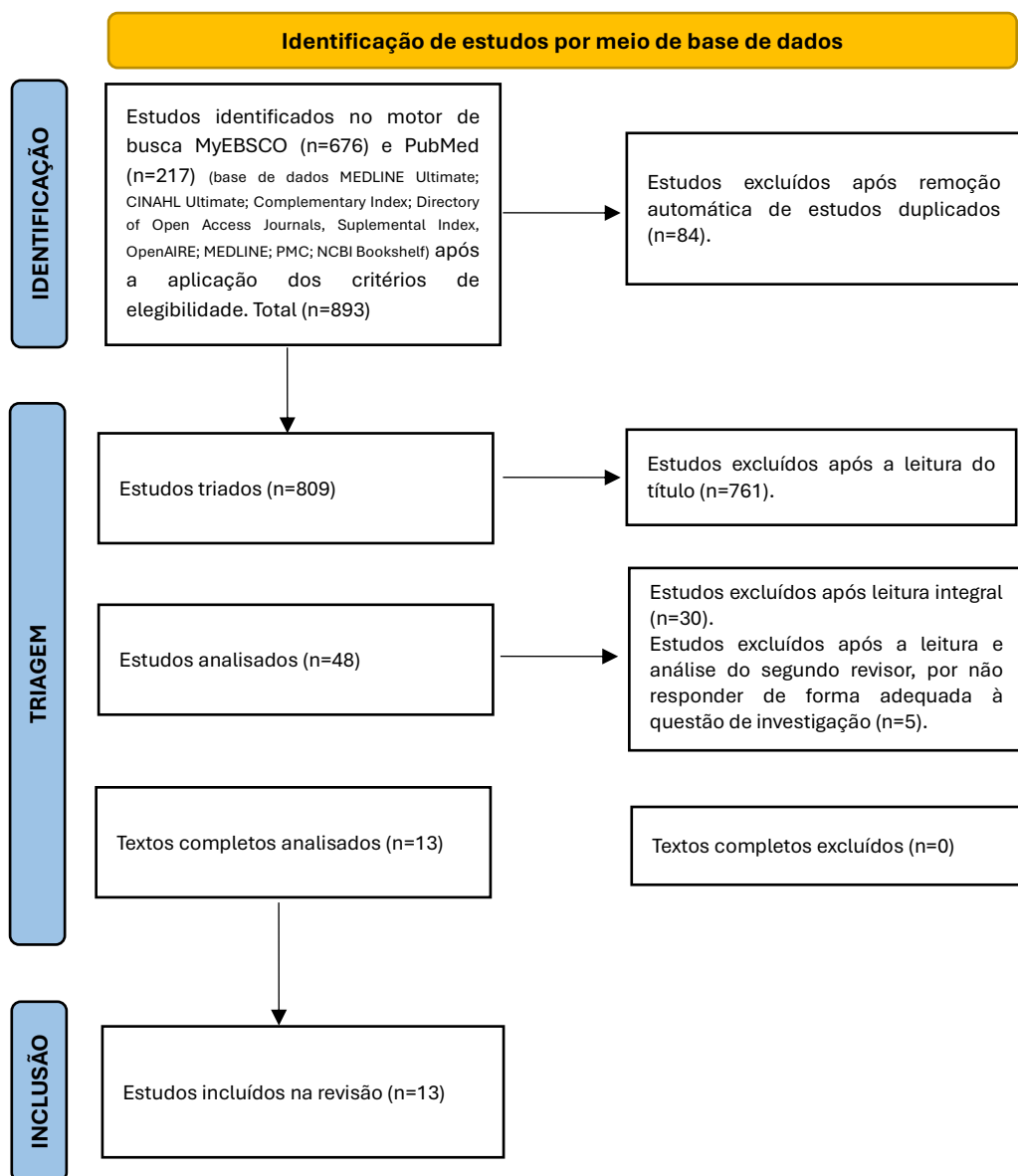


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos segundo a metodologia PRISMA 2020.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Os 13 estudos incluídos apresentaram diversidade metodológica e geográfica. Foram identificados estudos qualitativos, estudos observacionais analíticos, estudos transversais, estudos mistos e estudos exploratórios-descriptivos. A maioria dos estudos apresentou nível de evidência 3 ou 4.b, tendo sido classificados com qualidade metodológica alta ou excelente de acordo com os critérios do Joanna Briggs Institute (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização metodológica, nível de evidência e qualidade dos estudos incluídos.

Autores e ano	Tipo Estudo	Nível de evidência	Total	Qualidade metodológica
Santos et al., 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Amaral & Figueiredo, 2022	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta

Autores e ano	Tipo Estudo	Nível de evidência	Total	Qualidade metodológica
Teixeira, et al., 2021	Exploratório-Descritivo (misto)	4.b	7/8 (87,5%)	Alta
Sérgio et al., 2023a	Observacional analítico retrospectivo	4.b	7/8 (87,5%)	Alta
Chirelli & Sordi, 2021	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Oliveira et al., 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Silva et al., 2023	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Paiva & Silva, 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Sérgio et al., 2023b	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Martínez-Momblan et al., 2023	Observacional analítico transversal	4.b	8/8 (100%)	Excelente
Löfgren et al., 2023	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Dogham et al., 2025	Observacional analítico transversal	4.b	8/8 (100%)	Excelente
Chen et al., 2023	Observacional descritivo (Misto)	4.d	7/8 (87,5%)	Alta
Autores e ano	Tipo Estudo	Nível de evidência	Total	Qualidade metodológica
Santos et al., 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Amaral & Figueiredo, 2022	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Teixeira, et al., 2021	Exploratório-Descritivo (misto)	4.b	7/8 (87,5%)	Alta
Sérgio et al., 2023a	Observacional analítico retrospectivo	4.b	7/8 (87,5%)	Alta
Chirelli & Sordi, 2021	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Oliveira et al., 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Silva et al., 2023	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Paiva & Silva, 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Sérgio et al., 2023b	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Martínez-Momblan et al., 2023	Observacional analítico transversal	4.b	8/8 (100%)	Excelente
Löfgren et al., 2023	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Dogham et al., 2025	Observacional analítico transversal	4.b	8/8 (100%)	Excelente
Chen et al., 2023	Observacional descritivo (Misto)	4.d	7/8 (87,5%)	Alta
Autores e ano	Tipo Estudo	Nível de evidência	Total	Qualidade metodológica
Santos et al., 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Amaral & Figueiredo, 2022	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Teixeira, et al., 2021	Exploratório-Descritivo (misto)	4.b	7/8 (87,5%)	Alta

Autores e ano	Tipo Estudo	Nível de evidência	Total	Qualidade metodológica
Sérgio et al., 2023a	Observacional analítico retrospectivo	4.b	7/8 (87,5%)	Alta
Chirelli & Sordi, 2021	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Oliveira et al., 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Silva et al., 2023	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Paiva & Silva, 2024	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Sérgio et al., 2023b	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Martínez-Momblan et al., 2023	Observacional analítico transversal	4.b	8/8 (100%)	Excelente
Löfgren et al., 2023	Qualitativo	3	8/10 (80%)	Alta
Dogham et al., 2025	Observacional analítico transversal	4.b	8/8 (100%)	Excelente
Chen et al., 2023	Observacional descritivo (Misto)	4.d	7/8 (87,5%)	Alta

Os estudos foram realizados em diferentes países, incluindo Portugal, Brasil, Espanha, Suécia, Egito, Taiwan e Costa Rica. As populações estudadas incluíram enfermeiros supervisores, enfermeiros preceptores, estudantes de enfermagem, enfermeiros residentes, docentes, coordenadores, chefias e profissionais envolvidos em contextos de ensino clínico ou supervisão. Os principais contextos analisados abrangeram ensino clínico, preceptoria, supervisão hospitalar, programas de residência, prática baseada na evidência, indicadores de qualidade dos cuidados, pensamento crítico e debriefing. A síntese dos estudos incluídos, incluindo identificação, país, população/amostra, objetivo, competências identificadas e contributo para a prática profissional reflexiva, encontra-se apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Síntese dos estudos incluídos segundo competências supervisivas identificadas e contributo para a prática reflexiva.

Estudo	País	População e Amostra	Objetivo do estudo	Competências essenciais do enfermeiro supervisor identificadas	Impacto na prática profissional reflexiva
Santos et al. (2024)	Brasil	Enfermeiros supervisores hospitalares	Compreender a supervisão de enfermagem em contexto hospitalar.	Liderança; comunicação; planeamento; gestão de conflitos; tomada de decisão; visão sistémica; conhecimento clínico.	A supervisão favorece a aprendizagem pela prática, mas identifica a necessidade de existir formação estruturada para transformar a experiência em reflexão crítica.
Amaral & Figueiredo (2022)	Portugal	Enfermeiros preceptores	Compreender os recursos mobilizados na preceptoria.	Mobilização de recursos internos e externos; experiência; comunicação; análise reflexiva; competência técnico-científica; relação pedagógica.	Demonstra que a competência surge da reflexão sobre a prática e da mobilização contextualizada de recursos.
Teixeira et al. (2021)	Portugal	Enfermeiros de uma unidade cirúrgica; n=49	Analisar a supervisão clínica e a prática baseada na evidência (PBE).	Conhecimento científico; reflexão crítica; competências em PBE; capacidade de transferir evidência para a prática.	A supervisão favorece a translação do conhecimento para a prática, estimulando o pensamento crítico e a decisão fundamentada.

Estudo	País	População e Amostra	Objetivo do estudo	Competências essenciais do enfermeiro supervisor identificadas	Impacto na prática profissional reflexiva
Sérgio et al. (2023a)	Portugal	Registos de auditoria de cuidados; n=719	Avaliar o contributo da supervisão clínica na qualidade dos cuidados.	Monitorização; avaliação; liderança clínica; <i>feedback</i> ; planeamento de melhorias; tomada de decisão.	Evidencia que a supervisão transforma a reflexão em melhoria objetiva dos cuidados e dos indicadores de qualidade.
Chirelli & Sordi (2021)	Brasil	Estudantes, docentes e preceptores	Analisar o pensamento crítico na formação em enfermagem.	Pensamento crítico; avaliação reflexiva; metacognição; tomada de decisão ética; comunicação; trabalho em equipa.	Reforça que a avaliação, o diálogo e a reflexão estruturada promovem o desenvolvimento crítico-reflexivo.
Oliveira et al. (2024)	Costa Rica	Estudantes, docentes, técnicos e coordenadores; n=17	Compreender os elementos pedagógicos do <i>debriefing</i> promotores de reflexão.	Facilitação; pensamento reflexivo; <i>feedback</i> ; escuta; gestão do erro; criação de ambiente seguro.	Demonstra que o <i>debriefing</i> é uma prática supervisiva central para transformar a ação em reflexão e aprendizagem significativa.
Silva et al. (2023)	Portugal	Estudantes de enfermagem; n=8	Identificar estratégias supervisivas facilitadoras do pensamento crítico.	Questionamento pedagógico; <i>feedback</i> ; apoio; orientação; discussão de casos; definição de objetivos; relação supervisiva.	Demonstra que estratégias supervisivas adequadas promovem pensamento crítico, julgamento clínico e decisão ética.
Paiva & Silva (2024)	Brasil	Enfermeiros residentes; Observação de 519 atividades e entrevistas	Analisar a prática reflexiva em programas de residência.	Facilitação da reflexão; discussão de casos; aprendizagem pela prática; escuta ativa; esclarecimento de dúvidas.	Evidencia que a prática clínica só torna verdadeiramente reflexiva quando mediada de forma intencional, sendo a reflexão espontânea, por si só, limitada.
Sérgio et al. (2023b)	Portugal	Enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos; n=16	Descrever a perceção dos enfermeiros sob supervisão e qualidade.	Comunicação; liderança; <i>feedback</i> ; monitorização; competência clínica; partilha de conhecimento; reflexão.	A supervisão promove reflexão sobre a prática, melhoria contínua e decisão responsável.
Martínez-Momblán et al. (2023)	Espanha	Enfermeiros supervisores; n=639	Avaliar o pensamento crítico em enfermeiros orientadores.	Pensamento crítico; competências cognitivas; interpessoais; técnicas de autorregulação.	Mostra que supervisores com pensamento crítico elevado estão mais bem preparados para promover raciocínio clínico nos estudantes.
Löfgren et al. (2023)	Suécia	Estudantes de enfermagem; n=12	Compreender a aprendizagem clínica relacionada com o processo de enfermagem.	Raciocínio clínico; avaliação holística; integração teoria-prática; autonomia; pensamento clínico.	Demonstra que a supervisão deve tornar visível o raciocínio clínico para favorecer reflexão, aprendizagem e prática segura.
Dogham et al. (2025)	Egito	Estudantes de enfermagem; n=1096	Avaliar a relação entre inteligência emocional e pensamento reflexivo.	Inteligência emocional; autorregulação; empatia; sociabilidade; bem-estar; autoconsciência.	Evidencia que competências emocionais sustentam o pensamento reflexivo, reforçando a dimensão relacional e emocional da supervisão.
Chen et al. (2023)	Taiwan	Enfermeiros recém-formados, preceptores e chefias; n=101	Identificar o consenso sobre competências essenciais do preceptor.	Competência clínica; características pedagógicas; comunicação; colaboração; ensino; resolução de problemas; reflexão; aprendizagem contínua.	O supervisor deve integrar competências clínicas, pedagógicas e reflexivas; revela ainda algum desalinhamento relativamente à valorização da prática reflexiva.

3.3. Domínios de competências identificados

A análise dos estudos permitiu identificar quatro domínios principais de competências essenciais do enfermeiro supervisor: competências clínicas, competências pedagógicas, competências relacionais e emocionais, e competências crítico-reflexivas. Estes domínios surgiram de forma interdependente, sendo mobilizados em conjunto ao longo do processo supervisivo.

As competências clínicas incluíram conhecimento técnico-científico, experiência profissional, raciocínio clínico, tomada de decisão, prática baseada na evidência, monitorização da qualidade e capacidade de transferir conhecimento para a prática. Estas competências foram identificadas em estudos centrados na preceptoria, na supervisão hospitalar, na prática baseada na evidência, nos indicadores de qualidade e no processo de enfermagem. As competências pedagógicas incluíram capacidade de planear experiências de aprendizagem, definir objetivos, orientar o estudante, utilizar questionamento pedagógico, promover feedback, discutir casos clínicos, facilitar o debriefing e apoiar a transição entre teoria e prática. Estas competências foram associadas ao papel do supervisor como facilitador da aprendizagem e não apenas como avaliador ou controlador da prática. As competências relacionais e emocionais incluíram comunicação, empatia, assertividade, escuta ativa, disponibilidade, gestão do erro, criação de ambiente seguro, inteligência emocional, autoconsciência e capacidade de estabelecer uma relação de confiança. Estes elementos foram identificados como fundamentais para a qualidade da relação supervisiva e para a segurança psicológica do supervisionado. As competências crítico-reflexivas incluíram promoção da reflexão sobre a ação e na ação, pensamento crítico, metacognição, autorregulação, julgamento clínico, análise da experiência e estímulo à tomada de decisão ética. Estas competências surgiram associadas à transformação da experiência clínica em aprendizagem significativa e ao desenvolvimento de uma prática profissional mais consciente, autónoma e fundamentada.

3.4. Relação entre competências supervisivas e prática profissional reflexiva

Os estudos incluídos evidenciaram que as competências do enfermeiro supervisor contribuem para a prática profissional reflexiva através da criação de condições pedagógicas, relacionais, cognitivas e emocionais favoráveis à aprendizagem. O feedback, o questionamento pedagógico, a discussão de casos e o debriefing foram identificados como estratégias centrais para promover análise crítica da experiência, pensamento reflexivo e integração entre teoria e prática.

A prática reflexiva foi associada à capacidade de interpretar situações clínicas, analisar decisões, reconhecer limitações, mobilizar evidência científica, refletir sobre erros e transformar experiências em aprendizagem. Neste processo, o supervisor assume um papel mediador, ajudando o estudante ou profissional supervisionado a tornar explícito o raciocínio clínico, a compreender os fundamentos das decisões tomadas e a desenvolver maior autonomia profissional. Os estudos também indicaram que a prática reflexiva depende da existência de uma relação supervisiva segura e não punitiva. A criação de ambientes de confiança, nos quais o erro possa ser discutido como oportunidade de aprendizagem, foi identificada como condição relevante para o desenvolvimento do pensamento crítico e da aprendizagem significativa.

4. Discussão

Os resultados desta revisão evidenciam que o enfermeiro supervisor assume um papel central na articulação entre aprendizagem clínica, desenvolvimento profissional e prática reflexiva. Os estudos incluídos são consistentes ao reconhecer que a supervisão clínica não se esgota na orientação de

tarefas, mas envolve a mobilização integrada de competências clínicas, pedagógicas, relacionais, emocionais e crítico-reflexivas. Esta integração permite que a experiência clínica seja convertida em aprendizagem, tomada de decisão fundamentada e melhoria contínua da prática.

As competências clínicas constituem uma base essencial para o exercício da supervisão. Os estudos de Amaral e Figueiredo (2022) e Sérgio et al. (2023b) evidenciam que o supervisor necessita de domínio técnico-científico, experiência e conhecimento contextualizado para orientar de forma competente o estudante ou profissional supervisionado. Esta dimensão é reforçada por Chen et al. (2023), ao salientarem a importância da atualização contínua do conhecimento, e por Santos et al. (2024), ao associarem a supervisão hospitalar à liderança, tomada de decisão e visão sistémica. O conhecimento clínico do supervisor permite tornar visível o raciocínio profissional, apoiar a tomada de decisão e promover práticas mais seguras.

A relação entre supervisão clínica e prática baseada na evidência também emerge como aspeto relevante. Teixeira et al. (2021) mostram que a supervisão pode favorecer a translação do conhecimento científico para a prática, estimulando a reflexão crítica e a decisão fundamentada. De forma complementar, Löfgren et al. (2023) indicam que o processo de enfermagem pode funcionar como suporte à aprendizagem clínica, ao tornar explícito o raciocínio clínico e ao favorecer a integração entre avaliação, decisão e intervenção. Assim, a competência clínica do supervisor não deve ser entendida apenas como domínio técnico, mas como capacidade de orientar o pensamento clínico e apoiar a construção de conhecimento prático.

As competências pedagógicas surgem como outro domínio central. Os estudos analisados mostram que o supervisor eficaz atua como facilitador da aprendizagem, criando oportunidades para que o estudante interprete a experiência, questione a prática e construa autonomia progressiva. Silva et al. (2023) identificam o questionamento pedagógico, o feedback, a definição de objetivos, a discussão de casos e a relação supervisiva como estratégias promotoras do pensamento crítico. Oliveira et al. (2024) reforçam esta dimensão ao destacar o debriefing como espaço dialógico para o desenvolvimento do pensamento reflexivo. Estes resultados sugerem que a qualidade pedagógica da supervisão depende da intencionalidade com que o supervisor organiza, acompanha e avalia a aprendizagem.

O feedback assume particular relevância neste processo. Mais do que uma apreciação do desempenho, o feedback permite ao supervisionado compreender a sua evolução, reconhecer dificuldades, estabelecer metas e reformular a sua ação. Quando associado ao questionamento reflexivo e à discussão de situações clínicas, o feedback favorece a tomada de consciência sobre a prática e contribui para o desenvolvimento do julgamento clínico. Esta dimensão é especialmente importante porque permite deslocar a supervisão de uma lógica meramente avaliativa para uma lógica formativa e reflexiva.

As competências relacionais e emocionais também se revelam determinantes para a qualidade da supervisão. Amaral e Figueiredo (2022) destacam a comunicação, a relação pedagógica, a motivação, a empatia e a assertividade como recursos mobilizados na preceptoria. Sérgio et al. (2023b) sublinham a importância da comunicação assertiva, da confiança e do respeito na relação supervisiva. Chen et al. (2023) acrescentam características como paciência, entusiasmo e colaboração. Estes elementos

demonstram que a supervisão depende de uma relação interpessoal capaz de sustentar a aprendizagem, promover segurança psicológica e favorecer a participação ativa do supervisionado. A dimensão emocional assume ainda maior relevância quando se considera a relação entre inteligência emocional e pensamento reflexivo. Dogham et al. (2025) evidenciam que competências como autorregulação, empatia, sociabilidade, bem-estar e autoconsciência sustentam o pensamento reflexivo em estudantes de enfermagem. Estes resultados reforçam que a prática reflexiva não é apenas um processo cognitivo, mas também emocional e relacional. Para refletir criticamente sobre a prática, o supervisionado necessita de um ambiente seguro, no qual possa expressar dúvidas, reconhecer erros e analisar experiências sem receio de punição. Neste sentido, a criação de uma cultura não punitiva do erro constitui uma condição importante para a supervisão clínica. Oliveira et al. (2024) destacam a gestão do erro e a criação de ambientes seguros como elementos pedagógicos essenciais no debriefing. Chirelli e Sordi (2021) salientam a importância do diálogo, da avaliação reflexiva e da metacognição no desenvolvimento do pensamento crítico. Estes contributos sugerem que o erro, quando enquadrado de forma formativa, pode constituir uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

As competências crítico-reflexivas representam o domínio que mais diretamente se relaciona com a prática profissional reflexiva. Paiva e Silva (2024) demonstram que a prática clínica só se torna verdadeiramente reflexiva quando é mediada de forma intencional, uma vez que a experiência, por si só, não garante aprendizagem crítica. Chirelli e Sordi (2021) relacionam o pensamento crítico com a metacognição, a avaliação e a tomada de decisão ética. Martínez-Momblan et al. (2023) mostram que supervisores com níveis mais elevados de pensamento crítico estão mais preparados para promover raciocínio clínico nos estudantes. Estes resultados evidenciam que a reflexão deve ser intencionalmente promovida pelo supervisor, através de estratégias estruturadas e orientadas para a análise da prática.

Em conjunto, os estudos demonstram que as competências clínicas, pedagógicas, relacionais e crítico-reflexivas não atuam de forma isolada. Pelo contrário, interagem entre si e sustentam diferentes dimensões do processo supervisiivo. O domínio clínico confere segurança e legitimidade ao supervisor; as competências pedagógicas organizam a aprendizagem; as competências relacionais e emocionais sustentam a confiança; e as competências crítico-reflexivas permitem transformar a experiência em conhecimento e melhoria da prática. Esta interdependência reforça a necessidade de compreender a competência supervisiva como um constructo multidimensional.

Os resultados desta revisão têm implicações relevantes para a formação e seleção de enfermeiros supervisores. A preparação para a supervisão deve incluir não apenas atualização técnico-científica, mas também formação pedagógica, desenvolvimento de competências comunicacionais, estratégias de feedback, gestão emocional, facilitação da reflexão, criação de ambientes seguros e promoção do pensamento crítico. A supervisão clínica deve, por isso, ser estruturada como um processo pedagógico integrado nos contextos clínicos, com objetivos claros, tempo protegido e reconhecimento institucional.

Importa, contudo, considerar algumas limitações da evidência analisada. A maioria dos estudos incluídos apresenta desenho qualitativo ou observacional transversal, o que limita a generalização dos

resultados e impede estabelecer relações de causalidade entre competências supervisivas, prática reflexiva e resultados em saúde. Além disso, a prática reflexiva é frequentemente inferida a partir de discursos, percepções ou estratégias supervisivas, sendo menos frequentemente mensurada de forma objetiva. A diversidade conceptual dos estudos e a utilização de diferentes contextos e populações também dificultam comparações diretas. Apesar destas limitações, os resultados permitem sustentar a relevância das competências do enfermeiro supervisor na promoção da prática profissional reflexiva. O enfermeiro supervisor deve mobilizar competências clínicas, ferramentas pedagógicas, competências relacionais, inteligência emocional e capacidade para estimular o pensamento crítico e a reflexão sobre a prática. A sua intervenção concretiza-se através de estratégias como o questionamento reflexivo, o feedback, a discussão de casos, o debriefing e a criação de ambientes formativos seguros e propícios à aprendizagem.

Assim, as competências essenciais do enfermeiro supervisor contribuem para a prática profissional reflexiva ao criarem condições pedagógicas, relacionais, cognitivas e emocionais que transformam a experiência clínica em aprendizagem crítica, tomada de decisão fundamentada e melhoria contínua dos cuidados. Mais do que transmissor de conhecimento, o enfermeiro supervisor assume-se como facilitador da reflexão crítica e mediador do desenvolvimento profissional, contribuindo para a formação de profissionais capazes de aprender com a experiência e transformar essa aprendizagem em cuidados de qualidade. A evidência analisada aponta ainda para a necessidade de desenvolver estudos com maior robustez metodológica, nomeadamente estudos longitudinais, experimentais ou de intervenção, que permitam compreender melhor a relação entre competências supervisivas, prática reflexiva e resultados em saúde. Será igualmente relevante desenvolver e validar instrumentos de avaliação objetiva da prática reflexiva e da qualidade da supervisão, bem como avaliar programas de formação de supervisores orientados para modelos de supervisão baseados na evidência e adaptados às exigências dos contextos clínicos atuais.

5. Referências bibliográficas

- Amaral, G. M. M. S., & Figueiredo, A. S. (2022). Resources mobilized in nursing preceptorship: A study in Grounded Theory. *O Mundo da Saúde*, 46, 161–172. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246161172>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barker, T. H., Hasanoff, S., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Moola, S., Tunnicliffe, D., & Munn, Z. (2026). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for analytical cross-sectional studies. *JBI Evidence Synthesis*, 24(3), 401–408.
- Camp, S., & Legge, T. (2018). Simulation as a tool for clinical remediation: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 16, 48–61.
- Chen, T., Hsiao, C., Chu, T., Chen, S., Liao, M., & Hung, C. (2023). Are we of one mind about core competencies of nurse preceptors? A nominal group technique study. *Nursing Open*, 10(2), 1144–1150. <https://doi.org/10.1002/nop2.1376>
- Chirelli, M. Q., & Sordi, M. R. L. D. (2021). Critical thinking in nursing training: Evaluation in the area of competence Education in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 5), e20200979. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0979>
- Dogham, R. S., Elcokany, N. M., Ghaly, A. S., El-Ashry, A. M., & Ali, H. F. M. (2025). Emotional intelligence and reflective thinking: A synergistic approach in nursing education. *BMC Nursing*, 24(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03175-w>

- Gill-Meeley, N., Hernon, O., Cuddihy, C., Frawley, T., & Smyth, S. (2024). Nurses' and midwives' experiences of clinical supervision in practice: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 14, e081619. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081619>
- Jarden, R. J., McKeever, S., Bujalka, H., Brockenshire, N., Ryu, H., O'Neill, A., Celeste, T., Blatchford, B., & Edvardsson, K. (2025). Clinical supervision and resilience in nurses: A scoping review. *Nurse Education Today*, 155, 106870. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106870>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187.
- Löfgren, U., Wälivaara, B.-M., Strömbäck, U., & Lindberg, B. (2023). The nursing process: A supportive model for nursing students' learning during clinical education: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 72, 103747. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103747>
- Martínez-Momblán, M.-A., Aguilar, I. B., Alonso-Fernández, S., García, M. R., Zuriguel-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., & Aracil, L. B. (2023). Critical thinking among institutional academic advisors and sociodemographic, professional and academic variables: A multicenter correlation study. *Nurse Education in Practice*, 71, 103713. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103713>
- Oliveira, S. N., Martini, J. G., Caravaca-Morera, J. A., Prado, M. L., Canever, B. P., Bortolato-Major, C., & Knihs, N. S. (2024). Debriefing, a dialogical space for the development of reflective thinking in nursing. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230041. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230041.en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 366/2018: Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paiva, A. C. D. O., & Silva, K. L. (2024). Reflective practice of nurse residents in the teaching-learning process in teaching hospitals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(4), e20230540. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0540>
- Santos, Y. H. F. D., Bolina, A. F., Bueno, A. D. A., Paranaguá, T. T. D. B., Souza, M. A. D., & Aguiar, S. C. D. S. (2024). Supervisão de enfermagem hospitalar: Do ingresso na função ao planejamento organizacional. *Revista Enfermagem UERJ*, 32, e85231. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85231>
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F. D., & Pinto, C. M. C. B. (2023a). Supervisão clínica: Um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28, e89400. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89400>
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F. D., & Pinto, C. M. C. B. (2023b). Perception of Portuguese nurses: Clinical supervision and quality indicators in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), e20220656. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656>
- Silva, A. O. V., Carvalho, A. L. R. F., Vieira, R. M., & Pinto, C. M. C. B. (2023). Clinical supervision strategies, learning, and critical thinking of nursing students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), e20220691. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691>
- Teixeira, L., Barroso Pinto, C., Carvalho, A. L., Carvalho Teixeira, A. I., & Bompastor Augusto, M. C. (2021). Supervision of clinical practice indicators: Evidence-based practice in the context of the surgical patient. *RevSALUS — Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 3(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v3i2.49>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute reviewer's manual*. The Joanna Briggs Institute.

Capítulo 4. Comunicação em supervisão clínica: contributos para o desenvolvimento de competências

Ana Pinto de Azevedo

Unidade Local de Saúde Arrábida, Serviço de Especialidades Médicas, Setúbal, Portugal

Catarina Isabel Samarrinha da Silva

Unidade Local de Saúde Arrábida, Serviço de Cirurgia Geral, Setúbal, Portugal

Marta Dias da Cruz

Unidade Local de Saúde Arrábida, Serviço de Especialidades Médicas, Setúbal, Portugal

Fátima Marques

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A comunicação constitui uma dimensão estruturante da supervisão clínica em enfermagem, influenciando a qualidade da relação supervisiva, o desenvolvimento de competências e a integração progressiva do estudante nos contextos reais de prática. Em contexto de ensino clínico, a comunicação não se limita à transmissão de informação entre supervisor e estudante; constitui um processo pedagógico, relacional e reflexivo que orienta a aprendizagem, favorece a integração no contexto clínico e apoia a construção progressiva da identidade profissional.

A comunicação em supervisão clínica manifesta-se através de diferentes estratégias, como o diálogo, a escuta ativa, o feedback, o debriefing, a clarificação de objetivos, o apoio emocional e a orientação durante situações clínicas complexas. Estas estratégias podem contribuir para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, comunicacionais, éticas e reflexivas, bem como para o aumento da autoconfiança, da autonomia e da capacidade de tomada de decisão dos estudantes. A evidência recente sugere que a comunicação eficaz em contexto clínico está associada ao desenvolvimento de competências interpessoais, à redução de discrepâncias entre formação académica e prática clínica, e à melhoria da preparação dos estudantes para responder às exigências reais dos cuidados (Hardie et al., 2022; Kim et al., 2025).

No ensino clínico, a qualidade da comunicação supervisiva assume particular relevância porque influencia a forma como o estudante interpreta a experiência, lida com situações emocionalmente exigentes, reconhece dificuldades, recebe feedback e transforma a prática em aprendizagem. Estudos recentes têm mostrado que a comunicação com supervisores, docentes, pares, utentes e famílias contribui para o processo de socialização profissional, para o desenvolvimento da confiança e para a aquisição de competências relacionais e reflexivas (Hopeck, 2024; Longhini et al., 2024). Do mesmo modo, o stresse associado ao ensino clínico pode comprometer a comunicação, o pensamento crítico e a confiança na tomada de decisão, reforçando a necessidade de estratégias supervisivas estruturadas e emocionalmente seguras (Hsu et al., 2025).

Apesar da valorização crescente da comunicação nos contextos de ensino clínico, a evidência que relaciona comunicação, supervisão clínica e desenvolvimento de competências em estudantes de enfermagem permanece dispersa. Neste sentido, a realização de uma *scoping review* permite mapear a literatura disponível, identificar os principais contributos da comunicação no processo supervisivo e reconhecer lacunas relevantes para a prática, formação e investigação. Assim, este capítulo tem como objetivo mapear a evidência científica sobre os contributos da comunicação em supervisão clínica para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico.

2. Métodos

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre os contributos da comunicação em supervisão clínica para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico. Este desenho metodológico foi considerado adequado por permitir identificar a extensão, natureza e características da evidência existente, bem como clarificar conceitos, sistematizar resultados e identificar lacunas na literatura (Peters et al., 2020).

A revisão foi conduzida de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews* e reportada com recurso ao PRISMA-ScR. A questão de investigação foi estruturada com base no acrónimo PCC: População, Conceito e Contexto: quais os contributos da comunicação, na supervisão clínica, para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem em contexto clínico? A população correspondeu aos estudantes de enfermagem; o conceito integrou comunicação, desenvolvimento de competências e supervisão clínica; e o contexto correspondeu ao ensino clínico.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados EBSCO e PubMed®. Numa fase inicial, foram identificados termos livres e descritores controlados relevantes para a questão de investigação, incluindo termos associados a preceptoria, comunicação, estudantes de enfermagem, impacto/influência e desenvolvimento de competências. Posteriormente, os termos foram combinados com recurso aos operadores booleanos AND e OR, originando uma estratégia de pesquisa progressivamente refinada.

Foram aplicados filtros relativos à disponibilidade em texto integral, publicação nos últimos cinco anos, idioma e acesso gratuito ao texto completo. Foram considerados estudos publicados em português, inglês ou espanhol. As combinações de termos utilizadas, os filtros aplicados e o número de resultados obtidos em cada base de dados encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Estratégia de pesquisa por base de dados, termos utilizados e filtros aplicados.

Termos	EBSCO	PubMed	Texto integral	Últimos 5 anos	Idioma	Texto completo gratuito
(Preceptorship OR preceptorship in nursing) AND communication	249	58	X	X	Português e inglês; espanhol	X
(Preceptorship OR preceptorship in nursing) AND communication AND nursing students	78	15	X	X	Inglês; português e espanhol	X
(Preceptorship OR preceptorship in nursing) AND communication AND nursing students AND (impact OR effect OR influence)	20	11	X	X	Inglês; português e espanhol	X
(Preceptorship OR preceptorship in nursing) AND communication AND nursing students AND (impact OR effect OR influence) AND (skills OR competence OR knowledge OR abilities)	15	10	X	X	Inglês; português e espanhol	X

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis em texto integral gratuito, redigidos em português, inglês ou espanhol, e que abordassem a comunicação em supervisão clínica ou preceptoria no contexto do desenvolvimento de competências em estudantes de enfermagem. Foram excluídos estudos que não se centrassem em estudantes de enfermagem, que não abordassem comunicação em contexto de supervisão clínica, preceptoria ou ensino clínico, ou que não contribuísem para responder à questão de investigação.

A seleção dos estudos decorreu em etapas sucessivas. Após a identificação dos registos nas bases de dados, procedeu-se à remoção de duplicados e à triagem por título e resumo. Os artigos potencialmente elegíveis foram analisados em texto integral, tendo sido incluídos os estudos que

respondiam à questão de investigação e cumpriam os critérios definidos. O processo de seleção foi sintetizado em fluxograma PRISMA-ScR.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma grelha previamente definida, incluindo autores, título, ano, país, palavras-chave, objetivo do estudo, população/amostra, método e principais conclusões. Os dados extraídos foram organizados em tabela e posteriormente sintetizados de forma narrativa, considerando os contributos da comunicação para o desenvolvimento de competências, os fatores facilitadores e barreiras identificados, e as lacunas apontadas na literatura.

Não foi realizada avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que o objetivo da *scoping review* foi mapear a extensão, natureza e características da evidência disponível, e não avaliar a eficácia de intervenções ou estabelecer relações causais entre comunicação supervisiva e desenvolvimento de competências.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa identificou 25 registos nas bases de dados consultadas, dos quais 15 foram obtidos através da EBSCO e 10 através da PubMed. Após a remoção de duplicados entre bases, permaneceram 23 registos para triagem. A seleção dos estudos foi realizada através da análise dos títulos e resumos, seguida da avaliação do texto integral dos artigos potencialmente elegíveis. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos seis estudos na revisão. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

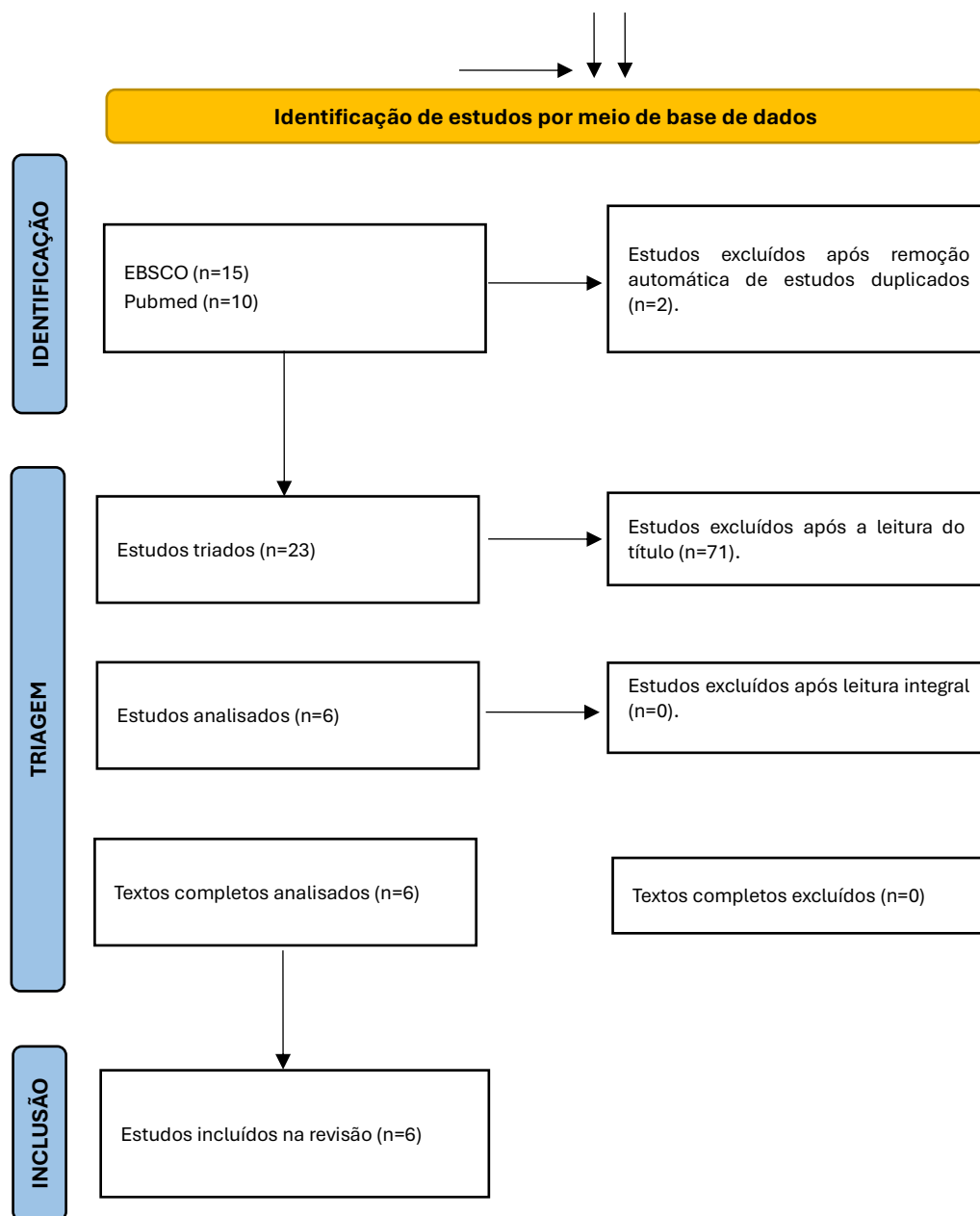


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na scoping review.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

A amostra final foi constituída por seis estudos publicados entre 2022 e 2025. Os estudos incluídos foram desenvolvidos em diferentes contextos geográficos, nomeadamente Itália, Coreia, Reino Unido, Estados Unidos da América, Taiwan e Irlanda. Esta diversidade evidencia a natureza internacional da investigação sobre comunicação, supervisão clínica, preceptoria e desenvolvimento de competências em estudantes de enfermagem.

Os estudos apresentaram diferentes desenhos metodológicos, incluindo estudos qualitativos, estudos transversais, estudos longitudinais, estudos com recurso a modelação de equações estruturais, artigos de desenvolvimento profissional e revisões da literatura. Esta heterogeneidade metodológica é coerente com o objetivo de uma *scoping review*, uma vez que permite mapear a extensão e a natureza

da evidência disponível sobre a temática. As populações estudadas incluíram estudantes de enfermagem, enfermeiros clínicos, enfermeiros supervisores ou preceptores, docentes e orientadores clínicos. Em alguns estudos, a comunicação foi analisada no âmbito da relação com utentes, famílias e cuidadores informais, evidenciando que o desenvolvimento de competências comunicacionais em ensino clínico ultrapassa a díade supervisor-estudante e envolve múltiplos intervenientes no contexto de cuidados. A síntese dos estudos incluídos, considerando autores, país, objetivo, população/amostra, método e principais contributos para a comunicação em supervisão clínica, encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Síntese dos estudos incluídos sobre comunicação em supervisão clínica e desenvolvimento de competências.

Estudo	País	Objetivo	População/ amostra	Método	Principais contributos para a comunicação em supervisão clínica
Longhini et al. (2024)	Itália	Explorar o processo de aprendizagem de estudantes de enfermagem no cuidado às famílias e cuidadores informais	15 estudantes de enfermagem, 10 enfermeiros orientadores e 10 professores clínicos	Estudo qualitativo com grounded theory	A comunicação sensível ao contexto emocional, a escuta ativa e a empatia surgem como competências fundamentais para cuidar de famílias e cuidadores informais, contribuindo para relações de confiança e formação humanizada
Kim et al. (2025)	Coreia	Analisar discrepâncias entre importância atribuída às competências e formação recebida em ensino clínico	351 estudantes de enfermagem e 247 enfermeiros clínicos	Estudo transversal com avaliação de necessidades	A comunicação é identificada como competência central, associada à aquisição de competências relacionais, emocionais, clínicas e reflexivas; os resultados evidenciam discrepâncias entre competências valorizadas e treino recebido
Butler (2025)	Reino Unido	Analisar o papel dos supervisores e avaliadores na abordagem ao baixo desempenho dos estudantes	Não aplicável	Artigo de desenvolvimento profissional	A comunicação clara, feedback estruturado, planos de melhoria individualizados, apoio emocional e ambientes acolhedores são apresentados como estratégias para apoiar estudantes com dificuldades e salvaguardar a segurança dos cuidados
Hopeck (2024)	Estados Unidos da América	Compreender o impacto de docentes, preceptores e utentes no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes	15 estudantes de enfermagem	Estudo qualitativo longitudinal	A comunicação com supervisores, equipa, utentes e famílias é descrita como ferramenta central no processo de socialização profissional, desenvolvimento da confiança, pensamento crítico e identidade profissional
Hsu et al. (2025)	Taiwan	Investigar relações entre pensamento crítico, comunicação, confiança na tomada de decisão e stresse em ensino clínico	219 estudantes de enfermagem	Estudo com modelação de equações estruturais	O stresse em estágio reduz competências de comunicação e pensamento crítico, influenciando a confiança na tomada de decisão clínica; reforça a necessidade de estratégias para reduzir stresse e fortalecer competências comunicacionais

Estudo	País	Objetivo	População/ amostra	Método	Principais contributos para a comunicação em supervisão clínica
Hardie et al. (2022)	Irlanda	Analisar a literatura sobre desenvolvimento de competências interpessoais e comunicacionais em programas de formação em preceptoria	24 artigos incluídos	Scoping review	Identifica escassez de investigação sobre desenvolvimento de competências interpessoais e comunicacionais em supervisores/preceptores, apontando necessidade de formação e investigação nesta área

3.3. Contributos da comunicação para o desenvolvimento de competências

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar que a comunicação em supervisão clínica contribui para o desenvolvimento de diferentes domínios de competências nos estudantes de enfermagem. De forma transversal, a comunicação surgiu associada ao desenvolvimento de competências relacionais e interpessoais, competências crítico-reflexivas, competências de tomada de decisão clínica, competências de gestão emocional e competências relacionadas com a socialização e identidade profissional.

As competências relacionais e interpessoais foram particularmente evidenciadas nos estudos que abordaram a interação dos estudantes com supervisores, docentes, utentes, famílias e cuidadores informais. A comunicação sensível ao contexto emocional, a escuta ativa, a empatia e a capacidade de estabelecer relações de confiança foram identificadas como elementos fundamentais para a aprendizagem clínica e para a prestação de cuidados humanizados.

A comunicação também surgiu como facilitadora do pensamento crítico e da prática reflexiva. Estratégias como o feedback estruturado, o debriefing, o diálogo reflexivo e a discussão de experiências clínicas foram descritas como promotoras da análise crítica da prática, da autorreflexão e da transformação da experiência clínica em aprendizagem significativa. Estes resultados sugerem que a comunicação supervisiva tem uma função pedagógica central, ao permitir que o estudante compreenda o seu desempenho, reconheça dificuldades e desenvolva estratégias de melhoria.

No domínio da tomada de decisão clínica, os estudos indicaram que a comunicação contribui para o desenvolvimento da confiança, da identificação de problemas clínicos, da definição de prioridades e da capacidade de agir em situações complexas. A comunicação clara entre supervisor e estudante permite orientar a prática, clarificar expectativas e apoiar decisões clínicas mais seguras e fundamentadas.

Os resultados evidenciaram ainda que a comunicação desempenha um papel relevante na gestão emocional dos estudantes em ensino clínico. O stresse, a insegurança, o medo de errar e as dificuldades de adaptação ao contexto clínico podem comprometer a aprendizagem, o pensamento crítico e a tomada de decisão. Neste sentido, a comunicação do supervisor, quando baseada no apoio emocional, na escuta ativa e no feedback construtivo, pode contribuir para criar ambientes de aprendizagem mais seguros e favoráveis ao desenvolvimento de competências.

3.4. Estratégias comunicacionais identificadas

Os estudos incluídos identificaram várias estratégias comunicacionais relevantes para a supervisão clínica. Entre as mais referidas destacaram-se o feedback estruturado, a escuta ativa, o diálogo reflexivo, o debriefing, a comunicação clara e objetiva, a definição de objetivos de aprendizagem, o apoio emocional, a mentoria, o aconselhamento, os planos individualizados de melhoria e a articulação entre supervisores clínicos e docentes orientadores.

O feedback estruturado foi identificado como uma estratégia essencial para orientar o estudante, promover a autorreflexão, corrigir dificuldades e acompanhar a evolução do desempenho. Quando realizado de forma contínua, clara e construtiva, o feedback permite ao estudante compreender as suas fragilidades e potencialidades, favorecendo a melhoria progressiva das competências. O debriefing e o diálogo reflexivo surgiram como estratégias particularmente relevantes para transformar a experiência clínica em aprendizagem. Estas estratégias permitem analisar situações vividas, discutir decisões, integrar conhecimentos teóricos e práticos, e promover o desenvolvimento do pensamento crítico. A comunicação clara e direta foi especialmente valorizada em situações de baixo desempenho, gestão de conflitos ou risco para a segurança dos cuidados. Nestes contextos, a comunicação supervisiva permite clarificar expectativas, definir metas de melhoria, apoiar o estudante e, simultaneamente, assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.

3.5. Barreiras e lacunas identificadas

Os estudos incluídos identificaram fatores que podem dificultar a eficácia da comunicação em supervisão clínica. Entre estes fatores destacaram-se o stresse associado ao ensino clínico, a falta de tempo para supervisão individualizada, a elevada carga de trabalho dos supervisores, a supervisão inconsistente, a ausência de formação específica em comunicação supervisiva, as dificuldades na transmissão de feedback e a insuficiente articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde. A evidência analisada sugere ainda que, embora a comunicação seja reconhecida como uma competência central no processo supervisivo, permanece limitada a investigação sobre a forma como os supervisores clínicos são preparados para comunicar, orientar, dar feedback, gerir conflitos e apoiar emocionalmente os estudantes. Esta lacuna reforça a necessidade de desenvolver programas de formação de supervisores que integrem, de forma explícita, competências comunicacionais e relacionais.

4. Discussão

Os resultados desta *scoping review* permitem compreender a comunicação como uma competência estruturante da supervisão clínica em enfermagem, não apenas pela sua função instrumental de transmissão de informação, mas sobretudo pelo seu papel na mediação da aprendizagem, na construção da confiança e na transformação da experiência clínica em desenvolvimento profissional. Esta interpretação é coerente com a perspetiva de que a supervisão clínica constitui um processo relacional, formativo e reflexivo, orientado para o desenvolvimento de competências e para a melhoria da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Peters et al., 2020). A evidência analisada

sugere que a comunicação atua como um mecanismo transversal através do qual outras competências são desenvolvidas, nomeadamente o pensamento crítico, a tomada de decisão, a autonomia, a gestão emocional, a relação terapêutica e a identidade profissional (Hardie et al., 2022; Hsu et al., 2025; Kim et al., 2025).

Um primeiro aspeto relevante prende-se com o facto de a comunicação emergir como competência relacional, mas também como condição pedagógica da aprendizagem clínica. Os estudos incluídos mostram que o desenvolvimento de competências em ensino clínico não ocorre apenas pela exposição dos estudantes à prática, mas depende da qualidade das interações estabelecidas com supervisores, preceptores, docentes, equipas, utentes e famílias. Deste mod, a comunicação permite atribuir significado à experiência, orientar a atenção do estudante para aspetos relevantes da prática e apoiar a integração entre conhecimento teórico e ação clínica. Esta interpretação é particularmente evidente nos estudos de Longhini et al. (2024) e Hopeck (2024), nos quais a aprendizagem ocorre de forma progressiva, relacional e situada, sendo construída através da interação com diferentes atores do contexto clínico.

Os resultados apontam ainda para uma relação estreita entre comunicação e socialização profissional. A comunicação não contribui apenas para o desenvolvimento de competências técnicas ou relacionais isoladas; contribui para que o estudante compreenda o que significa “ser enfermeiro” em contexto real. Através da observação, do diálogo, do feedback e da interação com utentes e famílias, os estudantes vão apropriando valores, normas, modos de pensar e padrões de atuação profissional. Assim, a comunicação supervisiva assume uma função identitária, ajudando o estudante a transitar de uma posição predominantemente académica para uma participação mais autónoma e responsável na prática clínica (Hopeck, 2024). Esta dimensão articula-se também com os resultados de Longhini et al. (2024), ao evidenciarem que o cuidado dirigido à família e aos cuidadores exige competências comunicacionais, empatia e sensibilidade ao contexto emocional.

Outro achado importante é que a comunicação parece funcionar como elo entre pensamento crítico e tomada de decisão clínica. Os resultados de Hsu et al. (2025) sugerem que a comunicação, o pensamento crítico e a confiança na tomada de decisão estão inter-relacionados, sendo afetados pelo stresse experienciado durante o ensino clínico. Esta relação é relevante porque demonstra que a comunicação supervisiva não deve ser entendida como uma competência “suave” ou periférica, mas como uma condição para a segurança da decisão clínica. Quando o estudante dispõe de oportunidades para colocar questões, receber feedback, discutir situações e expressar incertezas, torna-se mais capaz de interpretar informação clínica, ponderar alternativas e agir de forma fundamentada.

Contudo, os resultados também evidenciam uma tensão importante: embora a comunicação seja reconhecida como essencial, nem sempre é ensinada, praticada ou avaliada de forma estruturada. Kim et al. (2025) demonstram discrepâncias entre a importância atribuída a competências como comunicação, liderança, tomada de decisão e gestão de conflitos, e a formação efetivamente recebida em ensino clínico. Esta discrepância sugere que a comunicação é muitas vezes esperada como competência natural ou intuitiva, mas insuficientemente trabalhada como competência profissional e supervisiva. Esta constatação é coerente com Hardie et al. (2022), que identificam escassez de

investigação e formação específica sobre competências interpessoais e comunicacionais em programas de preceptoria. Esta lacuna tem implicações relevantes para a prática. Se a comunicação é o meio através do qual o estudante recebe orientação, compreende expectativas, analisa erros, desenvolve pensamento crítico e constrói confiança, então a ausência de estratégias comunicacionais estruturadas pode comprometer a qualidade da aprendizagem clínica. A supervisão inconsistente, o feedback pouco claro ou tardio, a ausência de espaços formais de reflexão e a comunicação pouco empática podem contribuir para insegurança, baixo desempenho e dificuldades na integração no contexto clínico. Assim, a comunicação deve ser planeada e intencional, não apenas deixada à disponibilidade individual ou ao estilo pessoal de cada supervisor (Butler, 2025; Hardie et al., 2022).

A gestão de estudantes com dificuldades de desempenho, discutida por Butler (2025), ilustra de forma clara esta necessidade. Nestes casos, a comunicação tem uma dupla função: apoiar o estudante no reconhecimento das suas dificuldades e, simultaneamente, assegurar a proteção da qualidade e segurança dos cuidados. O feedback estruturado, os planos individualizados de melhoria e a clarificação de expectativas são estratégias que permitem transformar uma situação de fragilidade numa oportunidade de aprendizagem. No entanto, quando a comunicação é evitada, ambígua ou excessivamente tardia, o risco é que as dificuldades se mantenham ou se agravem, colocando em causa tanto o percurso formativo do estudante como a segurança dos utentes (Butler, 2025).

A dimensão emocional da comunicação supervisiva merece também destaque. Os estudos analisados sugerem que o ensino clínico é frequentemente marcado por stresse, insegurança, medo de errar e exposição a situações emocionalmente exigentes. No âmbito desta problemática, a comunicação do supervisor pode funcionar como fator protetor, ao criar um ambiente de confiança, abertura e segurança psicológica. Estratégias como o feedback contínuo, o debriefing, a escuta ativa e o apoio emocional ajudam o estudante a interpretar a experiência, expressar dificuldades e transformar situações desafiantes em oportunidades de aprendizagem (Butler, 2025; Hsu et al., 2025; Longhini et al., 2024).

A análise dos resultados permite, assim, compreender a comunicação em supervisão clínica como um processo multidimensional. Num primeiro nível, permite transmitir informação e orientar a prática. Num segundo nível, favorece a aprendizagem reflexiva, através do feedback, do questionamento e da discussão de situações clínicas. Num terceiro nível, sustenta a relação pedagógica e emocional entre supervisor e estudante. Finalmente, num nível mais amplo, contribui para a socialização profissional, para a construção da identidade e para a qualidade dos cuidados. Esta leitura reforça a ideia de que a comunicação não é apenas uma ferramenta da supervisão clínica, mas uma condição da sua efetividade (Hardie et al., 2022; Hopeck, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Do ponto de vista da organização dos ensinos clínicos, estes resultados sugerem a necessidade de valorizar a comunicação como competência a desenvolver tanto nos estudantes como nos supervisores. A formação dos supervisores clínicos deve incluir conteúdos específicos sobre feedback construtivo, comunicação em situações difíceis, escuta ativa, gestão de conflitos, apoio emocional, debriefing e promoção da reflexão. Além disso, as instituições de ensino e os serviços de saúde devem criar condições para que a comunicação supervisiva ocorra de forma regular, estruturada e protegida,

evitando que fique dependente apenas de momentos informais ou da disponibilidade imediata dos profissionais. Esta necessidade é particularmente relevante face às lacunas identificadas na formação em competências interpessoais e comunicacionais em programas de preceptoria (Hardie et al., 2022).

Importa, contudo, reconhecer as limitações da evidência analisada. A amostra final desta revisão foi reduzida e composta por estudos metodologicamente heterogéneos. Além disso, em vários estudos, a comunicação não foi analisada como fenómeno principal, surgindo integrada em processos mais amplos, como socialização profissional, cuidado à família, pensamento crítico, tomada de decisão ou gestão do baixo desempenho. Esta heterogeneidade limita a possibilidade de estabelecer conclusões definitivas sobre quais estratégias comunicacionais são mais eficazes. Ainda assim, permite mapear diferentes formas pelas quais a comunicação contribui para o desenvolvimento de competências em ensino clínico, o que é consistente com a finalidade exploratória das *scoping reviews* (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018). Outra limitação relevante prende-se com a escassez de estudos que avaliem intervenções estruturadas de comunicação supervisiva. A maioria da evidência identifica a importância da comunicação, mas poucos estudos analisam como esta deve ser ensinada, operacionalizada, monitorizada ou avaliada. Esta lacuna dificulta a tradução dos resultados para modelos concretos de formação de supervisores e para indicadores objetivos de qualidade da supervisão clínica. Assim, futuras investigações deverão avaliar programas de formação comunicacional, estratégias de feedback e debriefing, bem como o impacto da comunicação supervisiva na autoconfiança, pensamento crítico, tomada de decisão, desempenho clínico e segurança dos cuidados (Hardie et al., 2022; Hsu et al., 2025; Kim et al., 2025).

Em síntese, os resultados desta *scoping review* sustentam que a comunicação constitui um eixo estruturante da supervisão clínica em enfermagem, pela sua capacidade de articular aprendizagem, reflexão, apoio emocional, socialização profissional e segurança dos cuidados. A comunicação eficaz não é apenas uma característica desejável da relação supervisiva; é uma competência essencial que deve ser intencionalmente desenvolvida, ensinada e integrada nos processos de supervisão clínica. A sua valorização poderá contribuir para experiências de ensino clínico mais seguras, reflexivas, humanizadas e orientadas para o desenvolvimento de competências profissionais.

5. Referências bibliográficas

- Butler, S. (2025). Addressing underachievement in nursing students: The roles of practice assessors and supervisors. *British Journal of Nursing*, 34(11), 566–569. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0379>
- Hardie, P., Darley, A., Langan, L., Lafferty, A., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Interpersonal and communication skills development in general nursing preceptorship education and training programmes: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103482. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103482>
- Hopeck, P. (2024). Socialized to care: Nursing student experiences with faculty, preceptors, and patients. *Nursing Inquiry*, 31(2), e12596. <https://doi.org/10.1111/nin.12596>
- Hsu, Y.-Y., Nguyen, T. T. B., Yeh, C.-H., Tsai, S.-M., & Tsai, Y.-C. (2025). Critical thinking, communication, decision-making confidence, and practicum stress among nursing students in maternal nursing practicum: A structural equation model. *Nurse Education Today*, 153, 106815. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106815>
- Kim, S. H., Kim, D., Lee, S., Lee, H., Jeon, H., & Kim, G.-H. (2025). Navigating disparities: An in-depth analysis of perceived competency importance and training discrepancies in clinical placements among students and clinical nurses. *Asian Nursing Research*, 19(2), 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2025.01.003>
- Longhini, J., Ambrosi, E., Filippi, M., Evilio, L., & Canzan, F. (2024). How do undergraduate nursing students learn to care for families and informal caregivers? A qualitative study with a grounded theory approach. *Nurse Education Today*, 141, 106332. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106332>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Capítulo 5. Supervisão em ensino clínico: estratégias de supervisão e influência na aprendizagem dos estudantes de enfermagem

Anellita Chambel-Moreira

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Évora, Portugal

Mónica Banha Palhais

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Évora, Portugal

Tiago Manuel Rodrigues Loureiro

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

José Moreira

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

O ensino clínico representa um momento central da formação em enfermagem, no qual as estratégias supervisivas assumem particular importância para transformar a experiência em aprendizagem significativa, segura e reflexiva. O ensino clínico constitui um momento decisivo da formação, no qual os estudantes são confrontados com situações reais de cuidado, exigindo a mobilização integrada de conhecimentos científicos, competências técnicas, raciocínio clínico, comunicação, tomada de decisão e responsabilidade ética (González-García et al., 2021; Suliman et al., 2023; da Silva et al., 2023).

Perante esta realidade, a aprendizagem não depende apenas da exposição do estudante ao ambiente clínico, mas da forma como essa experiência é acompanhada, orientada e transformada em conhecimento profissional. O enfermeiro supervisor desempenha, por isso, um papel central na mediação entre teoria e prática, através de estratégias como a observação da prática, o questionamento reflexivo, o feedback estruturado, a demonstração de procedimentos, a discussão de casos, o apoio emocional e a adaptação da supervisão às necessidades individuais dos estudantes (da Silva et al., 2023; Oliveira et al., 2025; Löfgren et al., 2026; Midtbust et al., 2026).

A evidência recente sugere que a qualidade da supervisão influencia a satisfação dos estudantes com o ensino clínico, o desenvolvimento de competências, o pensamento crítico, a tomada de decisão e a integração no contexto de cuidados (González-García et al., 2021; da Silva et al., 2023; Suliman et al., 2023). Porém, a aprendizagem clínica pode ser comprometida por supervisão inconsistente, sobrecarga dos supervisores, insuficiente articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, barreiras culturais ou linguísticas, e ausência de suporte organizacional adequado (Hari et al., 2021; Kiilu et al., 2025; Regaira-Martínez et al., 2024).

Assim, torna-se relevante analisar que estratégias de supervisão são descritas na literatura recente e de que modo influenciam a aprendizagem dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico. Esta análise permite identificar práticas promotoras de aprendizagem significativa, bem como fatores que limitam a efetividade da supervisão. Assim, este capítulo tem como objetivo identificar e analisar as estratégias supervisivas utilizadas pelo enfermeiro supervisor e a sua influência na aprendizagem dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar e analisar as estratégias supervisivas utilizadas pelo enfermeiro supervisor e a sua influência na aprendizagem dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico. A revisão foi conduzida em março de 2026, seguindo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020) (Page et al., 2021). A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi apreciada com recurso aos instrumentos de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (Aromataris et al., 2024).

A questão de investigação foi estruturada com base no acrónimo PICO: População, Fenómeno de Interesse e Contexto. A população incluiu estudantes de enfermagem e enfermeiros supervisores; o fenómeno de interesse correspondeu às estratégias supervisivas e à sua influência na aprendizagem;

e o contexto foi o ensino clínico em serviços de saúde (Tabela 1). Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais as estratégias supervisivas utilizadas pelo enfermeiro supervisor e qual a sua influência na aprendizagem dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico?

Tabela 1. Estrutura PICO da questão de investigação.

Acrónimo	Descrição	Componente da questão
P	População	Estudantes de Enfermagem e Enfermeiros Supervisores
I	Fenómeno de interesse	Estratégias do enfermeiro supervisor e a influência na aprendizagem
Co	Contexto	Ensino Clínico (serviços clínicos)

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados Biblioteca do Conhecimento Online B-on®, PubMed®, Web of Science® e Scopus®. A estratégia de pesquisa foi definida a partir do acrónimo PICO, combinando descritores indexados e termos em linguagem natural, aplicados ao título, resumo e palavras-chave, de acordo com as especificidades de cada base de dados. Foram utilizados operadores booleanos AND e OR para aumentar a sensibilidade e a especificidade da pesquisa (Tabela 2).

Tabela 2. Estratégia de pesquisa por base de dados

Base de dados	Estratégia de pesquisa
B-on®	“Clinical Supervision” OR “Nursing Supervision” AND “Nursing Students” OR “Nursing Education” AND “Clinical Teaching”; e equivalentes em português
PubMed®	(“Students, Nursing”[MeSH] OR “Nursing Students”) AND (“Clinical Supervision” OR “Preceptorship” OR “Nursing, Supervisory”[MeSH]) AND (“Clinical Education” OR “Clinical Learning” OR “Clinical Teaching”)
Web of Science®	“Nursing Supervisory” AND “Education Nursing” OR “Students Nursing” AND “Preceptorship”
Scopus®	“Undergraduate Nursing Students” AND “Nursing Supervisor” AND “Clinical Supervision” OR “Nursing Supervisory” OR “Clinical Supervision for Nurses” AND “Clinical Teaching” OR “Clinical Education”

Na B-on®, foram utilizados os termos “Clinical Supervision” OR “Nursing Supervision” AND “Nursing Students” OR “Nursing Education” AND “Clinical Teaching”, bem como os respetivos equivalentes em língua portuguesa. Na PubMed®, foi utilizada a expressão: (“Students, Nursing”[MeSH] OR “Nursing Students”) AND (“Clinical Supervision” OR “Preceptorship” OR “Nursing, Supervisory”[MeSH]) AND (“Clinical Education” OR “Clinical Learning” OR “Clinical Teaching”). Na Web of Science®, a pesquisa foi realizada por tópico, utilizando os termos “Nursing Supervisory” AND “Education Nursing” OR “Students Nursing” AND “Preceptorship”. Na Scopus®, a pesquisa incluiu os termos “Undergraduate Nursing Students” AND “Nursing Supervisor” AND “Clinical Supervision” OR “Nursing Supervisory” OR “Clinical Supervision for Nurses” AND “Clinical Teaching” OR “Clinical Education”.

Foram considerados elegíveis os estudos que abordassem estratégias supervisivas implementadas pelo enfermeiro supervisor e a sua influência na aprendizagem dos estudantes de enfermagem; incluíssem estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico; se referissem à formação pré-graduada; estivessem disponíveis em texto integral; fossem artigos revistos por pares; estivessem redigidos em português ou inglês; e tivessem sido publicados entre 2021 e 2026. Foram excluídos estudos que não abordassem explicitamente estratégias supervisivas, que não analisassem a sua influência na aprendizagem dos estudantes, que não incluíssem estudantes de enfermagem em ensino clínico, que apresentassem desenhos metodológicos não elegíveis ou que não cumprissem critérios mínimos de qualidade metodológica.

Os registos identificados foram exportados para o software Zotero®, onde se procedeu à identificação e remoção de duplicados. A seleção dos estudos decorreu em duas fases. Na primeira, três revisores procederam, de forma independente, à triagem dos títulos e resumos, com base nos critérios de elegibilidade previamente definidos. Na segunda fase, os textos integrais dos artigos potencialmente relevantes foram avaliados para inclusão. As divergências foram resolvidas por consenso.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma grelha previamente definida, incluindo: autor, ano, país, objetivo, desenho metodológico, participantes, estratégias supervisivas identificadas, contexto supervisivo, principais resultados e score de qualidade metodológica. A síntese dos dados foi realizada de forma descritiva e temática, procurando identificar padrões, convergências e divergências na evidência disponível. A interpretação dos resultados foi articulada com o modelo de supervisão de Proctor, considerando as dimensões formativa, normativa e restaurativa da supervisão clínica (Proctor, 1986).

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada com recurso às checklists do Joanna Briggs Institute adequadas ao desenho de cada estudo. Para os estudos transversais, foi utilizada a *Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies*; para os estudos qualitativos, foi utilizada a *Checklist for Qualitative Research*. Cada critério foi classificado como “sim”, “não” ou “pouco claro”. O score final de cada estudo correspondeu à percentagem de critérios cumpridos relativamente ao total de itens da checklist aplicável. Foram consideradas as seguintes categorias: 70–79% como qualidade média-alta, 80–90% como qualidade elevada, e superior a 90% como qualidade excelente.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

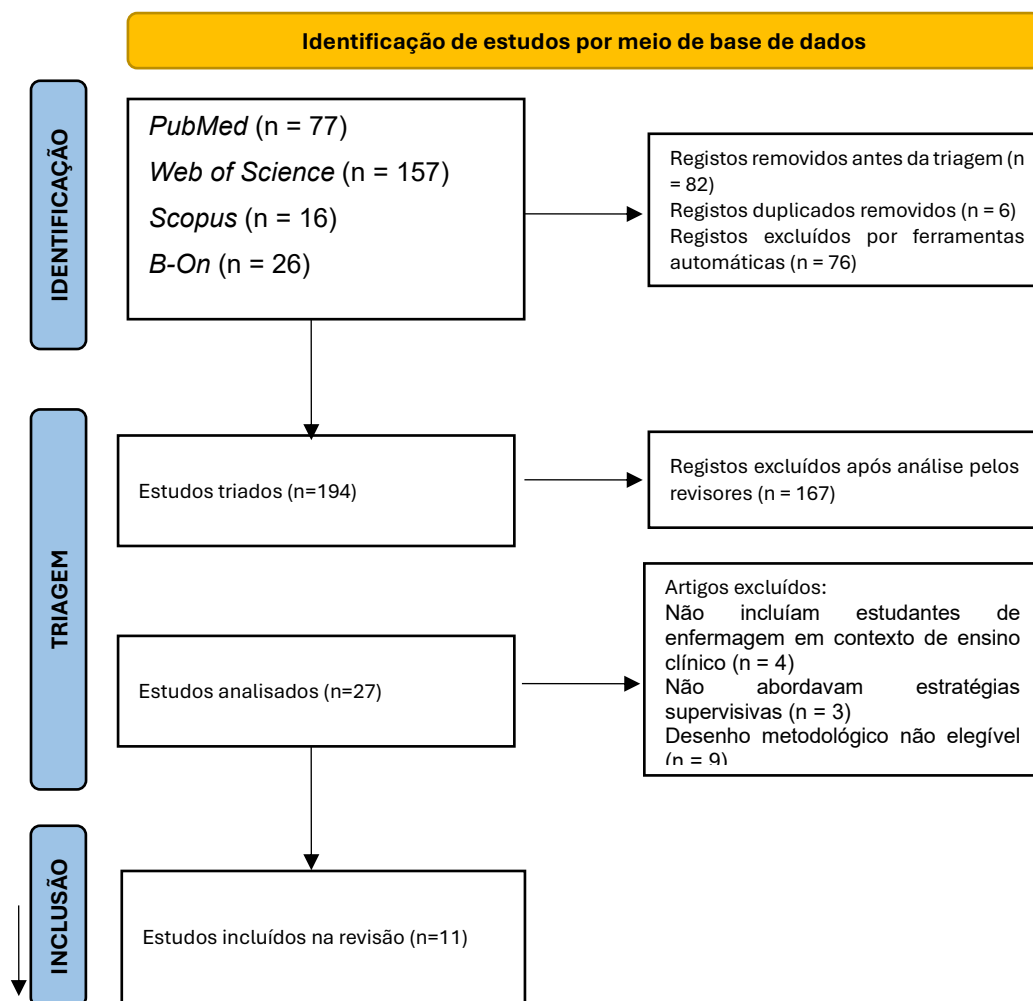


Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos.

A pesquisa identificou 276 registos nas bases de dados consultadas, dos quais 77 foram obtidos na PubMed®, 157 na Web of Science®, 16 na Scopus® e 26 na B-on®. Antes da triagem, foram removidos 82 registos, dos quais 76 após aplicação de filtros e seis por duplicação. Permaneceram 194 registos para triagem, tendo sido excluídos 167 após análise dos títulos e resumos. Foram avaliados 27 artigos em texto integral, dos quais 16 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade: quatro não incluíam estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico, três não abordavam estratégias supervisivas ou a sua influência na aprendizagem, e nove apresentavam desenho metodológico não elegível. No total, foram incluídos 11 estudos na síntese da revisão.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos 11 estudos publicados entre 2021 e 2026. Os estudos foram realizados em diferentes países e contextos, incluindo Noruega, Suécia, Portugal, Reino Unido, Espanha, Jordânia, Austrália e estudos multicêntricos europeus. Esta diversidade geográfica permitiu mapear diferentes formas de operacionalização da supervisão em ensino clínico, bem como fatores culturais, organizacionais e pedagógicos que influenciam a aprendizagem dos estudantes.

Quanto ao desenho metodológico, nove estudos apresentaram abordagem qualitativa e dois estudos apresentaram desenho transversal. A qualidade metodológica global variou entre 70% e 100%, com uma média global de 82,5%, correspondendo a uma classificação entre média-alta e elevada. Os estudos transversais cumpriram de forma consistente os critérios relacionados com a definição dos participantes, contexto e medição dos desfechos, embora o controlo de fatores de confusão tenha sido frequentemente pouco claro. Nos estudos qualitativos, observou-se elevada congruência metodológica e adequada representação das vozes dos participantes, sendo a ausência de explicitação do posicionamento cultural ou teórico dos investigadores a limitação mais frequente. A síntese dos estudos incluídos encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Síntese dos estudos incluídos sobre estratégias supervisivas e aprendizagem em ensino clínico.

Autor (Ano)	País	Objetivo	Desenho – Qualidade e JBI	Amostra	Estratégias Contexto Supervisivo	Principais Resultados
Midtbust et al. (2026)	Noruega	Explorar as experiências de estudantes de enfermagem, supervisores e enfermeiros gestores com um modelo de Unidade de Educação Dedicada em lares de idosos	Qualitativo — 70%	Estudantes de Enfermagem (n=43), supervisores (n=43) e enfermeiros gestores (n=5)	Ambiente acolhedor, aprendizagem entre pares, simulação in situ, sistema de feedback e modelo SVIP com contacto contínuo entre supervisor e docente	Necessidade de reforçar parcerias de aprendizagem, melhorar competências em supervisão clínica e garantir fluxo de informação eficaz na implementação da Unidade de Educação Dedicada
Löfgren et al. (2026)	Suécia	Explorar os processos de aprendizagem e os pré-requisitos para o desenvolvimento de competências clínicas após reprovação inicial em ensino clínico	Qualitativo — 100%	Estudantes de enfermagem (n=7), professores do ensino superior (n=8), professor de ensino clínico (n=1) e supervisor (n=1)	Modelo de aprendizagem centrado na pessoa e supervisão clínica individual.	Necessidade de adaptação do ensino clínico às necessidades dos estudantes, através de supervisão ajustada e suporte institucional adequado
Oliveira et al. (2025)	Portugal	Analisar dificuldades e benefícios da supervisão clínica no desenvolvimento de competências	Qualitativo — 90%	Estudantes de Enfermagem (n=9)	Modelo de gestão partilhada entre o docente e o enfermeiro supervisor	Integração teoria-prática e desenvolvimento de competências; limitações organizacionais, pedagógicas e emocionais
Kiilu et al. (2025)	Reino Unido	Explorar experiências de aprendizagem clínica	Qualitativo — 70%	Estudantes de Enfermagem (n=17)	Supervisão clínica individual e em grupo	Supervisão inconsistente e sobrecarga comprometem aprendizagem; relação supervisiva crítica

Autor (Ano)	País	Objetivo	Desenho – Qualidade e JBI	Amostra	Estratégias Contexto Supervisivo	Principais Resultados
Regairamartínez et al. (2024)	Espanha	Avaliar percepções e necessidades dos supervisores	Qualitativo — 70%	Enfermeiros supervisores (n=370)	Experiência de supervisão clínica	Papel central na aprendizagem; necessidade de suporte institucional
Strøm et al. (2023)	Noruega e Índia	Examinar experiências e percepções dos supervisores de estudantes internacionais	Qualitativo — 90%	Enfermeiros supervisores (n=8)	Supervisão clínica de estudantes internacionais	Métodos supervisivos influenciados pelo contexto cultural e diferentes entre países ocidentais e não ocidentais
Suliman et al. (2023)	Jordânia	Identificar competências e fatores do ambiente clínico	Transversal — 87,5%	Estudantes de Enfermagem (n=178)	Avaliação do ambiente clínico e relação supervisiva com recurso a uma escala validada (CLES+T)	Ambiente positivo e supervisão eficaz associados a maior desenvolvimento de competências
da Silva et al. (2023)	Portugal	Identificar estratégias promotoras do pensamento crítico	Qualitativo — 80%	Estudantes de Enfermagem (n=8)	Supervisão adaptada ao estudante; reflexão clínica	Supervisão estruturada promove o pensamento crítico, o julgamento clínico e a tomada de decisão
Heggestad et al. (2022)	Noruega	Explorar as percepções e experiências de estudantes do terceiro ano de enfermagem no desenvolvimento da empatia e da coragem moral	Qualitativo — 70%	Estudantes de Enfermagem (n=7)	Desenvolvimento de empatia e coragem moral em ensino clínico	Necessidade de modelos positivos, suporte à coragem moral e mecanismos institucionais para expressão de preocupações
Hari et al. (2021)	Austrália	Identificar perspetivas dos supervisores sobre fatores que influenciam a aprendizagem clínica de estudantes cultural e linguisticamente diversos	Qualitativo — 80%	Enfermeiros supervisores (n=9)	Flexibilidade na avaliação, adaptação pedagógica, orientação adequada, ambiente acolhedor, consistência de preceptores e colaboração entre universidades e instituições de saúde	Barreiras linguísticas, diferenças culturais, curta duração do ensino clínico, treino inadequado e inconsistência de preceptores influenciam negativamente a aprendizagem
González-García et al. (2021)	Europa (9 países)	Analisar relação entre duração do ensino clínico e satisfação	Transversal — 100%	Estudantes de Enfermagem (n=1903)	Diferentes durações de ensino clínico e avaliação da supervisão (CLES+T)	Maior duração associada a maior satisfação, mediada pela supervisão e ambiente; duração ótima ≈ 7 semanas

3.3. Estratégias supervisivas identificadas

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar um conjunto de estratégias supervisivas relevantes para a aprendizagem dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Entre as estratégias mais

frequentemente descritas destacam-se o feedback estruturado, a reflexão clínica, o questionamento, a aprendizagem entre pares, a simulação *in situ*, a supervisão individualizada, a supervisão em grupo, a adaptação pedagógica às necessidades do estudante, o acompanhamento contínuo, a clarificação de expectativas e a articulação entre docente, supervisor clínico e instituição de ensino.

A supervisão adaptada ao estudante foi descrita como particularmente relevante para promover o pensamento crítico, o julgamento clínico e a tomada de decisão. Esta adaptação implica reconhecer o nível de desenvolvimento do estudante, ajustar a complexidade das experiências clínicas e proporcionar orientação progressiva. A reflexão clínica e o questionamento foram também identificados como estratégias centrais para transformar a experiência prática em aprendizagem significativa.

Modelos estruturados, como as Unidades de Educação Dedicada e o modelo SVIP, foram associados ao fortalecimento das parcerias de aprendizagem, ao contacto contínuo entre supervisor clínico e docente, à aprendizagem entre pares e à criação de ambientes mais favoráveis ao desenvolvimento de competências. Estes modelos destacam a importância da organização do contexto supervisivo e da articulação entre instituições de ensino e serviços clínicos.

3.4. Influência da supervisão na aprendizagem dos estudantes

Os resultados demonstram que a aprendizagem em ensino clínico é influenciada pela qualidade da relação supervisiva, pelo ambiente clínico e pelas condições organizacionais. Estudos transversais indicam que ambientes clínicos positivos e supervisão eficaz estão associados a níveis superiores de desenvolvimento de competências e satisfação dos estudantes (González-García et al., 2021; Suliman et al., 2023).

A relação supervisiva assume particular relevância, uma vez que a aprendizagem não resulta apenas da permanência no contexto clínico, mas da qualidade da orientação recebida. A duração do ensino clínico parece ter impacto positivo na satisfação dos estudantes quando associada a um ambiente de aprendizagem favorável e a uma supervisão de qualidade. Assim, a exposição temporal ao contexto clínico, por si só, não é suficiente para garantir aprendizagem significativa. Os estudos qualitativos evidenciam que a supervisão estruturada favorece o desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia, do julgamento clínico, da empatia, da coragem moral e da tomada de decisão. Por outro lado, a supervisão inconsistente, a sobrecarga dos supervisores, as barreiras culturais e linguísticas, a curta duração dos estágios, a ausência de feedback e a falta de suporte institucional podem comprometer a aprendizagem.

3.5. Fatores facilitadores e barreiras à supervisão em ensino clínico

Entre os principais fatores facilitadores identificados destacam-se a relação de confiança entre supervisor e estudante, a comunicação eficaz, o feedback contínuo, a adaptação pedagógica, a existência de ambientes acolhedores, a consistência dos supervisores, a colaboração entre universidades e instituições de saúde, e o suporte organizacional.

As barreiras mais frequentemente identificadas incluíram a sobrecarga assistencial dos supervisores, a supervisão irregular, a escassez de tempo dedicado à supervisão, a insuficiente formação pedagógica dos supervisores, as limitações organizacionais, as dificuldades emocionais dos estudantes, as barreiras linguísticas e culturais e a insuficiente articulação entre instituições de ensino e contextos clínicos.

4. Discussão

Os resultados desta revisão evidenciam que a supervisão em ensino clínico deve ser compreendida como um processo multidimensional, cuja eficácia depende da articulação entre estratégias pedagógicas, qualidade da relação supervisiva, ambiente de aprendizagem e suporte organizacional. A análise dos estudos incluídos mostra que a aprendizagem dos estudantes de enfermagem não resulta apenas da exposição à prática clínica, mas da forma como essa experiência é orientada, refletida, contextualizada e emocionalmente sustentada.

A interpretação dos resultados à luz do modelo de Proctor permite compreender que as estratégias supervisivas identificadas se distribuem pelas dimensões formativa, normativa e restaurativa da supervisão clínica (Proctor, 1986). A dimensão formativa é evidente nas estratégias que promovem aquisição de competências, pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão. A dimensão normativa manifesta-se na orientação para padrões de qualidade, segurança, responsabilidade profissional e coragem moral. A dimensão restaurativa surge associada ao suporte emocional, à relação de confiança, à gestão da ansiedade e à criação de ambientes psicologicamente seguros.

A dimensão formativa emerge como o eixo mais visível nos estudos incluídos. Estratégias como feedback estruturado, questionamento reflexivo, reflexão clínica, aprendizagem entre pares e adaptação pedagógica às necessidades do estudante favorecem a transformação da experiência em conhecimento profissional. O estudo de da Silva et al. (2023) evidencia que a supervisão estruturada promove pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão. De forma complementar, Löfgren et al. (2026) reforçam que a aprendizagem clínica deve ser centrada na pessoa e ajustada às necessidades individuais do estudante, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade ou insucesso inicial. Esta evidência sugere que a supervisão eficaz não se limita a acompanhar a execução de procedimentos, mas exige intencionalidade pedagógica. O supervisor deve ajudar o estudante a interpretar situações clínicas, formular hipóteses, justificar decisões, reconhecer limites e identificar oportunidades de melhoria. Assim, a aprendizagem em ensino clínico depende de estratégias que tornem visível o raciocínio clínico e que permitam ao estudante participar progressivamente na tomada de decisão.

Os modelos mais estruturados de aprendizagem clínica, como as Unidades de Educação Dedicada e o modelo SVIP, evidenciam a importância da organização pedagógica do contexto clínico. Midtbust et al. (2026) mostram que ambientes acolhedores, aprendizagem entre pares, simulação *in situ*, feedback e contacto contínuo entre supervisor e docente podem fortalecer as parcerias de aprendizagem. Estes resultados sugerem que a eficácia da supervisão não depende apenas da competência individual do

supervisor, mas também da existência de modelos organizados que facilitem a continuidade, a comunicação e a coerência pedagógica.

A dimensão normativa surge associada à segurança dos cuidados, à responsabilidade profissional e à necessidade de regular progressivamente a autonomia do estudante. Heggstad et al. (2022) mostram que o ensino clínico pode promover empatia e coragem moral quando os estudantes encontram modelos positivos e mecanismos institucionais que permitam expressar preocupações. Esta dimensão é particularmente importante porque a aprendizagem clínica ocorre em contextos reais, envolvendo utentes, equipas e decisões com implicações éticas e clínicas. Assim, a supervisão deve equilibrar oportunidades de autonomia com salvaguarda da qualidade e segurança dos cuidados.

Os resultados também revelam que a qualidade do ambiente clínico influencia de forma significativa a aprendizagem. Suliman et al. (2023) identificam associação entre ambiente clínico positivo, supervisão eficaz e maior desenvolvimento de competências. González-García et al. (2021) mostram que a duração do ensino clínico se associa à satisfação dos estudantes, mas essa relação é mediada pela qualidade da supervisão e do ambiente de aprendizagem. Estes achados são relevantes porque demonstram que “estar mais tempo” em contexto clínico não garante, por si só, melhor aprendizagem; a experiência precisa de ser pedagogicamente acompanhada e ocorrer em ambiente favorável.

A dimensão restaurativa revela-se essencial para compreender a experiência dos estudantes em ensino clínico. Os estudos incluídos apontam para a importância de relações supervisivas baseadas na confiança, no acolhimento e no suporte emocional. Oliveira et al. (2025) identificam dificuldades organizacionais, pedagógicas e emocionais associadas à supervisão clínica, enquanto Kiilu et al. (2025) mostram que supervisão inconsistente e sobrecarga dos supervisores comprometem a aprendizagem. Estes resultados sugerem que a insegurança, ansiedade e vulnerabilidade dos estudantes não devem ser vistas como aspetos periféricos, mas como elementos que influenciam diretamente a capacidade de aprender, participar e desenvolver competências. Esta dimensão torna-se particularmente relevante em contextos cultural e linguisticamente diversos. Hari et al. (2021) evidenciam que barreiras linguísticas, diferenças culturais, curta duração do ensino clínico, treino inadequado e inconsistência dos preceptores podem influenciar negativamente a aprendizagem. Strøm et al. (2023) reforçam que os métodos de supervisão e as expectativas pedagógicas podem variar entre contextos culturais, exigindo sensibilidade intercultural por parte dos supervisores. Assim, a supervisão clínica deve ser suficientemente flexível para responder à diversidade dos estudantes e dos contextos de aprendizagem.

A articulação entre instituições de ensino e serviços clínicos emerge como condição transversal à efetividade da supervisão. Quando esta articulação é insuficiente, podem surgir inconsistências entre objetivos curriculares, expectativas dos supervisores e experiências reais dos estudantes. A evidência incluída sugere que a colaboração entre docentes, supervisores clínicos e organizações de saúde é essencial para garantir coerência pedagógica, continuidade na orientação e avaliação justa do desempenho. Esta necessidade é particularmente evidente nos estudos que valorizam modelos de gestão partilhada e contacto contínuo entre supervisor e docente (Midtbust et al., 2026; Oliveira et al., 2025).

Do ponto de vista organizacional, os resultados mostram que a supervisão clínica não pode ser entendida como uma responsabilidade individual isolada. Regaira-Martínez et al. (2024) evidenciam que os enfermeiros supervisores reconhecem o papel central da supervisão, mas necessitam de suporte institucional adequado. A sobrecarga assistencial, a falta de tempo, a ausência de formação pedagógica específica e a falta de reconhecimento formal do papel supervisory podem limitar a capacidade dos supervisores para acompanhar os estudantes de forma consistente e reflexiva.

Assim, os resultados desta revisão apontam para a necessidade de estruturar a supervisão em ensino clínico como componente formal e reconhecida da formação em enfermagem. Esta estruturação deve incluir tempo protegido para supervisão, formação específica dos supervisores, clarificação de papéis, articulação entre instituições, modelos de feedback contínuo, instrumentos de avaliação do ambiente clínico e estratégias de suporte emocional aos estudantes.

Importa reconhecer algumas limitações da evidência analisada. A maioria dos estudos incluídos apresenta desenho qualitativo, o que permite compreender em profundidade experiências e percepções, mas limita a generalização dos resultados. Os dois estudos transversais fornecem contributos relevantes sobre associação entre ambiente clínico, supervisão e aprendizagem, mas não permitem estabelecer relações causais. Além disso, a heterogeneidade dos contextos, populações, estratégias e instrumentos utilizados dificulta a comparação direta entre estudos. Apesar destas limitações, a revisão permite identificar padrões consistentes. A aprendizagem dos estudantes de enfermagem em ensino clínico é favorecida por supervisão estruturada, relação supervisory de qualidade, feedback contínuo, reflexão clínica, adaptação pedagógica, ambiente acolhedor e suporte organizacional. Pelo contrário, a supervisão irregular, a sobrecarga, a ausência de formação supervisory, as barreiras culturais ou linguísticas e a fraca articulação institucional podem comprometer o desenvolvimento de competências.

Globalmente, a supervisão eficaz em ensino clínico exige uma abordagem integrada, que articule a dimensão formativa, normativa e restaurativa. Mais do que um acompanhamento informal da prática, a supervisão deve ser compreendida como uma intervenção pedagógica intencional, situada e organizacionalmente suportada. A sua valorização poderá contribuir para experiências de ensino clínico mais seguras, reflexivas e orientadas para o desenvolvimento de enfermeiros competentes, autónomos e eticamente responsáveis.

5. Referências bibliográficas

- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- da Silva, A., de Carvalho, A., Vieira, R., & Pinto, C. (2023). Clinical supervision strategies, learning, and critical thinking of nursing students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691>
- González-García, A., Díez-Fernández, A., Leino-Kilpi, H., Martínez-Vizcaino, V., & Strandell-Laine, C. (2021). The relationship between clinical placement duration and students' satisfaction with the quality of supervision and learning environment: A mediation analysis. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 688–697. <https://doi.org/10.1111/nhs.12855>
- Hari, R., Geraghty, S., & Kumar, K. (2021). Clinical supervisors' perspectives of factors influencing clinical learning experience of nursing students from culturally and linguistically diverse backgrounds during

- placement: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 102, 104934. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104934>
- Heggestad, A. K. T., Konow-Lund, A.-S., Christiansen, B., & Nortvedt, P. (2022). A vulnerable journey towards professional empathy and moral courage. *Nursing Ethics*, 29(4), 927–937. <https://doi.org/10.1177/09697330221074013>
- Kiilu, E., Roberts, D., Knight, K., Whaley, V., Carter, L., McCartney, J., & Brady, J. (2025). A qualitative exploration of the practice learning experiences of third-year nursing students: Challenges and opportunities. *Nursing Research and Practice*, 2025(1), 1712974. <https://doi.org/10.1155/nrp/1712974>
- Löfgren, U., Wälivaara, B.-M., Strömbäck, U., & Lindberg, B. (2026). Person-centred learning: Enabling development of clinical competence in nursing students following initial failure during clinical education — A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 82(4). <https://doi.org/10.1111/jan.70080>
- Midtbust, M. H., Drågen, B., Våge, B. M. H., & Alnes, R. E. (2026). Strengthening learning partnerships: Insights from dedicated education units (DEUs) in Norwegian nursing education. *Nurse Education in Practice*, 90, 104693. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104693>
- Oliveira, P., Barroso, C., & Carvalho, A. L. (2025). Supervisão clínica em enfermagem: Dificuldades, benefícios e sugestões na perspetiva dos estudantes. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 8(2). <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.514>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Proctor, B. (1986). Supervision: A cooperative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring supervision in practice* (pp. 21–34). National Youth Bureau.
- Regaira-Martínez, E., Ferraz-Torres, M., Mateo-Cervera, A., & Vázquez-Calatayud, M. (2024). Registered nurses' perceptions of nursing student preceptorship: Content analysis of open-ended survey questions. *Nursing & Health Sciences*, 26(3). <https://doi.org/10.1111/nhs.13142>
- Strøm, B. S., Sarin, J., Steindal, S. A., & Andreassen, L. (2023). Registered nurses' experiences and perceptions of supervising international nursing students in a clinical setting: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 66, 103520. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103520>
- Suliman, M., Aljezawi, M., Tawalbeh, L., Ta'an, W., Abdalrhim, A., AlBashtawy, M., & Alkhawaldeh, A. (2023). Assessing professional competencies among undergraduate nurses: An exploratory study. *Nursing Education Perspectives*, 44(3), E10–E14. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001074>

Capítulo 6. Supervisão clínica, pensamento crítico e tomada de decisão em enfermagem

Daniela Rosa Campos Matias

Unidade Local de Saúde Arrábida, Serviço de Especialidades Médicas, Setúbal, Portugal

Luísa Patrícia Fernandes da Costa

Unidade Local de Saúde Arrábida, Serviço de Especialidades Médicas, Setúbal, Portugal

Catarina Branco Fidalgo

Unidade Local de Saúde Arrábida, Serviço de Especialidades Médicas, Setúbal, Portugal

Ana Dias

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Margarida Goes

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

O desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica constitui uma finalidade essencial da formação em enfermagem, exigindo práticas supervisivas que estimulem a análise, a reflexão e o julgamento clínico fundamentado. Estes domínios assumem particular relevância na formação inicial, uma vez que os contextos clínicos exigem dos estudantes a capacidade de interpretar informação complexa, reconhecer alterações no estado da pessoa, estabelecer prioridades, justificar intervenções e agir de forma segura perante situações marcadas pela incerteza (Benner, 1984; Tanner, 2006).

Embora relacionados, pensamento crítico, raciocínio clínico, julgamento clínico e tomada de decisão não são conceitos equivalentes. O pensamento crítico constitui uma competência essencial para a prática de enfermagem, envolvendo processos de interpretação, análise, avaliação, inferência e autorregulação do julgamento profissional (Facione, 1990). Em enfermagem, esta competência encontra-se estreitamente relacionada com o raciocínio clínico, o julgamento clínico e a tomada de decisão, permitindo ao estudante transformar dados clínicos em decisões fundamentadas, éticas e ajustadas às necessidades da pessoa cuidada (Scheffer & Rubenfeld, 2000; Tanner, 2006). O raciocínio clínico refere-se à aplicação desses processos à compreensão de uma situação de cuidados. O julgamento clínico representa a interpretação ou conclusão alcançada pelo profissional relativamente às necessidades e prioridades da pessoa. A tomada de decisão corresponde à seleção da ação considerada mais adequada perante o julgamento formulado. A supervisão pode apoiar todas estas etapas através do questionamento, da reflexão, do feedback e da análise estruturada de situações clínicas.

Neste quadro de análise, a aprendizagem clínica não depende apenas da exposição do estudante a situações reais de cuidado, mas da forma como essas experiências são acompanhadas, problematizadas e refletidas. Estratégias supervisivas como o questionamento orientado, o feedback estruturado, a simulação clínica, o debriefing, a discussão de casos, a escrita reflexiva e a gamificação podem criar oportunidades para que o estudante analise a prática, justifique decisões, reconheça erros e desenvolva progressivamente autonomia e julgamento clínico (Hattie & Timperley, 2007; Cant & Cooper, 2017; Caldas et al., 2026).

A relação supervisiva constitui igualmente uma condição relevante para o desenvolvimento destas competências. Ambientes baseados na confiança, comunicação aberta, apoio pedagógico e segurança psicológica favorecem a expressão de dúvidas, a reflexão sobre dificuldades e a participação ativa do estudante no processo de aprendizagem (Edmondson, 1999; Berglund et al., 2019). Assim, a supervisão clínica deve ser entendida como um processo pedagógico intencional, capaz de transformar a experiência clínica em aprendizagem crítica, julgamento profissional e tomada de decisão segura.

Apesar do reconhecimento da importância da supervisão clínica na formação em enfermagem, a evidência relativa ao seu contributo específico para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica permanece dispersa e metodologicamente heterogénea. O presente

capítulo procura, por conseguinte, analisar o contributo da supervisão clínica para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica em estudantes de licenciatura em enfermagem.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar a evidência científica disponível sobre o contributo da supervisão clínica em enfermagem para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica em estudantes de licenciatura em enfermagem. A opção por este tipo de revisão justificou-se pela possibilidade de integrar estudos com diferentes abordagens metodológicas, permitindo uma compreensão abrangente de um fenómeno complexo e relevante para a educação em enfermagem (Whittemore & Knafl, 2005; Souza et al., 2010).

A condução da revisão seguiu as orientações metodológicas propostas pelo Joanna Briggs Institute para revisões de evidência, assegurando rigor, transparência e reprodutibilidade no processo de pesquisa, seleção, avaliação e síntese dos estudos (Aromataris et al., 2024). A questão de investigação foi estruturada com recurso à estratégia PICO: População, Intervenção, Comparação e Outcomes. A população correspondeu a estudantes de licenciatura em enfermagem; a intervenção correspondeu à supervisão clínica em enfermagem; a comparação não foi aplicável, uma vez que os estudos identificados não comparavam diferentes modelos supervisivos ou grupos sem supervisão formal; e os outcomes corresponderam ao desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégia PICO para formulação da questão de investigação.

Componente	Descrição
População	Estudantes de licenciatura em enfermagem
Intervenção	Supervisão clínica em enfermagem
Comparação	Não aplicável
Outcomes	Desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica

Com base nesta estrutura, foi definida a seguinte questão de investigação: qual o contributo da supervisão clínica no desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica em estudantes de licenciatura em enfermagem?

A pesquisa bibliográfica foi realizada em abril de 2026 nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, PubMed e Scopus, bem como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A seleção destas fontes procurou assegurar a inclusão de literatura científica nacional e internacional relevante para a supervisão clínica, educação em enfermagem, pensamento crítico e tomada de decisão clínica. Foram utilizados descritores indexados e palavras-chave relacionados com o fenómeno em estudo, nomeadamente: *clinical supervision*, *nursing supervisory*, *preceptorship*, *nursing students*, *student nurse*, *critical thinking* e *clinical decision making*. Os termos foram combinados através dos operadores booleanos AND e OR. Foram aplicados filtros relativos ao idioma, disponibilidade em texto integral e período temporal entre 2021 e 2026.

Tabela 2. Estratégia de pesquisa por base de dados e fonte de informação.

Base de dados / Fonte	Data da pesquisa	Expressão de pesquisa	Campos pesquisados	Limitadores aplicados	Resultados (n)
EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text	17/04/2026	(SU clinical supervision OR SU nursing supervisory OR SU preceptorship) AND (SU thinking OR SU clinical decision making) AND (SU nursing students OR SU student nurse)	SU – Termos do assunto	Texto integral; 2021–2026; português ou inglês	30
EBSCOhost – MEDLINE	17/04/2026	(SU clinical supervision OR SU nursing supervisory OR SU preceptorship) AND (SU thinking OR SU clinical decision making) AND (SU nursing students OR SU student nurse)	SU – Termos do assunto	Texto integral; 2021–2026; português ou inglês	7
PubMed	17/04/2026	("clinical supervision" OR "nursing supervisory" OR "preceptorship") AND ("thinking" OR "clinical decision making") AND ("nursing students" OR "student nurse")	MeSH Terms e/ou Title/Abstract	Texto integral; 2021–2026; português ou inglês	3
Scopus	17/04/2026	KEYWORDS ("clinical supervision" OR "nursing supervisory" OR "preceptorship") AND KEYWORDS ("thinking" OR "clinical decision making") AND KEYWORDS ("nursing students" OR "student nurse")	Keywords	Texto integral; 2021–2026; português ou inglês	10
RCAAP	17/04/2026	"supervisão clínica" AND "pensamento crítico"	Pesquisa em repositório (literatura cinzenta)	2021–2026	6

Foram definidos previamente critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos estudos publicados entre 2021 e 2026, em português ou inglês, que envolvessem estudantes de licenciatura em enfermagem e abordassem supervisão clínica, pensamento crítico ou tomada de decisão clínica, com disponibilidade de texto integral. Foram excluídos estudos duplicados, estudos sem relação direta com o ensino clínico em enfermagem, publicações sem acesso ao texto completo, artigos de opinião, editoriais, comentários e cartas ao editor.

O processo de seleção dos estudos foi realizado em etapas sucessivas. Inicialmente, foram identificados 56 registos nas bases de dados e fontes consultadas. Após remoção dos duplicados, procedeu-se à análise dos títulos e resumos, avaliando a relevância dos estudos para a questão de investigação. Posteriormente, os estudos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. No final, cinco estudos foram incluídos na síntese integrativa.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada através da *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*, recomendada pelo Joanna Briggs Institute para estudos qualitativos. Esta avaliação permitiu apreciar a congruência metodológica, o rigor científico, a adequação dos métodos de recolha e análise de dados, a representação dos participantes e a credibilidade das conclusões. Foram considerados elegíveis os estudos com qualidade metodológica superior a 75%. Um dos estudos incluídos correspondia a uma revisão da literatura e, por não constituir investigação primária, foi integrado apenas na síntese narrativa, não sendo submetido à avaliação crítica através da checklist da JBI.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma grelha previamente definida, incluindo autor, ano, país, objetivo, desenho do estudo, população/amostra, estratégias supervisivas identificadas e principais resultados. A análise foi desenvolvida através de síntese narrativa e temática, permitindo identificar padrões, convergências e divergências entre os estudos incluídos. Os resultados foram agrupados em três categorias principais: estratégias supervisivas promotoras do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica; relação supervisiva como fator facilitador da aprendizagem; e barreiras à implementação da supervisão clínica.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa bibliográfica identificou 56 registos nas bases de dados e fontes de informação consultadas: 30 na CINAHL Plus with Full Text, sete na MEDLINE, três na PubMed, 10 na Scopus e seis no RCAAP. Após remoção de sete duplicados, permaneceram 49 registos para análise de título e resumo. Nesta fase, foram excluídos 39 estudos por não responderem à questão de investigação. Foram selecionados 10 estudos para leitura integral, dos quais cinco foram excluídos por não responderem aos critérios definidos. No total, foram incluídos cinco estudos na revisão integrativa da literatura. O processo de seleção encontra-se representado na Figura 1.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos cinco estudos publicados entre 2021 e 2026, em português e inglês. A evidência incluída incidiu sobre o contributo da supervisão clínica e de estratégias pedagógicas associadas para o desenvolvimento do pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão clínica em estudantes de licenciatura em enfermagem. A maioria dos estudos apresentou abordagem qualitativa, centrando-se nas perceções de estudantes, supervisores ou docentes, enquanto um estudo correspondeu a uma revisão da literatura integrada na síntese narrativa.

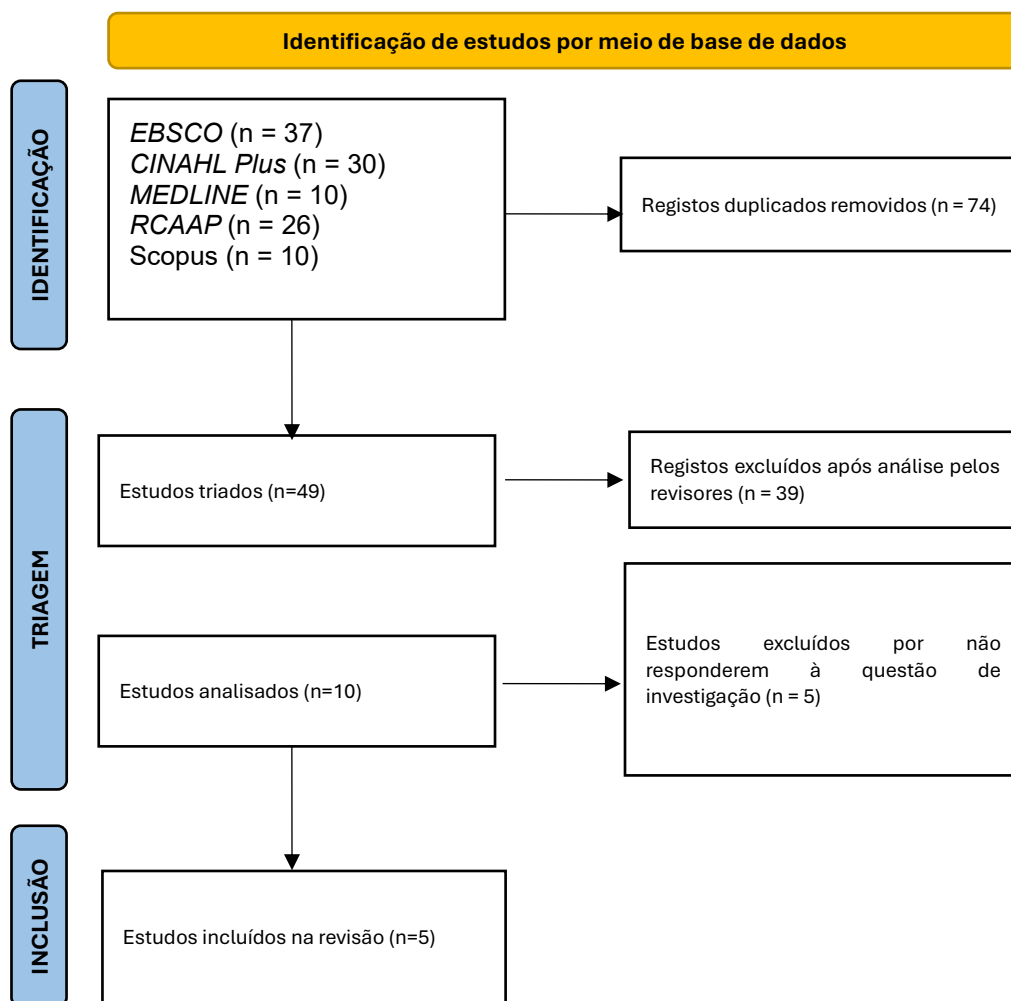


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.

Os estudos analisados abordaram estratégias diversificadas, incluindo simulação clínica, debriefing, gamificação, feedback estruturado, questionamento orientado, reflexão escrita, discussão de casos e novos modelos de orientação clínica. Apesar da diversidade metodológica, os resultados convergiram na identificação da supervisão clínica como processo pedagógico capaz de promover competências cognitivas complexas, desde que sustentado por uma relação supervisiva de qualidade, ambientes psicologicamente seguros e condições organizacionais adequadas.

Tabela 3. Síntese dos estudos incluídos sobre supervisão clínica, pensamento crítico e tomada de decisão

Estudo	Tipo de evidência	Estratégias ou foco principal	Principais contributos
Dias (2023)	Revisão/scoping review	Simulação clínica e prática simulada	A simulação clínica favorece a interpretação de informação clínica, a definição de prioridades, o julgamento clínico e a tomada de decisão em ambiente seguro
Caldas et al. (2026)	Estudo sobre gamificação em supervisão clínica	Gamificação, reflexão, participação ativa	A gamificação promove envolvimento, motivação, pensamento crítico-reflexivo e tomada de decisão clínica

Estudo	Tipo de evidência	Estratégias ou foco principal	Principais contributos
Silva et al. (2023)	Estudo qualitativo	Estratégias de supervisão clínica, aprendizagem e pensamento crítico	O feedback, o questionamento, a reflexão orientada e a relação supervisiva promovem pensamento crítico, julgamento clínico e aprendizagem significativa
Kerns e Wedgeworth (2024)	Estudo qualitativo	Barreiras e facilitadores no ensino do julgamento clínico	A sobrecarga, a limitação de tempo e a insuficiente preparação pedagógica dificultam o ensino e desenvolvimento do julgamento clínico
Vasset et al. (2021)	Estudo qualitativo	Experiências dos supervisores e novo modelo de orientação	A adoção de modelos supervisivos requer preparação, abertura à mudança e apoio organizacional

3.3. Estratégias supervisivas promotoras do pensamento crítico e da tomada de decisão

A análise dos estudos incluídos evidenciou que a supervisão clínica contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica quando integra estratégias pedagógicas ativas, reflexivas e centradas no estudante. Entre as estratégias mais referidas destacaram-se a simulação clínica, o debriefing, a gamificação, o feedback estruturado, o questionamento orientado, a reflexão escrita e a discussão de casos clínicos.

A simulação clínica emergiu como uma estratégia relevante por permitir aos estudantes contactar com situações clínicas complexas em ambiente seguro e controlado. Esta estratégia favorece a identificação de sinais clínicos relevantes, a análise de informação, a definição de prioridades, a antecipação de riscos e a tomada de decisões fundamentadas. O debriefing associado à simulação foi igualmente valorizado, por permitir a análise crítica das decisões tomadas, a identificação de oportunidades de melhoria e a consolidação da aprendizagem.

A gamificação surgiu como uma estratégia inovadora, capaz de aumentar o envolvimento dos estudantes no processo de aprendizagem, promovendo motivação, participação ativa e reflexão crítica. Ao integrar desafios, resolução de problemas e tomada de decisão em cenários pedagógicos estruturados, a gamificação pode estimular processos de raciocínio e favorecer a aprendizagem significativa.

O feedback estruturado, a reflexão orientada e o questionamento dirigido foram identificados como estratégias transversais ao processo supervisivo. Estas estratégias permitem ao estudante compreender o seu desempenho, justificar decisões, analisar alternativas, reconhecer limitações e desenvolver progressivamente autonomia clínica. Deste modo, a supervisão clínica contribui para a transformação da experiência em conhecimento profissional, favorecendo a articulação entre teoria, prática e reflexão.

3.4. Relação supervisiva como facilitadora da aprendizagem

A qualidade da relação entre supervisor clínico e estudante emergiu como fator determinante para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica. Relações baseadas na confiança, no respeito, na comunicação aberta, no apoio pedagógico e na disponibilidade do supervisor favorecem a participação ativa do estudante, a expressão de dúvidas e a reflexão sobre dificuldades ou erros. Os estudos incluídos sugerem que o estudante desenvolve melhor a sua capacidade crítica

quando se sente seguro para questionar, justificar decisões e discutir situações clínicas sem receio de julgamento. Assim, a relação supervisiva não atua apenas como suporte emocional, mas como condição pedagógica para o desenvolvimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão. O supervisor é descrito como facilitador da aprendizagem, responsável por orientar a análise das situações clínicas, estimular a reflexão, promover a autonomia progressiva e apoiar a integração do estudante no contexto real de cuidados. Deste modo, a supervisão clínica assume uma função formativa e relacional, permitindo que o estudante desenvolva competências cognitivas complexas num ambiente de aprendizagem seguro e estruturado.

3.5. Barreiras à implementação da supervisão clínica

Apesar dos benefícios identificados, os estudos analisados evidenciaram barreiras que podem comprometer a efetividade da supervisão clínica no desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão. Entre as principais limitações destacaram-se a escassez de tempo para supervisão, a sobrecarga assistencial dos enfermeiros supervisores, as limitações organizacionais dos contextos clínicos e a insuficiente preparação pedagógica dos supervisores.

A sobrecarga dos supervisores limita as oportunidades de feedback, reflexão e acompanhamento individualizado, podendo reduzir a supervisão a uma atividade informal, descontínua ou centrada apenas na execução técnica. Esta limitação compromete particularmente o desenvolvimento do pensamento crítico, uma vez que este exige tempo para questionar, analisar, discutir e refletir sobre a prática. A resistência à adoção de novos modelos pedagógicos foi igualmente identificada como barreira relevante. Alguns supervisores podem apresentar dificuldades na transição de abordagens tradicionais, centradas na demonstração e reprodução de procedimentos, para modelos mais reflexivos, centrados no estudante e orientados para a tomada de decisão. A ausência de formação específica em supervisão clínica pode, assim, limitar a qualidade do acompanhamento prestado e reduzir o potencial pedagógico da experiência clínica.

4. Discussão

Os resultados desta revisão integrativa permitem sustentar que a supervisão clínica em enfermagem contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica quando a experiência em ensino clínico é acompanhada por estratégias pedagógicas intencionais, reflexivas e centradas no estudante. Esta constatação é particularmente relevante porque evidencia que a aprendizagem clínica não resulta apenas da presença do estudante no contexto de cuidados, mas da forma como essa experiência é orientada, discutida e transformada em conhecimento profissional.

A relação entre supervisão clínica e pensamento crítico pode ser compreendida à luz da definição de Facione (1990), que conceptualiza o pensamento crítico como um processo de julgamento autorregulado que envolve interpretação, análise, avaliação, inferência e explicação. Os resultados analisados mostram que estratégias como o questionamento orientado, o feedback estruturado, a discussão de casos e a reflexão escrita favorecem precisamente estes processos cognitivos, ao exigir que o estudante justifique decisões, analise alternativas e reconheça as consequências da sua

intervenção. Neste sentido, a supervisão clínica funciona como mediadora entre a experiência prática e o desenvolvimento do julgamento profissional. A exposição a situações clínicas reais ou simuladas oferece ao estudante oportunidades de aprendizagem, mas é a reflexão orientada pelo supervisor que permite transformar essas experiências em conhecimento crítico. Esta interpretação é coerente com a perspetiva de Schön (1983), segundo a qual a aprendizagem profissional resulta da reflexão-na-ação e da reflexão-sobre-a-ação.

Entre as estratégias identificadas, a simulação clínica destaca-se pelo seu potencial para o desenvolvimento do julgamento clínico e da tomada de decisão. Ao recriar situações complexas em ambiente seguro, a simulação permite ao estudante experimentar decisões, lidar com incerteza e refletir sobre consequências sem comprometer a segurança da pessoa cuidada. Este achado é consistente com Cant e Cooper (2017), que demonstram o valor da aprendizagem baseada em simulação na formação pré-graduada em enfermagem. No entanto, os resultados sugerem que a simulação só atinge plenamente o seu potencial pedagógico quando associada a momentos estruturados de debriefing. O debriefing permite reconstruir a experiência, analisar raciocínios, discutir erros e consolidar aprendizagens. Assim, a simulação não deve ser entendida apenas como reprodução técnica de cenários, mas como estratégia reflexiva que articula ação, análise e tomada de decisão.

A gamificação surge como outra estratégia promissora, particularmente pela sua capacidade de aumentar o envolvimento dos estudantes e criar desafios que exigem análise, tomada de decisão e reflexão. Os resultados de Caldas et al. (2026) sugerem que a gamificação pode promover o pensamento crítico-reflexivo ao estimular a participação ativa e a resolução de problemas. Ainda assim, a sua utilização deve ser pedagogicamente orientada, para evitar que a dimensão lúdica se sobreponha aos objetivos de aprendizagem clínica.

O feedback estruturado constitui uma das estratégias mais transversais identificadas. A sua relevância reside no facto de permitir ao estudante compreender a distância entre o desempenho atual e o desempenho esperado. Quando é específico, oportuno e orientado para a melhoria, o feedback promove autorregulação, reflexão e desenvolvimento progressivo de competências. Esta interpretação é coerente com Hattie e Timperley (2007), que descrevem o feedback como uma das estratégias educativas com maior impacto na aprendizagem.

A qualidade da relação supervisiva emerge também como condição central para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica. A evidência analisada sugere que os estudantes pensam, questionam e decidem melhor quando se sentem apoiados, respeitados e seguros para expressar dúvidas ou reconhecer dificuldades. Esta dimensão relaciona-se com o conceito de segurança psicológica proposto por Edmondson (1999), segundo o qual a aprendizagem é favorecida quando os indivíduos podem participar, perguntar e errar sem receio de humilhação ou punição. Esta dimensão relacional é particularmente importante porque o desenvolvimento do pensamento crítico exige exposição à incerteza. O estudante precisa de experimentar, justificar, duvidar e rever decisões. Se o ambiente supervisivo for excessivamente punitivo, distante ou centrado apenas na avaliação, tenderá a reduzir a participação ativa e a limitar oportunidades de aprendizagem reflexiva. Pelo

contrário, uma relação supervisiva segura permite que o erro seja analisado como oportunidade de aprendizagem, sem comprometer a responsabilidade profissional e a segurança dos cuidados.

Os resultados podem ainda ser interpretados à luz do modelo de julgamento clínico de Tanner (2006). As estratégias supervisivas identificadas parecem contribuir para as etapas de observar, interpretar, responder e refletir. O questionamento orientado ajuda o estudante a identificar dados relevantes; a discussão de casos apoia a interpretação e integração da informação; a simulação e a prática supervisionada favorecem a resposta clínica; e o debriefing ou feedback estruturado promovem a reflexão posterior sobre a decisão tomada. De igual modo, os resultados articulam-se com o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (1984). Os estudantes de enfermagem encontram-se numa fase inicial de desenvolvimento profissional, necessitando de orientação, feedback e oportunidades de reflexão para progredirem na sua competência clínica. A supervisão clínica, Deste modo, funciona como suporte à transição entre conhecimento teórico e competência prática, ajudando o estudante a evoluir de uma atuação mais dependente de regras para uma compreensão mais contextualizada das situações clínicas.

Apesar destes contributos, os resultados evidenciam barreiras relevantes à implementação da supervisão clínica. A escassez de tempo, a sobrecarga dos supervisores e as limitações organizacionais dificultam a utilização regular de estratégias reflexivas. Este aspeto é particularmente crítico porque o desenvolvimento do pensamento crítico exige tempo para dialogar, questionar, refletir e avaliar decisões. Quando a supervisão fica subordinada à pressão assistencial, corre o risco de se reduzir ao acompanhamento funcional da prática, perdendo parte do seu potencial pedagógico. A insuficiente preparação pedagógica dos supervisores constitui outra barreira importante. Nem todos os enfermeiros que acompanham estudantes possuem formação específica em supervisão clínica, feedback, debriefing, questionamento reflexivo ou avaliação formativa. Esta lacuna pode levar à reprodução de modelos tradicionais centrados na demonstração e imitação, em vez de abordagens centradas na reflexão, autonomia e tomada de decisão. Assim, a formação dos supervisores deve ser considerada uma condição essencial para melhorar a qualidade da aprendizagem clínica.

A evidência analisada apresenta, contudo, limitações. O número de estudos incluídos foi reduzido e a maioria apresenta abordagem qualitativa, com amostras pequenas e forte dependência das perceções dos participantes. Embora estes estudos permitam compreender em profundidade experiências e significados atribuídos à supervisão, limitam a generalização dos resultados. Além disso, observa-se heterogeneidade conceptual entre pensamento crítico, raciocínio clínico, julgamento clínico e tomada de decisão clínica, o que dificulta a comparação direta entre estudos. Apesar destas limitações, os resultados permitem identificar uma tendência consistente: a supervisão clínica favorece o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão quando combina estratégias pedagógicas ativas, relação supervisiva de qualidade e condições organizacionais favoráveis. Assim, a supervisão não deve ser entendida como atividade acessória do ensino clínico, mas como intervenção pedagógica estruturante da formação em enfermagem. Do ponto de vista da prática, recomenda-se a integração sistemática de estratégias como simulação clínica, debriefing, feedback estruturado, questionamento orientado, discussão de casos e reflexão escrita nos contextos de ensino

clínico. Recomenda-se igualmente a formação pedagógica dos supervisores, a criação de tempo protegido para supervisão e a valorização institucional da função supervisiva.

De modo geral, a supervisão clínica em enfermagem contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica ao transformar a experiência em aprendizagem reflexiva. O seu impacto depende, porém, da intencionalidade pedagógica das estratégias utilizadas, da qualidade da relação entre supervisor e estudante e das condições organizacionais que sustentam o processo supervisivo. A valorização destes elementos poderá contribuir para formar futuros enfermeiros mais autónomos, críticos, seguros e capazes de tomar decisões fundamentadas em contextos clínicos complexos.

5. Referências bibliográficas

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasau.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem (2.^a ed.). Almedina.
- Amouzeshi, Z., Malek Niya, A., Beigzadeh, A., Oudi, D., Nazari, H., & Momeni, A. M. (2026). The effect of daily and weekly reflection on nursing students' critical thinking disposition: A quasi-experimental study. *SAGE Open Nursing*, 12, 23779608261417812. <https://doi.org/10.1177/23779608261417812>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI manual for evidence synthesis. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley.
- Berglund, M., Sjögren, K., & Gustafsson, C. (2019). Nursing students' perspective on a caring relationship in clinical supervision. *Nurse Education in Practice*, 39, 16–21.
- Caldas, S., Gonçalves, R., Silva, R., Taveira, A., & Macedo, A. P. (2026). Gamification as a strategy in nursing clinical supervision for developing critical reflective thinking. *International Journal of Nursing Sciences*, 13(1), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2025.12.008>
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2017). The value of simulation-based learning in pre-licensure nurse education: A state-of-the-art review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 27, 45–62. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.012>
- Dias, A. C. C. (2023). Prática simulada e desenvolvimento de competências nos estudantes de licenciatura em enfermagem: Scoping review [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt>
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Facione, P. A. (1990). Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. The Delphi Report. American Philosophical Association.
- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
- Kerns, C., & Wedgeworth, M. (2024). Barriers and facilitators experienced by undergraduate nursing faculty teaching clinical judgment: A qualitative study. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241274728. <https://doi.org/10.1177/23779608241274728>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352–359.
- Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner: How professionals think in action. Basic Books.
- Silva, A. O. V., Carvalho, A. L. R. F., Vieira, R. M., & Pinto, C. M. C. B. (2023). Estratégias de supervisão clínica, aprendizagem e pensamento crítico dos estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), e20220691. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein*, 8(1), 102–106.

- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Vasset, F., Molnes, S., Helberget, L., Teige, B., & Frilund, M. (2021). A qualitative study of supervisors' experiences with nursing students in practice: A new guidance model. *Nurse Education Today*, 107, 105148. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105148>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Parte III — Modalidades e contextos específicos de supervisão clínica

Capítulo 7. Supervisão entre pares em enfermagem: potencialidades e limitações desta modalidade de acompanhamento profissional

Ângela Cristina Fernandes Lourenço

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Unidade de Cuidados na Comunidade, Arraiolos, Portugal.

Zélia Maria Butes Freitas Cameirão

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Consultas Externas, Évora, Portugal

Paulo Jorge Rodrigues Sabino

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Serviço de Urgência, Beja, Portugal.

José Moreira

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A supervisão clínica entre pares tem vindo a afirmar-se como uma modalidade colaborativa de acompanhamento profissional, centrada na partilha de experiências, na reflexão conjunta e no suporte mútuo entre enfermeiros. Esta modalidade assume particular relevância em contextos de cuidados marcados por elevada complexidade, exigência emocional, pressão assistencial e necessidade contínua de desenvolvimento de competências, oferecendo aos enfermeiros um espaço estruturado para reflexão, partilha de experiências e aprendizagem conjunta.

A supervisão clínica entre pares distingue-se de modelos mais hierarquizados por assentar numa relação tendencialmente horizontal, construída entre profissionais com níveis semelhantes de responsabilidade ou experiência. Esta característica favorece a partilha aberta de dificuldades, a análise crítica da prática e a construção coletiva de estratégias para lidar com situações clínicas, relacionais, éticas e organizacionais complexas. Ao reduzir a pressão associada à avaliação hierárquica, a supervisão entre pares pode promover maior segurança psicológica, facilitar a expressão de dúvidas e contribuir para o desenvolvimento profissional contínuo (Proctor, 2010; Saab et al., 2021; Gill-Meeley et al., 2025).

A evidência recente sugere que esta modalidade pode contribuir para o fortalecimento da identidade profissional, desenvolvimento de competências, redução do isolamento, apoio emocional, aumento da satisfação profissional e prevenção do burnout (Howard & Eddy-Imishue, 2020; Hudays et al., 2023; McCarthy et al., 2021; Zonneveld et al., 2024). Contudo, a sua implementação nem sempre é consistente, sendo condicionada por barreiras como a falta de tempo, a sobrecarga assistencial, a insuficiente preparação dos supervisores, a ausência de objetivos claros, a fragilidade do suporte organizacional e a confusão entre supervisão clínica e avaliação de desempenho (Awiagah et al., 2024; Masamha et al., 2022; O'Neill et al., 2025).

Sob esta perspetiva, torna-se pertinente analisar a evidência científica disponível sobre as potencialidades e limitações da supervisão clínica entre pares em enfermagem. Esta análise permite compreender não apenas os benefícios atribuídos a esta modalidade, mas também as condições necessárias para a sua implementação efetiva nos contextos de prática. O presente capítulo procura, por conseguinte, identificar e analisar a evidência científica disponível sobre as potencialidades e limitações da supervisão clínica entre pares enquanto modalidade de acompanhamento profissional em enfermagem.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar e analisar a evidência científica disponível sobre as potencialidades e limitações da supervisão clínica entre pares em enfermagem. A revisão foi orientada pelas recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute e reportada de acordo com os princípios do PRISMA 2020, assegurando transparência, rigor e reprodutibilidade no processo de identificação, seleção e síntese dos estudos (Aromataris & Munn, 2020; Page et al., 2021a; Page et al., 2021b).

A questão de investigação foi estruturada com recurso à estratégia PICO : População, Fenómeno de Interesse e Contexto, adequada a revisões que procuram compreender experiências, perceções, barreiras e facilitadores em contextos de saúde. A população correspondeu aos profissionais de enfermagem; o fenómeno de interesse centrou-se nas potencialidades, facilitadores, barreiras e limitações da implementação da supervisão clínica entre pares; e o contexto correspondeu à supervisão clínica entre pares em serviços de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégia PICO para formulação da questão de investigação.

Estratégia PICO		
P	População	Profissionais de enfermagem
I	Fenómeno de Interesse	Barreiras, limitações, facilitadores e potencialidades emergentes da implementação desta modalidade nos diversos serviços de saúde.
Co	Contexto	Supervisão Clínica entre pares

Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais são as potencialidades e limitações da supervisão clínica entre pares enquanto modalidade de acompanhamento profissional em enfermagem?

A pesquisa bibliográfica decorreu entre abril e maio de 2026, nas bases de dados e motores de busca PubMed, PubMed Central/PMC, EBSCO, SciELO, Cochrane, RCAAP, Biblioteca Virtual em Saúde e B-on. Foi definido um limite temporal a partir de 1 de janeiro de 2020, procurando privilegiar a evidência científica mais recente. Foram utilizados descritores MeSH e DeCS, bem como termos livres relacionados com supervisão clínica, pares, potencialidades, benefícios, facilitadores, limitações, barreiras e enfermagem. A equação booleana utilizada foi: “clinical supervision” AND “peer” AND (“potential” OR “benefit” OR “facilitator”) AND (“limit” OR “barrier”) AND “nursing”. O termo “clinical supervision” foi aplicado ao título e o termo “nursing” ao campo assunto, de acordo com as especificidades das bases de dados.

Foram considerados critérios de inclusão: artigos disponíveis em acesso livre, publicados a partir de 2020, que abordassem a supervisão clínica entre pares, as suas potencialidades, benefícios, facilitadores, limitações ou barreiras, envolvendo profissionais de enfermagem em qualquer contexto de cuidados. Foram excluídos estudos que não incluíssem a população de enfermagem, que não abordassem supervisão clínica entre pares ou que não apresentassem relação direta com o foco da revisão. Foram ainda excluídos documentos centrados no período da pandemia por COVID-19, devido às alterações excecionais nos serviços de saúde, horários e métodos de trabalho, bem como documentos referentes a estudos com animais.

A seleção dos estudos foi realizada por três investigadores. Numa fase inicial, os registos identificados foram analisados de acordo com os critérios de elegibilidade. Posteriormente, os artigos potencialmente relevantes foram avaliados em texto integral. O processo incluiu momentos de análise

individual por parte dos investigadores e uma reunião conjunta, realizada através da plataforma Teams, para consensualização das decisões de inclusão. A pesquisa identificou inicialmente 40 artigos, tendo sido selecionados 21 estudos para inclusão na revisão.

A avaliação crítica dos estudos incluídos foi realizada com recurso às ferramentas disponibilizadas pelo Joanna Briggs Institute. Foram considerados três elementos complementares: relevância e confiabilidade dos artigos, expressa em percentagem; nível de evidência, definido a partir do desenho metodológico; e grau de recomendação, categorizado com recurso à escala FAME: *feasibility, appropriateness, meaningfulness, effectiveness*. Esta avaliação permitiu caracterizar a robustez da evidência incluída e apoiar a interpretação dos resultados.

A extração e síntese dos dados foram realizadas de forma narrativa e temática. Os estudos foram analisados segundo autor, ano, país, desenho metodológico, conteúdo, nível de evidência, grau de recomendação e principais contributos para a compreensão das potencialidades e limitações da supervisão clínica entre pares. A síntese foi organizada em torno de quatro eixos principais: potencialidades da supervisão entre pares; fatores facilitadores; barreiras à implementação; e condições necessárias para a efetividade desta modalidade supervisiva.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa inicial identificou 40 registos nas bases de dados e motores de busca consultados. Destes, 37 foram obtidos através da EBSCO e três através da BVS. Não foram identificados registos nas restantes fontes consultadas. Após a remoção de três duplicados, permaneceram 37 registos para análise. Todos os registos foram avaliados, não tendo sido excluídos estudos nesta fase inicial de seleção. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 16 estudos foram excluídos por não respeitarem os critérios de inclusão previamente definidos. No total, 21 estudos foram incluídos na revisão sistemática da literatura. O processo de seleção encontra-se representado na Figura 1.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos 21 estudos publicados a partir de 2020 (Tabela 2). A maioria dos artigos apresentou relevância e confiabilidade superior a 80%, o que sugere consistência global da evidência analisada. No que respeita ao nível de evidência, os estudos distribuíram-se entre os níveis 1 e 5, verificando-se que a maioria se situou nos níveis 1 e 2. Especificamente, quatro estudos foram classificados como nível 1, sete como nível 2, dois como nível 3, quatro como nível 4 e quatro como nível 5.

Apesar desta distribuição favorável em termos de níveis de evidência, a maioria dos estudos apresentou grau de recomendação B. Este resultado foi atribuído à predominância de *scoping reviews*, estudos qualitativos, estudos transversais e inquéritos, que permitem mapear conceitos, experiências e perceções, mas apresentam limitações na demonstração de relações causais ou na formulação de recomendações fortes.

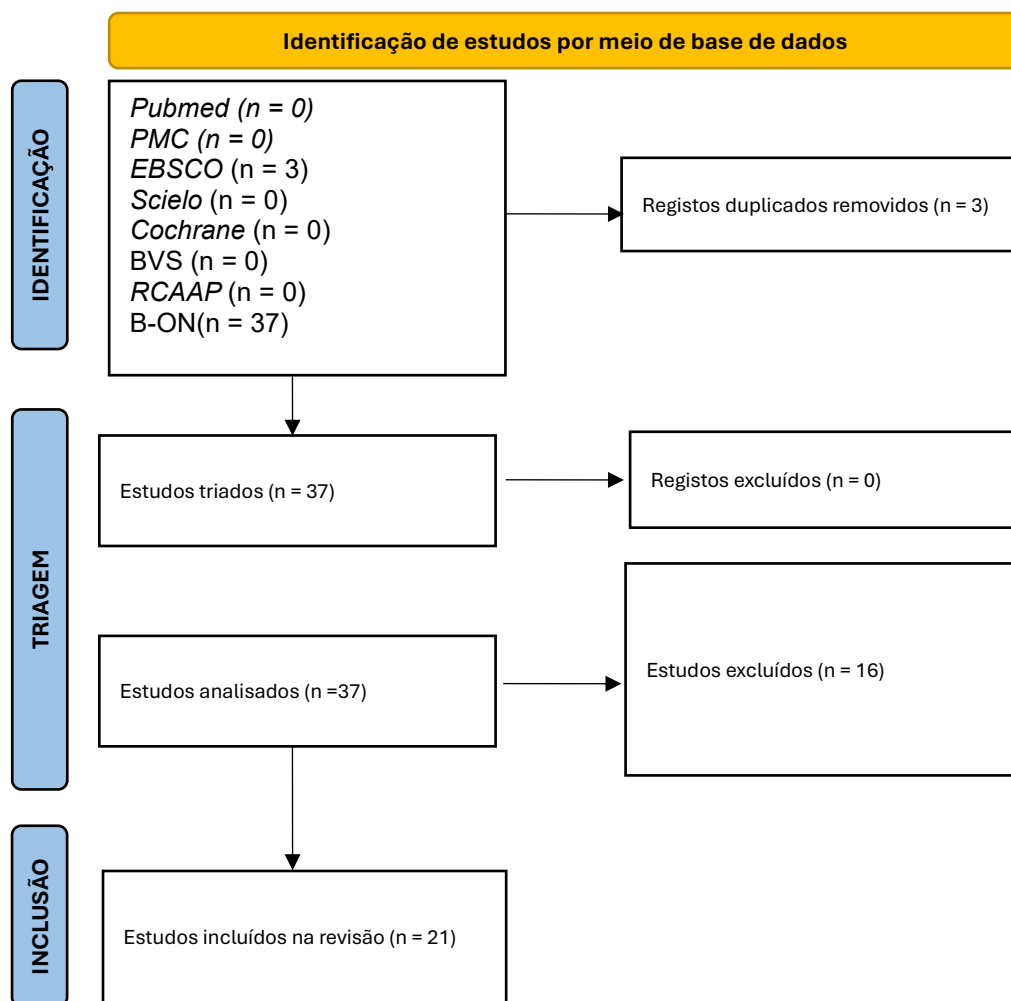


Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos.

Os estudos incluídos abordaram diferentes dimensões da supervisão clínica entre pares, incluindo experiências de enfermeiros e parteiras, barreiras e facilitadores da supervisão clínica, modelos de supervisão, supervisão em grupo, satisfação profissional, burnout, desenvolvimento profissional, competência emocional, prática avançada e supervisão em contextos comunitários, rurais e hospitalares.

Tabela 2. Caracterização metodológica, nível de evidência e qualidade dos estudos incluídos

Estudo	País	Desenho	Nível de evidência	Análise
Atashi et al. (2024)	Irão	Estudo qualitativo descritivo	5a	Relevância e confiabilidade de 70%; recomendação B
Awiagah et al. (2024)	Gana	Scoping review	4a	Relevância e confiabilidade de 80%; recomendação A
Buus et al. (2025)	Austrália	Estudo qualitativo descritivo	5c	Relevância e confiabilidade de 85%; recomendação B
Gardner et al. (2021)	Austrália	Estudo misto	3	Relevância e confiabilidade de 75%; recomendação B
Gardner et al. (2023)	Austrália	Estudo longitudinal retrospectivo	2d	Relevância e confiabilidade de 80%; recomendação B

Estudo	País	Desenho	Nível de evidência	Análise
Gill-Meeley et al. (2024)	Irlanda	Scoping review protocol	1a	Relevância e confiabilidade de 90%; recomendação A
Gill-Meeley et al. (2025)	Irlanda	Scoping review	2a	Relevância e confiabilidade de 85%; recomendação B
Hildebrand et al. (2023)	Austrália	Scoping review	2a	Relevância e confiabilidade de 80%; recomendação B
Hindhede et al. (2026)	Dinamarca	Estudo qualitativo descritivo	5a	Relevância e confiabilidade de 75%; recomendação B
Howard & Eddy-Imishue (2020)	Dinamarca	Revisão integrativa da literatura	5a	Relevância e confiabilidade de 80%; recomendação B
Hudays et al. (2023)	Arábia Saudita	Revisão sistemática da literatura	1b	Relevância e confiabilidade de 90%; recomendação A
Lee et al. (2023a)	Coreia do Sul	Estudo misto	4b	Relevância e confiabilidade de 75%; recomendação B
Lee et al. (2023b)	Coreia do Sul	Scoping review	3a	Relevância e confiabilidade de 80%; recomendação B
Masamha et al. (2022)	Inglaterra	Scoping review	2a	Relevância e confiabilidade de 85%; recomendação A
McCarthy et al. (2021)	Irlanda	Quase-experimental	2d	Relevância e confiabilidade de 80%; recomendação B
O'Neill et al. (2022)	Austrália	Revisão sistemática da literatura	1a	Relevância e confiabilidade de 90%; recomendação A
O'Neill et al. (2025)	Austrália	Estudo qualitativo descritivo	4d	Relevância e confiabilidade de 100%; recomendação B
Rocha et al. (2021)	Portugal	Quase-experimental	2b	Relevância e confiabilidade de 70%; recomendação B
Ryu et al. (2024)	Austrália	Estudo transversal	4d	Relevância e confiabilidade de 85%; recomendação B
Zonneveld et al. (2024)	Austrália	Revisão sistemática da literatura	1a	Relevância e confiabilidade de 95%; recomendação A
Zonneveld et al. (2025)	Austrália	Scoping review	2a	Relevância e confiabilidade de 85%; recomendação B

3.3. Potencialidades da supervisão clínica entre pares

Da síntese da evidência emergiu que a supervisão clínica entre pares é descrita como uma modalidade com potencial para promover reflexão crítica, desenvolvimento profissional, identidade profissional, suporte emocional, bem-estar e segurança dos cuidados. A supervisão entre pares oferece um espaço estruturado onde os profissionais podem discutir experiências, analisar dificuldades, partilhar estratégias e refletir sobre decisões clínicas, num ambiente menos hierarquizado e tendencialmente mais colaborativo. A criação de segurança psicológica surgiu como uma das potencialidades centrais desta modalidade. Os estudos indicam que a possibilidade de discutir dificuldades com pares, sem a pressão associada à avaliação hierárquica, favorece a expressão de dúvidas, a reflexão sobre erros, a partilha de experiências emocionalmente exigentes e a construção de estratégias de coping. Esta dimensão é particularmente relevante em contextos de elevada carga emocional, nos quais os enfermeiros enfrentam sofrimento, incerteza, conflito ético e pressão assistencial.

A supervisão entre pares foi também associada à redução do isolamento profissional e do burnout. Ao promover espaços regulares de encontro, escuta e partilha, esta modalidade pode contribuir para o reforço do suporte social e profissional, para a melhoria da satisfação no trabalho e para a gestão de emoções associadas à prática clínica. Alguns estudos apontam ainda para potenciais efeitos positivos na qualidade dos cuidados, na segurança do doente e no funcionamento das equipas.

3.4. Facilitadores da implementação

Entre os principais facilitadores da supervisão clínica entre pares destacam-se a existência de modelos estruturados, objetivos claros, regularidade das sessões, preparação dos supervisores ou facilitadores, compromisso organizacional, cultura de confiança, participação voluntária e reconhecimento formal da supervisão como parte integrante do trabalho profissional. O modelo de supervisão em grupo surgiu como uma estratégia particularmente relevante, permitindo a partilha de diferentes perspetivas, a normalização de dificuldades comuns, o apoio mútuo e a construção coletiva de soluções. No entanto, a evidência incluída sugere que este modelo é eficaz apenas quando adequadamente dimensionado, com regras claras, tempo protegido, facilitação competente e ambiente seguro. O suporte organizacional foi identificado como condição transversal para a sustentabilidade da supervisão entre pares. A implementação desta modalidade depende da disponibilidade de tempo, da alocação de recursos humanos, da valorização institucional da supervisão clínica e da existência de políticas que reconheçam a supervisão como componente legítima da prática profissional.

3.5. Barreiras e limitações

Apesar das potencialidades identificadas, os estudos analisados evidenciaram múltiplas barreiras à implementação efetiva da supervisão clínica entre pares. A falta de tempo foi uma das limitações mais recorrentes, frequentemente associada à elevada carga assistencial, à dificuldade em conciliar horários e à perceção da supervisão como atividade adicional ao trabalho diário. Esta barreira sugere que a supervisão clínica nem sempre é reconhecida como parte integrante da atividade profissional, sendo muitas vezes tratada como uma tarefa secundária ou opcional.

A falta de clareza conceptual e de objetivos foi também uma barreira relevante. A supervisão clínica pode ser confundida com avaliação de desempenho, controlo hierárquico ou simples reunião informal. Esta ambiguidade compromete a adesão dos profissionais e reduz a segurança psicológica necessária à partilha aberta de dificuldades. Quando a supervisão é percecionada como espaço de avaliação ou fiscalização, a sua função reflexiva e restaurativa tende a ser enfraquecida.

Outras limitações identificadas incluem insuficiente formação dos supervisores ou facilitadores, escassez de profissionais qualificados, baixa motivação dos participantes, imaturidade profissional, fragilidades na cultura organizacional, ausência de compromisso institucional e dificuldades específicas do modelo de grupo. Entre estas dificuldades destacam-se grupos demasiado grandes, monopolização da sessão por alguns participantes, pouco tempo para discussão individualizada de casos e receio de exposição perante os pares.

4. Discussão

Os resultados desta revisão sistemática evidenciam que a supervisão clínica entre pares constitui uma modalidade promissora de acompanhamento profissional em enfermagem, sobretudo pelo seu potencial para promover reflexão crítica, suporte emocional, desenvolvimento profissional, identidade profissional e melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, a análise dos estudos incluídos mostra que estes benefícios não são automáticos, dependendo fortemente das condições de implementação, da clareza dos objetivos, da preparação dos intervenientes e do suporte organizacional disponível (Saab et al., 2021; Masamha et al., 2022; Gill-Meeley et al., 2025; Zonneveld et al., 2025).

Um dos principais contributos da supervisão clínica entre pares prende-se com a criação de um espaço relacional mais horizontal e colaborativo, no qual os profissionais podem discutir experiências clínicas, dificuldades, dilemas éticos e situações emocionalmente exigentes com menor pressão hierárquica. Esta característica distingue a supervisão entre pares de modelos mais verticais e pode favorecer a abertura, a partilha de vulnerabilidades e a reflexão crítica sobre a prática (Proctor, 2010; Saab et al., 2021; McCarthy et al., 2021). Face ao exposto, a supervisão entre pares não deve ser entendida apenas como uma reunião informal entre colegas, mas como um processo estruturado de aprendizagem profissional e apoio mútuo.

A segurança psicológica emerge como um mecanismo central para compreender os benefícios desta modalidade. Quando os enfermeiros percecionam a supervisão como um espaço seguro, confidencial e não punitivo, tornam-se mais disponíveis para discutir erros, incertezas, conflitos e emoções associadas à prática clínica. Esta condição favorece a reflexão crítica, a autoconsciência e a aprendizagem a partir da experiência, aproximando-se da função restaurativa da supervisão clínica descrita no modelo de Proctor (Proctor, 2010; Gill-Meeley et al., 2024; Gill-Meeley et al., 2025). Pelo contrário, quando a supervisão é confundida com fiscalização ou avaliação de desempenho, a confiança necessária à partilha tende a diminuir, comprometendo a sua função formativa e restaurativa (Masamha et al., 2022; Awiagah et al., 2024).

Os resultados sugerem também que a supervisão entre pares pode contribuir para o desenvolvimento da identidade profissional. Ao refletirem em conjunto sobre situações clínicas, decisões tomadas, dificuldades relacionais e dilemas organizacionais, os enfermeiros constroem significados partilhados sobre a prática, reforçam valores profissionais e desenvolvem maior consciência sobre o seu papel nos cuidados. Esta dimensão tem sido descrita em estudos sobre supervisão clínica como um contributo relevante para o desenvolvimento profissional contínuo, particularmente quando existe oportunidade para aprendizagem colaborativa e reflexão estruturada (Howard & Eddy-Imishue, 2020; Gill-Meeley et al., 2025; Zonneveld et al., 2024).

A dimensão emocional da supervisão entre pares merece particular destaque. A evidência analisada associa esta modalidade à redução do isolamento profissional, ao apoio emocional, à melhoria da satisfação profissional e à prevenção do burnout. Estes achados são relevantes num contexto em que os enfermeiros enfrentam elevada carga assistencial, exposição contínua ao sofrimento, pressão temporal e complexidade crescente dos cuidados. Ao criar espaços regulares de escuta, partilha e validação emocional, a supervisão entre pares pode funcionar como estratégia de suporte psicossocial

e de promoção do bem-estar profissional (Hudays et al., 2023; McCarthy et al., 2021; Ryu et al., 2024; Gill-Meeley et al., 2025). Contudo, importa salientar que a melhoria do bem-estar profissional não deve ser interpretada apenas como benefício individual. Profissionais mais apoiados, reflexivos e emocionalmente sustentados tendem a estar melhor preparados para lidar com situações complexas, comunicar com maior clareza, reconhecer limites e tomar decisões mais seguras. Assim, a supervisão entre pares pode ter impacto indireto na qualidade e segurança dos cuidados, ao promover práticas mais conscientes, colaborativas e sustentadas pela reflexão (Pollock et al., 2017; O'Neill et al., 2022; Zonneveld et al., 2024).

A análise dos facilitadores mostra que a efetividade da supervisão entre pares depende da existência de modelos estruturados, objetivos claros, regularidade das sessões, confidencialidade, facilitação competente e compromisso organizacional. O modelo de supervisão em grupo surge como uma estratégia particularmente relevante, pois permite a partilha de diferentes perspetivas, a normalização de dificuldades comuns e a construção coletiva de soluções. No entanto, este modelo exige regras claras de funcionamento, gestão adequada do tempo e competências de facilitação, para evitar que a sessão se transforme num espaço desorganizado, dominado por alguns participantes ou pouco centrado na reflexão crítica (Gardner et al., 2021; McCarthy et al., 2021; O'Neill et al., 2022; Zonneveld et al., 2025).

O suporte organizacional constitui outro fator decisivo. Os resultados indicam que a supervisão entre pares é mais sustentável quando é reconhecida institucionalmente como parte integrante da prática profissional, e não como uma atividade adicional ou dependente da disponibilidade individual dos enfermeiros. A existência de tempo protegido, recursos adequados, reconhecimento formal e alinhamento com políticas de desenvolvimento profissional são condições essenciais para a continuidade e efetividade desta modalidade (Gardner et al., 2023; Lee et al., 2023a; Masamha et al., 2022; O'Neill et al., 2025).

A falta de tempo foi uma das barreiras mais frequentemente identificadas. Esta limitação deve ser compreendida não apenas como um problema operacional, mas como expressão de uma cultura organizacional que nem sempre reconhece a supervisão clínica como trabalho legítimo. Quando a supervisão é realizada apenas “quando há tempo”, tende a tornar-se irregular, superficial e pouco valorizada pelos profissionais. Esta fragilidade compromete a reflexão, reduz a adesão e dificulta a avaliação do impacto da supervisão na prática clínica (Buus et al., 2025; Gill-Meeley et al., 2025; Hindhede et al., 2026; O'Neill et al., 2025). Outra barreira relevante prende-se com a falta de clareza conceptual sobre o que é a supervisão clínica entre pares e quais são os seus objetivos. A evidência mostra que, em alguns contextos, a supervisão clínica pode ser confundida com avaliação de desempenho, controlo hierárquico, reunião de equipa ou discussão informal de problemas. Esta ambiguidade compromete a adesão dos profissionais e reduz a segurança psicológica necessária à partilha aberta de dificuldades. Assim, a clarificação do propósito da supervisão é uma condição prévia para a sua implementação efetiva (Masamha et al., 2022; Awiagah et al., 2024; Gill-Meeley et al., 2024; Zonneveld et al., 2025).

A formação dos supervisores ou facilitadores constitui também uma condição crítica. A supervisão entre pares exige competências comunicacionais, éticas, pedagógicas e relacionais, incluindo capacidade para facilitar grupos, gerir conflitos, promover reflexão crítica, assegurar confidencialidade e apoiar emocionalmente os participantes. A ausência destas competências pode comprometer a qualidade do processo supervisivo e transformar a supervisão num espaço pouco estruturado ou pouco seguro. Esta necessidade de capacitação é consistente com estudos que identificam a preparação insuficiente dos supervisores como uma barreira à qualidade da supervisão clínica (Atashi et al., 2024; Howard & Eddy-Imishue, 2020; Lee et al., 2023a; O'Neill et al., 2025).

Os resultados revelam ainda uma ambivalência importante relativamente ao modelo de grupo. Por um lado, a supervisão em grupo é valorizada por promover apoio mútuo, diversidade de perspetivas, aprendizagem colaborativa e redução do isolamento. Por outro lado, quando os grupos são demasiado grandes, pouco estruturados ou dominados por alguns participantes, podem gerar desconforto, receio de exposição e menor profundidade reflexiva. Assim, o grupo não é, por si só, garantia de supervisão eficaz; a sua utilidade depende do planeamento, da facilitação, da dimensão adequada e da criação de regras de funcionamento claras (Gardner et al., 2021; McCarthy et al., 2021; O'Neill et al., 2022; Zonneveld et al., 2025).

No seu conjunto, os resultados deslocam a questão central de “se” a supervisão entre pares é benéfica para “em que condições” esta modalidade produz benefícios efetivos. A evidência analisada sugere que a supervisão entre pares tem potencial para apoiar os enfermeiros, melhorar o bem-estar e contribuir para a qualidade dos cuidados, mas apenas quando é implementada de forma estruturada, reconhecida e sustentada por uma cultura organizacional favorável (Pollock et al., 2017; Masamha et al., 2022; Gill-Meeley et al., 2025; Zonneveld et al., 2025). As implicações para a prática são, por isso, claras. A implementação da supervisão clínica entre pares deve incluir definição explícita de objetivos, distinção clara face à avaliação de desempenho, formação dos facilitadores, regularidade das sessões, garantia de confidencialidade, tempo protegido e mecanismos de avaliação. Deve ainda ser integrada nas políticas de desenvolvimento profissional contínuo e de qualidade dos cuidados, de modo a deixar de depender exclusivamente da motivação individual dos profissionais (Saab et al., 2021; O'Neill et al., 2022; Lee et al., 2023a; O'Neill et al., 2025).

A interpretação destes achados deve considerar algumas limitações. Embora tenham sido incluídos 21 estudos, estes apresentam heterogeneidade metodológica significativa, incluindo *scoping reviews*, revisões sistemáticas, estudos qualitativos, estudos transversais e estudos quase-experimentais. Esta diversidade permite mapear amplamente o fenómeno, mas limita a comparação direta entre resultados e a formulação de conclusões causais. Além disso, vários estudos analisam supervisão clínica em sentido amplo, e não exclusivamente supervisão entre pares, o que exige prudência na interpretação dos achados (Aromataris & Munn, 2020; Page et al., 2021a; Page et al., 2021b). Outra limitação relevante prende-se com a escassez de evidência específica sobre o contexto português. Embora existam estudos nacionais sobre supervisão clínica e seus impactos, a investigação centrada especificamente na supervisão entre pares em enfermagem permanece limitada. Este aspeto reduz a possibilidade de transferir diretamente os resultados para os contextos portugueses sem considerar

especificidades organizacionais, culturais e profissionais dos serviços de saúde nacionais (Rocha et al., 2021; Pires et al., 2021).

Apesar destas limitações, os resultados permitem sustentar que a supervisão clínica entre pares constitui uma modalidade relevante para o acompanhamento profissional em enfermagem. O seu valor reside na capacidade de articular reflexão crítica, apoio emocional, desenvolvimento de competências, fortalecimento da identidade profissional e promoção da qualidade dos cuidados. No entanto, a sua efetividade depende de condições organizacionais e formativas específicas, nomeadamente tempo protegido, objetivos claros, modelos estruturados, facilitadores preparados e compromisso institucional.

A evidência analisada permite afirmar que a supervisão clínica entre pares não deve ser entendida apenas como uma estratégia informal de apoio entre colegas, mas como uma intervenção profissional e organizacional com potencial para promover desenvolvimento, bem-estar e segurança dos cuidados. Para que esse potencial se concretize, é necessário garantir que a supervisão é implementada de forma estruturada, diferenciada da avaliação de desempenho e sustentada por uma cultura de confiança, aprendizagem e melhoria contínua.

5. Referências bibliográficas

- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Atashi, V., Movahedi Najafabadi, M., Afshari, A., & Ghafari, S. (2024). Barriers to effective clinical supervision from the perspective of nurses: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 11, e2028. <https://doi.org/10.1002/nop2.2028>
- Awiaqah, S. K., Dordunu, R., Hukporti, N., Nukunu, P. E., & Dzando, G. (2024). Barriers and facilitators to clinical supervision in Ghana: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241255263>
- Buus, N., Ryu, H., Prematunga, R., Ducat, W., Gardner, M., Gonge, H., Hamilton, B., Jarden, R. J., Martin, P., Osiurak, S., & Snowden, D. A. (2025). Re-visiting the content validity of the Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS-26). *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(5). <https://doi.org/10.1111/inm.70128>
- Gardner, M., McKinstry, C., & Perrin, B. (2021). Group clinical supervision for allied health professionals. *Australian Journal of Rural Health*, 29(4), 538–548. <https://doi.org/10.1111/ajr.12775>
- Gardner, M. J., McKinstry, C., & Perrin, B. M. (2023). Enhancing the quality of allied health clinical supervision in a regional setting: An action research study. *Australian Journal of Rural Health*, 31(2), 308–321. <https://doi.org/10.1111/ajr.12953>
- Gill-Meeley, N., Hernon, O., Cuddihy, C., Frawley, T., & Smyth, S. (2024). Nurses' and midwives' experiences of clinical supervision in practice: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 14(5), e081619. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081619>
- Gill-Meeley, N., Hernon, O., Frawley, T., Cuddihy, C., & Smyth, S. (2025). Nurses' and midwives' experiences of clinical supervision in practice: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 34(5), 1555–1579. <https://doi.org/10.1111/jocn.17489>
- Hindhede, A. L., Hald, H. H., & Andersen, C. (2026). The role of gaze in shaping forms of reflective practice: A legitimization code theory analysis of clinical supervision in Danish primary care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 40(1). <https://doi.org/10.1111/scs.70176>
- Howard, V., & Eddy-Imishue, G.-E. K. (2020). Factors influencing adequate and effective clinical supervision for inpatient mental health nurses' personal and professional development: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 640–656. <https://doi.org/10.1111/jpm.12604>
- Hudays, A., Gary, F., Voss, J. G., Hazazi, A., Arishi, A., & Al-sakran, F. (2023). Job satisfaction of nurses in the context of clinical supervision: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010006>

- Lee, G. A., Baker, E. E., Stewart, C., & Raleigh, M. (2023a). Advanced practice and clinical supervision: An exploration of perceived facilitators and barriers in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 32(5–6), 780–788. <https://doi.org/10.1111/jocn.1634>
- Masamha, R., Alfred, L., Harris, R., Bassett, S., Burden, S., & Gilmore, A. (2022). “Barriers to overcoming the barriers”: A scoping review exploring 30 years of clinical supervision literature. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2678–2692. <https://doi.org/10.1111/jan.15283>
- McCarthy, V., Goodwin, J., Saab, M. M., Kilty, C., Meehan, E., Connaire, S., Buckley, C., Walsh, A., O’Mahony, J., & O’Donovan, A. (2021). Nurses and midwives’ experiences with peer-group clinical supervision intervention: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2523–2533. <https://doi.org/10.1111/jonm.13404>
- O’Neill, A., Edvardsson, K., & Hooker, L. (2022). Clinical supervision practice by community-based child and family health nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1588–1600. <https://doi.org/10.1111/jan.15191>
- O’Neill, A., Hooker, L., & Edvardsson, K. (2025). Clinical supervision practices with Australian child and family health nurses: Exploring facilitators and barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 82(2), 1276–1285. <https://doi.org/10.1111/jan.16962>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021a). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021b). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de supervisão clínica: análise crítico-reflexiva das práticas. *Millennium*, 2(14), 47–55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Proctor, B. (2010). *Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention*. Routledge.
- Rocha, I. A. R. S., Pinto, C. M. C. B., & Carvalho, A. L. R. F. (2021). Impacto da supervisão clínica na satisfação profissional e na competência emocional dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>
- Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Gonge, H., Prematunga, R., & Hamilton, B. (2024). Characteristics of clinical supervision for mental health nurses: A survey study using the MCSS-26. *Journal of Clinical Nursing*, 34(7), 2817–2829. <https://doi.org/10.1111/jocn.17480>
- Saab, M. M., Kilty, C., Meehan, E., Goodwin, J., Connaire, S., Buckley, C., Walsh, A., O’Mahony, J., McCarthy, V. J. C., & Horgan, A. (2021). Peer group clinical supervision: Qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors. *Collegian*, 28(4), 359–368. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.11.004>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2024). Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(9), 3547–3564. <https://doi.org/10.1111/jan.16126>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2025). Clinical supervision models and frameworks used in nursing: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(7), 3583–3599. <https://doi.org/10.1111/jan.16678>

Capítulo 8. Competências do enfermeiro supervisor em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência

Beatriz Isabel Faneca Gonçalves

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Cirurgia Geral Piso 3, Évora, Portugal.

Pedro Miguel Silva Andrade Carreira

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Medicina Intensiva, Évora, Portugal

Adriana Filipa Brissos Machado Gamito

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Serviço de Medicina Intensiva, Santiago do Cacém, Portugal

Elisabete Alves

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

Maria Otilia Brites Zangão

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

1. Introdução

As unidades de cuidados intensivos (UCI) e os serviços de urgência (SU) colocam exigências particulares à supervisão clínica, devido à complexidade dos cuidados, à instabilidade clínica dos utentes e à necessidade de decisões rápidas e fundamentadas. Estes ambientes caracterizam-se por instabilidade clínica, elevada densidade tecnológica, necessidade de tomada de decisão rápida, pressão assistencial, exposição frequente a situações críticas e forte exigência emocional, exigindo práticas supervisivas ajustadas à complexidade do cuidado ao doente crítico (Macedo, 2012; Riboldi et al., 2024).

Nestes contextos, a supervisão clínica exige mais do que competência técnico-científica. O enfermeiro supervisor necessita de mobilizar competências comunicacionais, relacionais, clínicas, pedagógicas, éticas, reflexivas, de liderança e de gestão, de modo a apoiar a aprendizagem em contexto real, promover a segurança dos cuidados, sustentar a tomada de decisão e responder às necessidades emocionais dos profissionais supervisionados (Van Dam et al., 2023; Chipu, 2026; Rasi et al., 2024).

A evidência recente sugere que, em ambientes de alta complexidade, a efetividade da supervisão depende da presença e disponibilidade do supervisor, da qualidade do feedback, da comunicação aberta, da empatia, da capacidade de adaptação ao contexto, da estabilidade das equipas e do suporte institucional (Van Dam et al., 2023; Hennus et al., 2021). A formação específica em supervisão ou mentoria parece igualmente relevante, uma vez que a competência supervisiva não deve ser assumida como resultado automático da experiência clínica, mas como uma competência profissional que requer desenvolvimento estruturado e contínuo (Rasi et al., 2024).

Apesar da relevância destes contextos, a literatura sobre supervisão clínica em UCI e SU permanece limitada e dispersa, sendo mais frequente encontrar estudos centrados em competências clínicas ou técnicas do enfermeiro do que em competências supervisivas específicas. Assim, torna-se pertinente mapear a evidência disponível sobre o perfil de competências do enfermeiro supervisor em ambientes de elevada complexidade, identificando os principais atributos, práticas e condições organizacionais associados à supervisão clínica nestes contextos. Face ao exposto, este capítulo tem como objetivo mapear a evidência disponível sobre as competências do enfermeiro supervisor em Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência.

2. Métodos

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre as competências do enfermeiro supervisor em Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência. Este desenho metodológico foi considerado adequado por permitir identificar a extensão, natureza e características da evidência existente, clarificar conceitos e sistematizar dimensões relevantes de um fenómeno ainda pouco consolidado na literatura.

A revisão foi conduzida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews* e reportada segundo a checklist PRISMA-ScR: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and*

Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (Peters et al., 2020; Pollock et al., 2023; Tricco et al., 2018).

A questão de revisão foi construída com base na estratégia PCC: População, Conceito e Contexto. A população correspondeu ao enfermeiro supervisor; o conceito integrou as competências associadas ao exercício da supervisão clínica; e o contexto correspondeu às Unidades de Cuidados Intensivos e aos Serviços de Urgência.

Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de revisão: quais são as competências do enfermeiro supervisor em Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência?

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre março e abril de 2026 nas bases de dados CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate, Complementary Index, Supplemental Index, Directory of Open Access Journals, OpenAIRE, ScienceDirect e PubMed. A estratégia de pesquisa combinou descritores controlados, nomeadamente DeCS e MeSH, e termos livres relacionados com supervisão clínica em enfermagem, competências e contextos de urgência/cuidados intensivos. Foram utilizados os operadores booleanos AND, OR e NOT, com os ajustamentos necessários à sintaxe de cada base de dados. Foram aplicados limitadores relativos ao idioma (português, inglês e espanhol), à disponibilidade de texto integral e ao intervalo temporal dos últimos cinco anos, procurando privilegiar evidência recente e pertinente para o objetivo da revisão. A estratégia de pesquisa e o número de registos identificados por base de dados encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Estratégia de pesquisa e número de estudos identificados por base de dados.

Base de dados	Estratégia base de pesquisa	Número de estudos identificados
CINAHL Ultimate (EBSCO)	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	44
MEDLINE Ultimate (EBSCO)	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	56
Complementary Index (EBSCO)	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	54
Supplemental Index (EBSCO)	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	7
Directory of Open Access Journals	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	13
OpenAIRE	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	9

Base de dados	Estratégia base de pesquisa	Número de estudos identificados
ScienceDirect	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	10
PubMed	((nurse supervisor) OR (clinical supervision nursing)) AND ((emergency department) OR (intensive care) OR (critical care)) AND ((competencies) OR (skills) OR (characteristics)) NOT ((child) OR (children)) NOT (pregnancy)	262
Total		455

Foram incluídos estudos primários e secundários que apresentassem informação explícita sobre competências, atributos, papéis ou requisitos do enfermeiro supervisor em SU, UCI ou noutros contextos hospitalares de cuidados ao doente crítico. Foram considerados elegíveis estudos publicados em português, inglês ou espanhol e enquadrados no recorte temporal definido. Foram excluídos estudos centrados exclusivamente em população pediátrica, saúde materna e obstétrica, ou contextos que não permitissem relacionar diretamente os resultados com a supervisão clínica de enfermeiros em ambientes de elevada complexidade. Foram ainda excluídos estudos cujo foco não incidia nas competências do supervisor.

A seleção dos estudos foi realizada por três revisores independentes. Após identificação dos registos, procedeu-se à remoção de duplicados, seguida da triagem por título e resumo. Os estudos potencialmente relevantes foram posteriormente avaliados em texto integral. As divergências entre revisores foram resolvidas por consenso. Os dados dos estudos incluídos foram mapeados de forma descritiva, considerando a identificação do estudo, país, tipo de estudo, contexto/população, objetivo, competências ou atributos identificados e principais conclusões. Em consonância com as orientações do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews*, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica, uma vez que o objetivo da revisão foi mapear a extensão e natureza da evidência disponível, e não avaliar a efetividade de intervenções ou estabelecer relações causais.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa identificou 455 registos nas bases de dados consultadas. Após remoção de três duplicados, permaneceram 452 registos para triagem. A leitura dos títulos e resumos conduziu à exclusão de 406 estudos, e 33 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão. Foram selecionados 13 estudos para leitura em texto integral, dos quais nove foram excluídos por não abordarem a temática em contextos de cuidados ao doente crítico, por não abordarem diretamente as competências dos enfermeiros supervisores ou por não se centrarem em UCI ou SU. No total, quatro estudos cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão final. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

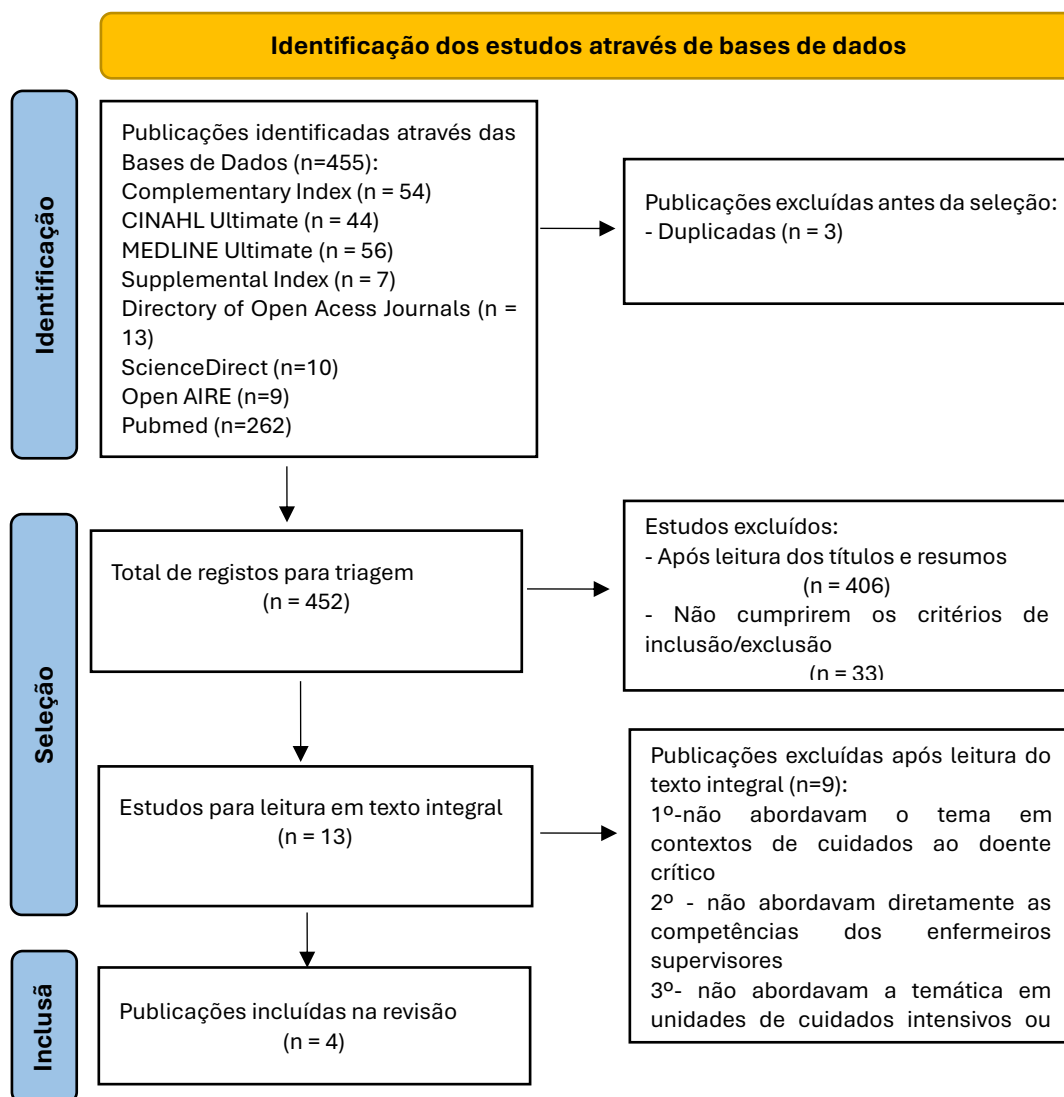


Figura 1. Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção dos estudos.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos quatro estudos, desenvolvidos nos Países Baixos, Espanha, África do Sul e Noruega (Tabela 2). Os desenhos metodológicos incluíram um estudo qualitativo, um estudo descritivo, uma análise conceptual e um estudo transversal descritivo. A maioria da evidência incidiu sobre o contexto de UCI, sendo menos expressiva a evidência especificamente centrada em SU.

Os estudos incluídos analisaram diferentes dimensões da supervisão em ambientes de elevada complexidade. Van Dam et al. (2023) exploraram a supervisão clínica em UCI durante a pandemia por COVID-19, identificando competências relacionais, clínicas e organizacionais necessárias em circunstâncias de elevada pressão. Goñi-Viguria (2025) descreveu a experiência de integração de um enfermeiro de prática avançada em UCI, destacando competências avançadas, liderança clínica e qualificação da prática. Chipu (2026) analisou conceptualmente a supervisão reflexiva em ambiente de prática intensiva, enfatizando comunicação, colaboração, feedback, apoio contínuo e desenvolvimento da autonomia. Rasi et al. (2024) avaliou a competência dos enfermeiros de cuidados intensivos na

mentoria de estudantes, evidenciando a relevância da formação em supervisão e da reflexão durante a mentoria (Tabela 2).

Tabela 2. Síntese dos estudos incluídos sobre competências do enfermeiro supervisor em UCI e SU.

Autores, ano, país	Tipo de estudo	Contexto/ população	Objetivo	Competências/ atributos identificados	Principais conclusões
van Dam et al., 2023; Países Baixos	Qualitativo (entrevistas semi-estruturadas)	Profissionais de saúde certificados e recolocados em UCI durante a pandemia por COVID-19.	Explorar a natureza, os aspetos e as principais características da supervisão em circunstâncias altamente exigentes.	Comunicação aberta, empatia, respeito e transparência; avaliação contínua das capacidades dos profissionais supervisionados; suporte à decisão; disponibilidade do supervisor; feedback; adaptação ao contexto; gestão da carga de trabalho.	A supervisão clínica eficaz depende de competências relacionais e clínicas, mas também de condições organizacionais que favoreçam presença supervisa, continuidade e segurança dos cuidados.
Goñi-Viguria, 2025; Espanha	Descritivo	Enfermeiro de prática avançada e equipa de saúde em UCI.	Descrever o trabalho do enfermeiro de prática avançada com os diferentes membros da equipa e os resultados da sua integração no serviço.	Conhecimento avançado, pensamento crítico, liderança clínica, gestão da mudança, articulação do trabalho em equipa e qualificação da prática de enfermagem no cuidado ao doente crítico.	As competências avançadas do enfermeiro com funções de diferenciação clínica contribuem para o funcionamento do serviço e para a melhoria dos cuidados prestados.
Chipu, 2026; África do Sul	Análise conceptual	Supervisão reflexiva em contexto de UCI.	Explorar e clarificar o conceito de supervisão reflexiva como estratégia de autocuidado profissional para criar um ambiente de prática positivo na UCI.	Relação supervisor-supervisionado, comunicação eficaz, colaboração, trabalho em equipa, reflexão, feedback, apoio contínuo, desenvolvimento de competências e promoção da autonomia.	A supervisão reflexiva constitui uma estratégia de suporte profissional que favorece bem-estar, autoconsciência, crescimento profissional e ambiente de prática positivo.
Rasi et al., 2024; Noruega	Transversal descritivo	Enfermeiros de cuidados intensivos mentores de estudantes em UCI.	Avaliar a competência de enfermeiros de cuidados intensivos na mentoria/supervisão de estudantes em contexto de UCI.	Competência supervisa global, reflexão durante a mentoria, apoio ao estudante e necessidade de programas estruturados e contínuos de desenvolvimento de competências para enfermeiros supervisores.	A formação em supervisão/mentoria está associada a melhor competência dos enfermeiros em ambientes de elevada complexidade.

3.3. Competências comunicacionais e relacionais

Os estudos analisados convergem ao apontar que as competências comunicacionais e relacionais constituem um domínio central do perfil do enfermeiro supervisor em UCI e SU. A comunicação aberta, a empatia, o respeito, a transparência, a escuta ativa e a capacidade de estabelecer uma relação de confiança foram identificadas como condições relevantes para ajustar o nível de supervisão às necessidades do supervisionado, facilitar a exposição de dúvidas e promover uma prática mais segura. Em contextos de elevada pressão, como as UCI, a comunicação do supervisor assume particular importância, uma vez que as decisões precisam de ser tomadas rapidamente e com base em informação clínica complexa. A qualidade da comunicação contribui para clarificar expectativas,

orientar a prática, reduzir incertezas e favorecer a colaboração entre profissionais. O feedback surgiu como estratégia transversal, permitindo corrigir práticas, consolidar aprendizagens e apoiar o desenvolvimento de competências em contexto real.

3.4. Competências clínicas, reflexivas e pedagógicas

Os estudos incluídos identificaram competências clínicas, reflexivas e pedagógicas como dimensões indispensáveis da supervisão em ambientes de alta complexidade. O enfermeiro supervisor necessita de conhecimento clínico avançado, pensamento crítico, capacidade de decisão, raciocínio clínico, domínio técnico e competência para orientar o supervisionado em situações instáveis ou imprevisíveis. A reflexão sobre a prática emergiu como um elemento particularmente relevante. A supervisão reflexiva permite analisar situações clínicas, rever decisões, reconhecer emoções associadas à prática e transformar experiências complexas em aprendizagem profissional. Neste sentido, o supervisor assume uma função pedagógica ao promover momentos de reflexão, questionamento, debriefing e feedback, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de decisão dos profissionais supervisionados.

3.5. Competências de liderança, gestão e suporte organizacional

A liderança clínica e a gestão surgiram como competências relevantes do enfermeiro supervisor em UCI e SU. Os estudos indicaram que o supervisor deve ser capaz de coordenar equipas, gerir prioridades, apoiar a tomada de decisão, promover a continuidade dos cuidados, articular diferentes profissionais e contribuir para a estabilidade do ambiente de prática. Para além das competências individuais, os estudos evidenciaram fatores contextuais que condicionam a qualidade da supervisão. A disponibilidade do supervisor, a estabilidade das equipas, a distribuição equilibrada de profissionais experientes e menos experientes, a carga de trabalho, a formação específica em supervisão ou mentoria e o reconhecimento institucional do papel superviso foram identificados como condições que influenciam a efetividade da supervisão clínica.

3.6. Barreiras à supervisão em ambientes de elevada complexidade

Apesar da relevância das competências identificadas, os estudos analisados evidenciaram barreiras importantes à implementação da supervisão clínica em UCI e SU. A elevada carga assistencial, a falta de tempo, a instabilidade das equipas, a ausência de formação específica dos supervisores, a inexistência de relação prévia entre supervisor e supervisionado e o reduzido reconhecimento institucional da função supervisiva podem comprometer a regularidade e a qualidade da supervisão. Estas barreiras tornam-se particularmente críticas em ambientes de alta complexidade, onde a supervisão tende a competir com exigências clínicas imediatas. Quando não existe tempo protegido ou organização formal do processo superviso, a supervisão pode tornar-se irregular, informal e excessivamente dependente da disponibilidade individual dos profissionais.

4. Discussão

Os resultados desta *scoping review* evidenciam que a supervisão clínica em UCI e SU deve ser compreendida como uma prática multidimensional, na qual se articulam competências clínicas, pedagógicas, comunicacionais, relacionais, reflexivas, de liderança e de gestão. Em ambientes de elevada complexidade, supervisionar não significa apenas acompanhar a execução técnica dos cuidados, mas apoiar decisões clínicas rápidas, promover segurança, facilitar aprendizagem, sustentar emocionalmente os profissionais e contribuir para a organização da prática.

A interpretação dos resultados à luz do modelo de Proctor permite compreender a especificidade da supervisão nestes contextos. A dimensão normativa manifesta-se na monitorização da segurança dos cuidados, na gestão do risco e na correção de práticas potencialmente inseguras; a dimensão formativa evidencia-se no desenvolvimento de competências, no feedback, na reflexão e na aprendizagem em contexto; e a dimensão restaurativa assume particular relevância pelo suporte emocional necessário em ambientes marcados por pressão, sofrimento, imprevisibilidade e risco de desgaste profissional (Proctor, 1986; Proctor, 2001).

As competências comunicacionais e relacionais emergem como um dos domínios mais consistentes da evidência analisada. Van Dam et al. (2023) identificam comunicação aberta, empatia, respeito, transparência e disponibilidade do supervisor como dimensões essenciais em contextos de elevada pressão. Estes atributos são particularmente relevantes em UCI e SU, onde a qualidade da comunicação influencia diretamente a coordenação da equipa, a identificação precoce de riscos, a partilha de informação crítica e a tomada de decisão em tempo útil. A comunicação, contudo, não deve ser entendida apenas como transmissão de informação. Em contexto superviso, ela permite clarificar expectativas, ajustar o grau de autonomia do supervisionado, promover feedback, reconhecer dificuldades e criar uma relação de confiança. Esta dimensão é particularmente importante quando o profissional supervisionado se encontra perante situações clínicas complexas ou emocionalmente exigentes. A literatura sobre supervisão clínica reforça que a efetividade da supervisão depende da qualidade da relação entre supervisor e supervisionado, da acessibilidade do supervisor e da possibilidade de discutir dificuldades sem receio de julgamento (Kilminster & Jolly, 2000; Van Dam et al., 2023).

Outro achado relevante prende-se com a centralidade do feedback. Em ambientes de alta complexidade, o feedback tende muitas vezes a ocorrer de forma breve, informal e situada na prática, devido à instabilidade dos doentes, à imprevisibilidade dos turnos e à carga assistencial. Ainda assim, os achados desta revisão indicam que o feedback constitui uma estratégia indispensável para corrigir práticas, consolidar aprendizagens e apoiar a tomada de decisão. A evidência educacional mostra que o feedback é mais eficaz quando é oportuno, específico, construtivo e orientado para objetivos de melhoria (Hattie & Timperley, 2007). Assim, em UCI e SU, torna-se necessário desenvolver formas breves e exequíveis de feedback, integradas no quotidiano clínico.

A dimensão reflexiva da supervisão também se revelou central. Chipu (2026) conceptualiza a supervisão reflexiva como uma estratégia capaz de criar ambientes de prática positivos, promover autoconsciência, apoiar o desenvolvimento de competências e favorecer bem-estar profissional. Estes

resultados articulam-se com a perspetiva de Schön (1992), segundo a qual a reflexão sobre a prática permite transformar a experiência em conhecimento profissional. Em UCI e SU, onde a ação clínica é frequentemente rápida e emocionalmente intensa, a reflexão estruturada pode permitir compreender decisões tomadas, analisar erros ou quase-erros, integrar aprendizagens e preparar respostas futuras mais seguras. A supervisão reflexiva não deve, por isso, ser entendida apenas como ferramenta pedagógica. Nos contextos de elevada complexidade, ela tem também uma função restaurativa, ao permitir que os profissionais processem emocionalmente situações difíceis, reconheçam limites e desenvolvam estratégias de autocuidado. Esta dimensão é relevante perante a evidência que relaciona burnout em enfermagem com piores resultados em segurança, satisfação e qualidade dos cuidados (Li et al., 2024). Assim, o suporte emocional proporcionado pela supervisão pode ter impacto não apenas no bem-estar profissional, mas também na qualidade e segurança do cuidado.

Os resultados indicam igualmente que a competência clínica avançada e a liderança são componentes fundamentais do perfil do enfermeiro supervisor nestes ambientes. Goñi-Viguria (2025) destaca o contributo do enfermeiro de prática avançada em UCI para a articulação do trabalho em equipa, gestão da mudança, qualificação da prática e melhoria dos cuidados. Esta evidência sugere que, em contextos de alta complexidade, o supervisor deve reunir não apenas experiência clínica, mas também capacidade de liderança, coordenação, análise crítica e orientação da equipa. A literatura sobre prática avançada em UCI reforça esta necessidade, ao evidenciar que os enfermeiros com competências avançadas desempenham papéis relevantes na coordenação dos cuidados, na gestão de situações complexas, na tomada de decisão e na melhoria dos processos clínicos (Jafari Pour et al., 2024; Kilpatrick et al., 2024). Assim, a supervisão clínica em UCI e SU pode beneficiar de modelos que articulem supervisão, prática avançada, liderança clínica e desenvolvimento profissional contínuo.

A formação específica em supervisão ou mentoria constitui outro aspeto crítico. Rasi et al. (2024) demonstram que a formação formal em mentoria está associada a maior competência dos enfermeiros de cuidados intensivos para supervisionar estudantes. Este achado é particularmente relevante porque questiona a ideia de que a experiência clínica, por si só, é suficiente para exercer supervisão de qualidade. Em ambientes complexos, o supervisor precisa de competências pedagógicas, comunicacionais, avaliativas e reflexivas, que devem ser desenvolvidas através de programas estruturados e contínuos.

As condições organizacionais surgem como determinantes da efetividade da supervisão. Van Dam et al. (2023) identificam a disponibilidade do supervisor, a continuidade das equipas, a gestão da carga de trabalho e a adaptação ao contexto como elementos essenciais. Hennis et al. (2021) reforçam que a supervisão em UCI é influenciada pela estabilidade das equipas, pela correspondência entre profissionais experientes e menos experientes, pela colaboração interprofissional e pela cultura de partilha informal. Estes achados demonstram que a supervisão clínica não é uma prática isolada, mas um processo profundamente dependente da organização do trabalho. Este ponto é particularmente relevante para os SU e UCI, onde a pressão assistencial pode levar a que a supervisão seja vista como uma atividade secundária. No entanto, os resultados desta revisão sugerem o contrário: em ambientes de elevada complexidade, a supervisão é parte integrante da segurança e qualidade dos cuidados.

Quando não existe tempo protegido, formação, estabilidade da equipa ou reconhecimento do papel do supervisor, a supervisão tende a tornar-se irregular, reativa e vulnerável às exigências imediatas do serviço.

As implicações para a prática são evidentes. A implementação de supervisão clínica em UCI e SU deve incluir definição clara do papel do supervisor, programas de formação em supervisão e mentoria, estratégias breves de feedback, momentos formais de reflexão ou debriefing, distribuição equilibrada de profissionais experientes e menos experientes, e suporte institucional. A articulação com as instituições de ensino torna-se igualmente importante quando a supervisão envolve estudantes ou profissionais em transição para contextos de cuidados críticos.

Importa reconhecer algumas limitações da evidência analisada. O número de estudos incluídos foi reduzido, apenas quatro, e os desenhos metodológicos foram heterogéneos, incluindo estudo qualitativo, estudo descritivo, análise conceptual e estudo transversal. Além disso, a evidência identificada incide sobretudo em UCI, permanecendo menos explorada a realidade específica dos serviços de urgência. Esta limitação reduz a possibilidade de generalizar os resultados para todos os contextos de alta complexidade e reforça a necessidade de investigação adicional em SU. Apesar destas limitações, os resultados permitem identificar um perfil coerente de competências do enfermeiro supervisor em UCI e SU. Este perfil combina competência clínica avançada, comunicação eficaz, feedback, reflexão, liderança, trabalho em equipa, suporte emocional, avaliação contínua das necessidades do supervisionado e capacidade de promover autonomia progressiva. A supervisão clínica nestes contextos deve, por isso, ser entendida como uma intervenção simultaneamente pedagógica, clínica, ética, relacional e organizacional.

A leitura integrada dos resultados sugere que a supervisão clínica em ambientes de elevada complexidade exige enfermeiros supervisores capazes de integrar conhecimento clínico, comunicação, liderança, reflexão e suporte emocional em tempo real. A sua efetividade depende, contudo, de condições institucionais que reconheçam a supervisão como componente essencial da qualidade e segurança dos cuidados. O desenvolvimento de modelos estruturados, ajustados às especificidades das UCI e dos SU, constitui uma prioridade para a prática, a formação e a investigação em enfermagem.

5. Referências bibliográficas

- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesley. <https://doi.org/10.1002/nur.4770080119>
- Chipu, M. G. (2026). A conceptual analysis of reflective supervision for creating a positive intensive care practice environment. *International Journal of Nursing Sciences*, 13(1), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2025.12.016>
- Goñi-Viguria, R. (2025). Experience of an advanced practice nurse in an intensive care unit. *Enfermería Intensiva*, 36(1), 100482. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2025.100482>
- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
- Hennus, M. P., Young, J. Q., Hennessy, M., Friedman, K. A., de Vries, B., Hoff, R. G., O'Connor, E., Patterson, A., Curley, G., Thakker, K., van Dam, M., van Dijk, D., van Klei, W. A., & Ten Cate, O. (2021). Supervision, interprofessional collaboration, and patient safety in intensive care units during the COVID-19 pandemic. *ATS Scholar*, 2(3), 397–414. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0165OC>

- Jafari Pour, F., Watson, R., Jafaripour, E., & Jafarian, R. (2024). The roles and responsibilities of advanced practice nurses in intensive care units: A scoping review. *Enfermería Intensiva*, 35(4), e31–e40. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2024.06.002>
- Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: A literature review. *Medical Education*, 34(10), 827–840. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>
- Kilpatrick, K., Savard, I., Audet, L. A., Costanzo, G., Khan, M., Atallah, R., Jabbour, M., Zhou, W., Wheeler, K., Ladd, E., Gray, D. C., Henderson, C., Spies, L. A., McGrath, H., & Rogers, M. (2024). A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews. *PLOS ONE*, 19(7), e0305008. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305008>
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
- Macedo, A. (2012). Supervisão em enfermagem: Construir as interfaces entre a escola e o hospital. De Facto Editores.
- Neto, M. F. S., Salomão, A. C., Piutti, V. A., Chubaci, E. F., & Dias, T. A. (2024). O líder na segurança psicológica para a qualidade do cuidado em enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 98(3), e024350. <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.98-n.3-art.2305>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring: Supervision in practice*. National Youth Bureau/Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Proctor, B. (2001). Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. In T. Butterworth, J. R. Cutcliffe, & B. Proctor (Eds.), *Routledge handbook of clinical supervision* (pp. 25–46). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203843437-4>
- Rasi, M., Hanssen, T. A., Norbye, B., Mikkonen, K., & Kvande, M. E. (2024). Critical care nurses' competence in mentoring students in intensive care units: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 141, 106322. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106322>
- Riboldi, C. O., Gasparino, R. C., Wegner, W., Henriqson, E., Saurin, T. A., & Magalhães, A. M. M. (2024). O ambiente de prática da enfermagem e a complexidade sociotécnica hospitalar: Estudo de método misto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(6), e20230315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0315pt>
- Schön, D. A. (1992). The reflective practitioner: How professionals think in action. Basic Books. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews: Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van Dam, M., van Hamersvelt, H., Schoonhoven, L., Hoff, R. G., Ten Cate, O., & Hennis, M. P. (2023). Clinical supervision under pressure: A qualitative study amongst health care professionals working on the ICU during COVID-19. *Medical Education Online*, 28(1), 2231614. <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2231614>

Capítulo 9. Supervisão clínica em equipas multidisciplinares: o papel na gestão de conflitos

Ana Sofia Ferro Roque

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Cirurgia Tira 1, Évora, Portugal.

Ana Sofia Maduro Carriço

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Cirurgia Tira 1, Évora, Portugal.

Catarina Isabel Esteves Quaresma

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Cirurgia Tira 1, Évora, Portugal.

Margarida Goes

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Fátima Marques

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A complexidade dos cuidados de saúde exige uma colaboração efetiva entre profissionais de diferentes áreas, tornando a supervisão clínica uma estratégia relevante para apoiar a comunicação, a mediação e a gestão de conflitos em equipas multidisciplinares. Nos contextos de saúde contemporâneos, a prestação de cuidados seguros, integrados e centrados na pessoa depende cada vez mais da colaboração entre profissionais de diferentes áreas, com saberes, responsabilidades, prioridades e linguagens profissionais próprias (Janković et al., 2024; Pradelli et al., 2025).

A multidisciplinaridade constitui uma condição essencial para responder à complexidade clínica, mas pode também criar tensões no funcionamento das equipas. Diferenças de papéis, assimetrias hierárquicas, falhas de comunicação, indefinição de responsabilidades, pressão assistencial e divergências na tomada de decisão podem desencadear conflitos que, quando não reconhecidos ou adequadamente geridos, comprometem a coesão da equipa, a satisfação profissional, a continuidade dos cuidados e a segurança do utente (Alvarez & Coiera, 2006; Broukhim et al., 2019; Schilling et al., 2022; Bouchez et al., 2024; Freedman et al., 2025).

Neste contexto, a supervisão clínica pode constituir um recurso relevante para transformar o conflito em oportunidade de aprendizagem, reflexão e melhoria dos processos de trabalho. Através de estratégias como a comunicação assertiva, o feedback, a reflexão sobre a prática, a clarificação de papéis, o desenvolvimento da inteligência emocional, a liderança participativa e a criação de ambientes psicologicamente seguros, a supervisão clínica pode apoiar os profissionais na análise de situações complexas e na construção de respostas colaborativas aos conflitos (Bradley & Becker, 2021; Masamha et al., 2022; Zonneveld et al., 2024).

A literatura sugere, contudo, que a relação entre supervisão clínica e gestão de conflitos permanece dispersa, variando quanto aos contextos de prestação de cuidados, grupos profissionais envolvidos, modelos supervisivos utilizados e tipos de conflito analisados. Justifica-se, por isso, a necessidade de mapear a evidência disponível sobre o contributo da supervisão clínica para a mediação e gestão de conflitos em equipas multidisciplinares. Face ao exposto, este capítulo tem como objetivo mapear e analisar a evidência disponível sobre o papel da supervisão clínica como estratégia mediadora de conflitos em equipas multidisciplinares.

2. Métodos

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear e analisar a evidência disponível sobre o papel da supervisão clínica como estratégia de mediação e gestão de conflitos em equipas multidisciplinares. Este desenho metodológico foi considerado adequado por permitir caracterizar a extensão e natureza da evidência existente, clarificar conceitos, identificar lacunas de investigação e sintetizar os principais contributos sobre uma temática ainda pouco sistematizada.

A questão de investigação foi estruturada com recurso à estratégia PICO: População, Fenómeno de Interesse e Contexto. A população correspondeu às equipas multidisciplinares; o fenómeno de interesse integrou a supervisão clínica na mediação e gestão de conflitos; e o contexto correspondeu

aos conflitos em equipas multidisciplinares. Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: qual o papel da supervisão clínica como estratégia de mediação e gestão de conflitos em equipas multidisciplinares?

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas, utilizando termos livres combinados com operadores booleanos AND e OR. A estratégia de pesquisa foi adaptada às especificidades de cada base de dados e procurou articular termos relacionados com supervisão clínica, enfermeiro supervisor, gestão ou resolução de conflitos e equipas de saúde. Foram aplicados como critérios de pesquisa: publicações em português ou inglês, disponibilidade em texto integral, revisão por pares e publicação nos últimos cinco anos.

As expressões de pesquisa utilizadas incluíram combinações como: nurse supervisor OR clinical supervision OR clinical supervision in nursing AND conflict OR conflict management AND healthcare team; clinical supervision AND conflict management AND healthcare team; e nurse supervisor AND conflict management AND teamwork (Tabela 1). A estratégia foi progressivamente refinada devido ao elevado número inicial de resultados, procurando aumentar a especificidade da pesquisa e a relevância dos estudos identificados.

Tabela 1. Estratégia de pesquisa por base de dados e resultados obtidos.

Base de dados/fonte	Expressão de pesquisa	Resultados com filtros
Cochrane	nurse supervisor OR clinical supervision OR clinical supervision in nursing AND conflict OR conflict management AND healthcare team	4
CINAHL; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina	nurse supervisor OR clinical supervision AND conflict management OR conflict resolution AND healthcare team	44
Cochrane	nurse supervisor OR clinical supervision AND conflict management OR conflict resolution AND healthcare team	1
CINAHL; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina	clinical supervision AND conflict management AND healthcare team	10
CINAHL	nurse supervisor AND conflict management AND teamwork	100
eBook Collection; MedicLatina; MEDLINE; Nursing & Allied Health Reference Source; Psychology and Behavioral Sciences Collection; SPORTDiscus with Full Text	nurse supervisor AND conflict management AND teamwork	44

Foram incluídos estudos que abordassem a supervisão clínica, a mediação ou gestão de conflitos, a comunicação, a liderança, a inteligência emocional ou estratégias de suporte ao funcionamento de equipas em contextos de saúde. Foram excluídos estudos que não se relacionassem com o objetivo da revisão, que apresentassem contexto inadequado ou cujo desenho/tipo de estudo não permitisse responder à questão de investigação.

Os resultados foram exportados para a plataforma Rayyan, onde se procedeu à remoção dos duplicados e à organização do processo de seleção. Inicialmente, foram identificados 203 artigos, dos quais 49 foram removidos por processos automáticos e 10 por duplicação. Permaneceram 144 artigos para triagem. A seleção decorreu em duas fases: numa primeira fase, procedeu-se à análise dos títulos e resumos, tendo sido excluídos 100 artigos; numa segunda fase, foram avaliados 44 artigos em texto integral, dos quais 35 foram excluídos por divergência com o objetivo, contexto inadequado ou tipo de estudo inadequado. No final, foram incluídos nove artigos na revisão. O processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos foi sintetizado através de fluxograma PRISMA 2020, adaptado de Page et al. (2021).

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma tabela previamente definida. As variáveis extraídas incluíram, sempre que aplicável: autores, ano e país; objetivo do estudo; desenho/metodologia; características da população/amostra; contexto; principais resultados; e conclusões. Os dados foram sintetizados de forma narrativa e temática, procurando identificar padrões relativos ao papel da supervisão clínica na mediação de conflitos, nomeadamente relação supervisiva, inteligência emocional, comunicação assertiva, liderança e modelos estruturados de intervenção.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa identificou 203 registos nas bases de dados consultadas. Antes da triagem, foram removidos 49 artigos por processos automáticos e 10 artigos duplicados, permanecendo 144 artigos para análise. Após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 100 artigos por não responderem à questão de investigação ou por não cumprirem os critérios definidos. Foram selecionados 44 artigos para leitura integral, dos quais 35 foram excluídos: 23 por divergência com o objetivo da revisão, cinco por contexto inadequado e sete por tipo de estudo inadequado. No total, nove artigos foram incluídos na *scoping review*. O processo de seleção encontra-se representado na Figura 1.

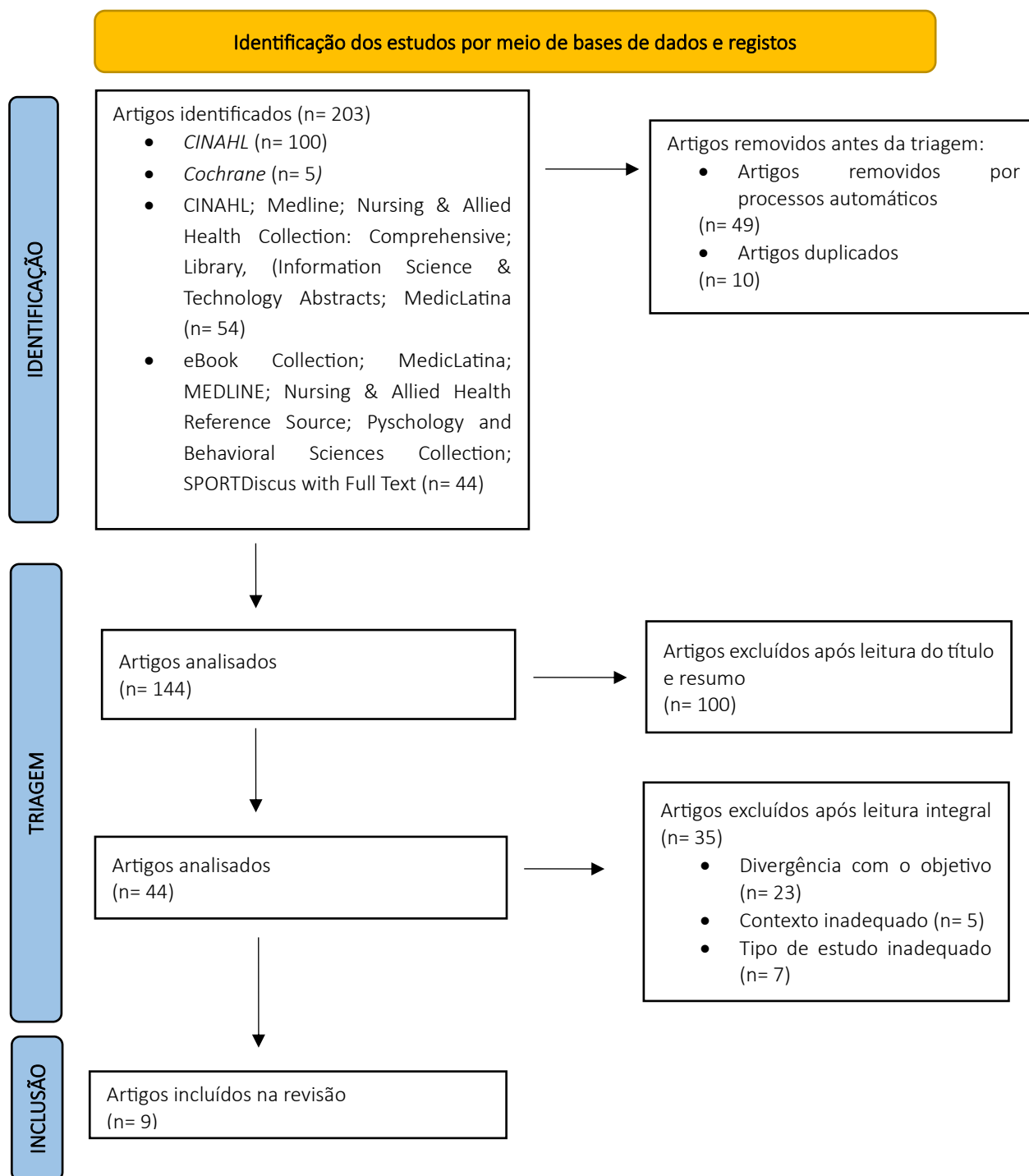


Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos nove estudos publicados entre 2021 e 2025, desenvolvidos em diferentes países, nomeadamente Portugal, Brasil, Espanha, Colômbia, Estados Unidos da América, Irão, Alemanha e Israel. Os estudos apresentaram diversidade metodológica, incluindo estudos qualitativos, estudos quantitativos observacionais, estudos quase-experimentais, investigação-ação, estudos descritivo-correlacionais, intervenções educacionais e artigos de reflexão teórica.

A evidência analisada incidiu sobre diferentes dimensões associadas à gestão de conflitos em equipas multidisciplinares, incluindo confiança no supervisor, competências emocionais, inteligência emocional, comunicação assertiva, ansiedade, liderança participativa, stress, resiliência, técnicas cognitivo-comportamentais e modelos estruturados de intervenção. A síntese dos estudos incluídos encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 2. Síntese dos estudos incluídos sobre supervisão clínica e gestão de conflitos em equipas multidisciplinares.

Autores, ano	País	Objetivo do Estudo	Metodologia	População	Principais Resultados e Conclusões
Teixeira et al., 2022	Portugal	Avaliar o impacto da implementação do Modelo <i>SafeCare</i> no desenvolvimento de competências emocionais em enfermeiros de saúde mental.	Estudo misto (quantitativo e qualitativo), do tipo investigação-ação, longitudinal e exploratório.	13 enfermeiros (fase quantitativa) e 11 enfermeiros (fase qualitativa) de um serviço de Psiquiatria.	Não houve diferenças quantitativas significativas, mas a análise qualitativa revelou mudanças positivas no desenvolvimento pessoal/profissional, comunicação e gestão de conflitos. Conclui-se que o modelo <i>SafeCare</i> facilita o desenvolvimento de competências emocionais.
Brandt et al., 2025	Brasil	Descrever a implementação de uma intervenção focada na inteligência emocional como estratégia para gerir conflitos na preceptoria de enfermagem.	Estudo qualitativo, do tipo investigação-ação.	8 enfermeiros orientadores de um programas de residência num hospital público.	A inteligência emocional mostrou-se fundamental na gestão de conflitos através da empatia, comunicação assertiva e autocontrolo.
Colomer-Sánchez et al., 2021	Espanha	Analisar o impacto da gestão da ansiedade nas competências comunicacionais dos enfermeiros supervisores.	Estudo quantitativo, observacional e transversal.	90 enfermeiros supervisores de hospitais de Madrid.	A ansiedade afeta negativamente a estabilidade emocional, contudo os supervisores experientes possuem traços da personalidade que os protegem das pressões sociais, mantendo a precisão na comunicação sob stress.
Corpas & Bustamante, 2024	Colômbia	Compreender o processo de interação entre enfermeiros da UCI e a equipa interdisciplinar sob a perspectiva da comunicação.	Estudo qualitativo baseado em ferramentas de <i>grounded theory</i> (teoria fundamentada).	12 enfermeiros de uma UCI, de adultos.	A comunicação é o elemento central para a segurança do utente e coesão da equipa. Enfermeiros ativos na comunicação quebram paradigmas hierárquicos, embora enfrentem barreiras contextuais na UCI.
Gunasingha, et al. 2023	EUA	Avaliar os estilos de resolução de conflitos e o impacto do autoconhecimento desses estilos nas competências de negociação.	Estudo prospetivo, quase-experimental, randomizado por grupos.	108 estudantes de medicina do quarto ano.	O estilo mais comum foi <i>accommodating</i> . Mulheres e estudantes de áreas diagnósticas tiveram melhores scores de inteligência emocional e negociação. O conhecimento prévio do próprio estilo não alterou o desempenho na simulação.
Hadi-Moghaddam et al., 2021	Irão	Determinar a confiança dos enfermeiros nos gestores e a sua relação com o desempenho profissional.	Estudo quantitativo descritivo-correlacional.	407 enfermeiros de hospitais universitários.	Identificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a confiança no supervisor e o desempenho funcional do enfermeiro. A confiança melhora a cooperação e eficácia organizacional.

Autores, ano	País	Objetivo do Estudo	Metodologia	População	Principais Resultados e Conclusões
Helaß et al., 2025	Alemanha	Avaliar fatores de risco e resiliência relacionados ao stress na enfermagem sob a perspectiva de enfermeiros e supervisores.	Estudo qualitativo (entrevistas e grupos focais).	50 participantes (enfermeiros e supervisores) de diversos departamentos hospitalares.	Ambos os grupos concordam sobre os fatores de stress (carga de trabalho, falta de autonomia), mas divergem sobre a responsabilidade pela saúde. É urgente melhorar a comunicação interna para aumentar a resiliência.
Mohseni et al., 2025	Irão	Investigar o efeito de uma intervenção educacional baseada no modelo <i>Fogg</i> nas competências de gestão de conflitos.	Intervenção educacional com design pré e pós-teste com grupo de controlo.	96 estudantes de medicina do segundo ano.	A formação baseada no modelo <i>Fogg</i> em <i>e-learning</i> aumentou significativamente as competências práticas de gestão de conflitos no grupo de intervenção comparado ao de controlo.
Zusman et al., 2025	Israel	Identificar técnicas cognitivo-comportamentais (TCC) que ajudem os líderes de enfermagem a gerir desafios interpessoais e stress.	Perspetiva teórica/Artigo de reflexão baseado em cenários e revisão de literatura.	Líderes/Supervisores de enfermagem.	As TCC oferecem ferramentas práticas para a liderança transformacional, melhorando a coesão da equipa, a satisfação e a qualidade do cuidado.

3.3. Relação supervisa, confiança e gestão de conflitos

Os estudos analisados convergem ao apontar que a relação supervisa baseada na confiança constitui um dos principais elementos associados à gestão eficaz de conflitos em equipas multidisciplinares. A confiança no supervisor favorece a cooperação, a comunicação aberta, a adesão à mudança e o desempenho profissional, ao passo que a ausência de confiança pode intensificar resistências, dificultar a colaboração e agravar tensões interpessoais. Os resultados de Teixeira et al. (2022) sugerem que a implementação do Modelo SafeCare contribuiu para melhorias na comunicação e na gestão de conflitos, favorecendo o desenvolvimento de competências emocionais nos enfermeiros. De forma convergente, Hadi-Moghaddam et al. (2021) identificaram associação entre confiança nos gestores e comportamentos de desempenho profissional, reforçando a relevância da confiança como base da colaboração e da eficácia organizacional.

3.4. Inteligência emocional como competência mediadora

A inteligência emocional surgiu como dimensão relevante para a gestão de conflitos, especialmente pela sua relação com empatia, autocontrolo, negociação e comunicação assertiva. Os estudos incluídos sugerem que profissionais com maior capacidade de reconhecer e regular emoções estão mais aptos a lidar com divergências, responder a situações de tensão e prevenir escaladas de conflito. Brandt et al. (2025) identificaram a inteligência emocional como estratégia essencial para a gestão de conflitos na preceptoria de enfermagem, destacando a empatia e o autocontrolo como recursos importantes. Gunasingha et al. (2023) evidenciaram a relevância dos estilos de resolução de conflitos e das competências de negociação, enquanto Mohseni et al. (2025) demonstraram que uma intervenção educacional baseada no modelo *Fogg* aumentou significativamente competências práticas de gestão de conflitos.

3.5. Comunicação assertiva e segurança da equipa

A comunicação assertiva foi identificada como variável crítica e transversal na gestão de conflitos. Os estudos indicam que falhas na comunicação podem aumentar tensões, dificultar a coordenação entre profissionais, reforçar barreiras hierárquicas e comprometer a segurança do utente. Em contrapartida, uma comunicação clara, contínua e precisa favorece o consenso, a coesão da equipa e a tomada de decisão partilhada.

Colomer-Sánchez et al. (2021) demonstraram que a ansiedade pode afetar negativamente a estabilidade emocional e as competências comunicacionais dos enfermeiros supervisores. Este resultado sugere que a gestão do stress do supervisor é relevante para manter clareza comunicacional em situações de pressão. Corpas e Bustamante (2024) reforçaram que a comunicação é central para a segurança do utente e para a coesão da equipa interdisciplinar em UCI, permitindo reduzir barreiras hierárquicas e favorecer a interação entre profissionais.

3.6. Liderança, modelos estruturados e estratégias de intervenção

Os estudos incluídos evidenciaram que a gestão de conflitos em equipas multidisciplinares exige liderança participativa, modelos estruturados e estratégias práticas de intervenção. A liderança supervisiva deve ir além da gestão de tarefas, assumindo uma função mediadora das dinâmicas humanas, relacionais e emocionais presentes nas equipas. Helaß et al. (2025) identificaram fatores como falta de suporte social dos supervisores, ausência de reconhecimento, feedback insuficiente, comunicação deficitária, barreiras multidisciplinares e elevada carga de trabalho como elementos que intensificam o stress e o conflito. Os autores defendem a adoção de liderança participativa e trocas regulares entre supervisores e equipas. Zusman et al. (2025), por sua vez, propõem a utilização de técnicas cognitivo-comportamentais para ajudar líderes de enfermagem a gerir desafios interpessoais, stress e conflitos decorrentes da prática clínica.

4. Discussão

Os resultados desta *scoping review* permitem compreender a supervisão clínica como uma estratégia relevante para a gestão de conflitos em equipas multidisciplinares, particularmente quando esta é orientada para a construção de confiança, comunicação assertiva, desenvolvimento da inteligência emocional e liderança participativa. A evidência analisada sugere que o conflito em equipas de saúde não deve ser entendido apenas como expressão de incompatibilidades individuais, mas como fenómeno relacional e organizacional, influenciado por papéis profissionais, hierarquias, pressões assistenciais, comunicação e cultura de equipa (Belrhiti et al., 2021; Schilling et al., 2022; Bouchez et al., 2024; Pradelli et al., 2025).

Um primeiro achado relevante prende-se com a centralidade da relação supervisiva. Os resultados indicam que a confiança no supervisor constitui uma condição essencial para que os profissionais expressem dificuldades, partilhem preocupações e participem em processos de mudança. Esta interpretação é sustentada por Hadi-Moghaddam et al. (2021), que identificaram associação entre confiança nos gestores e desempenho profissional, cooperação e eficácia organizacional. De forma

complementar, Teixeira et al. (2022) mostram que a implementação de um modelo de supervisão clínica pode favorecer a comunicação e a gestão de conflitos, ao promover competências emocionais nos enfermeiros.

Esta relação entre confiança e gestão de conflitos pode ser compreendida à luz da dimensão restaurativa da supervisão clínica. O modelo de Proctor, ao integrar funções formativas, normativas e restaurativas, permite compreender que a supervisão não atua apenas sobre o desempenho técnico, mas também sobre as condições relacionais e emocionais da prática profissional (Bradley & Becker, 2021; Masamha et al., 2022; Zonneveld et al., 2024). Assim, quando a supervisão cria um espaço seguro para análise de experiências difíceis, pode reduzir resistências, prevenir escaladas de conflito e transformar tensões em oportunidades de aprendizagem.

A inteligência emocional emerge como outro eixo central da mediação de conflitos. Os resultados sugerem que competências como empatia, autocontrolo, autorregulação emocional e capacidade de negociação permitem aos profissionais lidar de forma mais construtiva com divergências técnicas, relacionais ou hierárquicas. Brandt et al. (2025) reforçam esta perspetiva ao identificar a inteligência emocional como estratégia relevante para gerir conflitos na preceptoria de enfermagem. Gunasingha et al. (2023) acrescentam que a compreensão dos estilos de resolução de conflitos e das competências de negociação pode apoiar profissionais em formação na gestão de situações interpessoais complexas. No entanto, a inteligência emocional não deve ser entendida como uma competência exclusivamente individual. Em equipas multidisciplinares, a regulação emocional é também influenciada pelo clima de equipa, pela cultura organizacional e pelas condições de trabalho. A literatura sobre conflitos em saúde mostra que tensões entre profissionais podem resultar de assimetrias de poder, indefinição de papéis, falhas comunicacionais e pressões institucionais, e não apenas de dificuldades relacionais individuais (Broukhim et al., 2019; Schilling et al., 2022; Knutsen Glette et al., 2023; Freedman et al., 2025). Por isso, a supervisão clínica deve articular o desenvolvimento de competências emocionais com a análise das condições organizacionais que favorecem ou intensificam o conflito.

A comunicação assertiva foi identificada como variável crítica e transversal. Os resultados de Colomer-Sánchez et al. (2021) demonstram que a ansiedade pode comprometer a estabilidade emocional e a precisão comunicacional dos enfermeiros supervisores. Este achado é particularmente relevante porque mostra que a capacidade de comunicar sob pressão depende também da autorregulação emocional do supervisor. Em equipas multidisciplinares, onde as decisões são frequentemente rápidas e interdependentes, a comunicação assertiva permite clarificar prioridades, negociar responsabilidades, reduzir ambiguidades e prevenir mal-entendidos. Os resultados de Corpas e Bustamante (2024), obtidos em contexto de UCI, reforçam que a comunicação é central para a coesão da equipa interdisciplinar e para a segurança do utente. Este achado é coerente com a literatura que associa falhas de comunicação, rudeza, incivilidade e conflitos interpessoais a pior desempenho das equipas, maior risco de erro clínico e comprometimento da cultura de segurança (Alvarez & Coiera, 2006; Riskin et al., 2015; A. A. Wright & Katz, 2018; Freedman et al., 2025). Assim, a supervisão clínica

pode desempenhar uma função preventiva, ao criar espaços para clarificar expectativas, rever episódios críticos de comunicação e desenvolver competências de interação colaborativa.

A liderança participativa e os modelos estruturados de intervenção constituem outro contributo relevante dos resultados. Helaß et al. (2025) identificam que a falta de suporte social dos supervisores, o baixo reconhecimento, a comunicação deficitária, a falta de feedback, a carga de trabalho e as barreiras multidisciplinares aumentam o stress e dificultam a resiliência das equipas. Estes resultados sugerem que o supervisor clínico deve assumir um papel ativo na criação de condições de diálogo, reconhecimento e participação, reduzindo a distância entre liderança e equipa. Neste domínio, Zusman et al. (2025) propõem técnicas cognitivo-comportamentais como ferramentas práticas para líderes de enfermagem enfrentarem desafios interpessoais e stress. Esta abordagem é relevante porque oferece estratégias concretas para identificar pensamentos disfuncionais, reformular interpretações, melhorar respostas comunicacionais e promover ambientes de trabalho mais colaborativos. Do mesmo modo, os resultados de Mohseni et al. (2025) sugerem que intervenções estruturadas de formação, como as baseadas no modelo Fogg, podem aumentar competências práticas de gestão de conflitos.

A discussão dos resultados permite, assim, deslocar o foco da supervisão clínica de uma lógica centrada apenas na resolução de episódios conflituais para uma abordagem preventiva e formativa. A supervisão não deve intervir apenas quando o conflito já está instalado; deve criar condições para que as equipas desenvolvam competências de comunicação, confiança, autorregulação emocional e análise reflexiva das situações. Esta perspetiva é coerente com modelos reflexivos e sistémicos de supervisão, que permitem analisar não apenas os comportamentos individuais, mas também os processos, relações, contextos e estruturas organizacionais que sustentam o conflito (Vaseghi et al., 2022; Edgar et al., 2023).

Um aspeto particularmente relevante é que o conflito pode assumir uma função ambivalente. Quando existe segurança psicológica, liderança participativa e comunicação clara, o desacordo pode favorecer a discussão de diferentes perspetivas, a tomada de decisão partilhada e a melhoria dos processos de trabalho. Contudo, quando é marcado por incivilidade, hierarquias rígidas, falhas de comunicação ou ausência de confiança, o conflito tende a comprometer a coesão, a satisfação profissional e a segurança do utente (Jehn & Bendersky, 2003; Greer et al., 2012; Shoja et al., 2025). A supervisão clínica torna-se, por isso, uma estratégia mediadora entre estas duas possibilidades: transformar o conflito em aprendizagem ou permitir que ele se traduza em risco.

Do ponto de vista organizacional, os resultados apontam para a necessidade de integrar a supervisão clínica nas políticas de qualidade, segurança e desenvolvimento profissional. A gestão de conflitos não deve depender apenas da competência individual de alguns supervisores, mas de condições institucionais que favoreçam tempos protegidos para reflexão, formação em liderança, protocolos de comunicação, mecanismos de feedback e cultura de segurança psicológica. A evidência sobre supervisão clínica mostra que esta pode contribuir para resultados organizacionais, satisfação profissional, retenção e qualidade dos cuidados quando é implementada de forma estruturada e sustentada (Snowdon et al., 2017; Martin et al., 2021; Rothwell et al., 2021; Sérgio et al., 2023).

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações da evidência analisada. A revisão incluiu apenas nove estudos, com elevada heterogeneidade metodológica e temática. Alguns estudos incidiram diretamente sobre supervisão clínica em enfermagem, enquanto outros abordaram dimensões relacionadas, como comunicação, confiança, inteligência emocional, liderança, stress, resiliência ou formação em gestão de conflitos. Esta diversidade permitiu mapear diferentes contributos para a temática, mas limita a possibilidade de estabelecer conclusões causais ou recomendações definitivas sobre a eficácia de modelos específicos de supervisão. Outra limitação prende-se com a amplitude da população e dos contextos analisados. Embora o objetivo se centre em equipas multidisciplinares, alguns estudos incluíram estudantes ou profissionais de outras áreas da saúde, o que exige prudência na transferência direta dos resultados para equipas de enfermagem ou equipas clínicas específicas. Ainda assim, os achados convergem na identificação de dimensões relevantes para a supervisão clínica em contexto multidisciplinar: confiança, comunicação, inteligência emocional, liderança e modelos estruturados de reflexão.

Considerando os resultados obtidos, a supervisão clínica pode desempenhar um papel relevante na gestão de conflitos em equipas multidisciplinares ao criar condições para transformar tensões em aprendizagem, negociação e melhoria da prática. Para tal, é necessário que a supervisão seja estruturada, regular e apoiada institucionalmente, integrando formação em comunicação, inteligência emocional, liderança participativa e análise reflexiva dos conflitos. A sua implementação pode contribuir para equipas mais coesas, ambientes psicologicamente seguros e cuidados mais seguros e centrados na pessoa.

5. Referências bibliográficas

- Alvarez, G., & Coiera, E. (2006). Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error? *Journal of Critical Care*, 21(3), 236–242. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.02.004>
- Belrhiti, Z., Van Belle, S., & Criel, B. (2021). How medical dominance and interprofessional conflicts undermine patient-centred care in hospitals: Historical analysis and multiple embedded case study in Morocco. *BMJ Global Health*, 6(7), e006140. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006140>
- Bouchez, T., Cagnon, C., Hamouche, G., Majdoub, M., Charlet, J., & Schuers, M. (2024). Interprofessional clinical decision-making process in health: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(3), 884–907. <https://doi.org/10.1111/jan.15865>
- Bradley, W. J., & Becker, K. D. (2021). Clinical supervision of mental health services: A systematic review of supervision characteristics and practices associated with formative and restorative outcomes. *The Clinical Supervisor*, 40(1), 88–111. <https://doi.org/10.1080/07325223.2021.1904312>
- Brandt, G. P., Manfrini, G. C., Boumer, T. C., Rosa, A. L. E., Araújo, P. G. V. D., & Brehmer, L. C. F. (2025). Preceptoria de enfermagem e inteligência emocional em programas de residência: Pesquisa-ação. *Escola Anna Nery*, 29, e20250082. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2025-0082pt>
- Broukhim, M., Yuen, F., McDermott, H., Miller, K., Merrill, L., Kennedy, R., & Wilkes, M. (2019). Interprofessional conflict and conflict management in an educational setting. *Medical Teacher*, 41(4), 408–416. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1480753>
- Colomer-Sánchez, A., Ayuso-Murillo, D., Lendínez-Mesa, A., Ruiz-Nuñez, C., Fontán-Vinagre, G., & Herrera-Peco, I. (2021). Anxiety effect on communication skills in nursing supervisors: An observational study. *Nursing Reports*, 11(2), 207–216. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020021>
- Corpas, K., & Bustamante, E. (2024). Communication in the interdisciplinary health team in intensive care: A qualitative study. *Universitas Médica*, 65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed65.ceis>
- Edgar, D., Moroney, T., & Wilson, V. (2023). Clinical supervision: A mechanism to support person-centred practice? An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 1935–1951. <https://doi.org/10.1111/jocn.16232>

- Freedman, B., Li, W. W., Liang, Z., Hartin, P., & Biedermann, N. (2025). The prevalence of incivility in hospitals and the effects of incivility on patient safety culture and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5603–5622. <https://doi.org/10.1111/jan.16111>
- Greer, L. L., Saygi, O., Aaldering, H., & De Dreu, C. K. W. (2012). Conflict in medical teams: Opportunity or danger? *Medical Education*, 46(10), 935–942. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04321.x>
- Gunasingha, R. M. K. D., Lee, H.-J., Zhao, C., & Clay, A. (2023). Conflict resolution styles and skills and variation among medical students. *BMC Medical Education*, 23(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04228-x>
- Hadi-Moghaddam, M., Karimollahi, M., & Aghamohammadi, M. (2021). Nurses' trust in managers and its relationship with nurses' performance behaviors: A descriptive-correlational study. *BMC Nursing*, 20(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00653-9>
- Helaß, M., Greinacher, A., Genrich, M., Müller, A., Angerer, P., Gündel, H., Junne, F., Nikendei, C., & Maatouk, I. (2025). Nursing staff and supervisors perceptions on stress and resilience: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02712-x>
- Janković, S., Nikolić, L., Marković, S., & Kastratović, D. (2024). Multidisciplinary teams in healthcare. *Hospital Pharmacology - International Multidisciplinary Journal*, 11(1), 1370–1376. <https://doi.org/10.5937/hpimj2401370J>
- Jehn, K. A., & Bendersky, C. (2003). Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relationship. *Research in Organizational Behavior*, 25, 187–242. [https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(03\)25005-X](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(03)25005-X)
- Knutsen Glette, M., Ludlow, K., Wiig, S., Bates, D. W., & Austin, E. E. (2023). Resilience perspective on healthcare professionals' adaptations to changes and challenges resulting from the COVID-19 pandemic: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 13(9), e071828. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071828>
- Martin, P., Lizarondo, L., Kumar, S., & Snowdon, D. (2021). Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A mixed methods systematic review. *PLOS ONE*, 16(11), e0260156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260156>
- Masamha, R., Alfred, L., Harris, R., Bassett, S., Burden, S., & Gilmore, A. (2022). "Barriers to overcoming the barriers": A scoping review exploring 30 years of clinical supervision literature. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2678–2692. <https://doi.org/10.1111/jan.15283>
- Mohseni, F., Mohammadi, A., Khajavirad, N., Basiri, K., Gruppen, L., & Mafinejad, M. K. (2025). Shedding light on the effects of conflict management training: A multi-rater assessment shines a spotlight on medical students' skills. *PLOS ONE*, 20(6), e0325499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325499>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica: Regulamento n.º 366/2018. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pradelli, L., Risoli, C., Summer, E., Bellini, G., Mozzarelli, F., Anderson, G., Guasconi, M., Artioli, G., Bonacaro, A., & Sarli, L. (2025). Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: A systematic review and meta-synthesis. *BMJ Open*, 15(3), e087268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087268>
- Riskin, A., Erez, A., Foulk, T. A., Kugelman, A., Gover, A., Shoris, I., Riskin, K. S., & Bamberger, P. A. (2015). The impact of rudeness on medical team performance: A randomized trial. *Pediatrics*, 136(3), 487–495. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1385>
- Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. F., & Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: A rapid evidence review. *BMJ Open*, 11(9), e052929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>
- Schilling, S., Armaou, M., Morrison, Z., Carding, P., Bricknell, M., & Connelly, V. (2022). Understanding teamwork in rapidly deployed interprofessional teams in intensive and acute care: A systematic review of reviews. *PLOS ONE*, 17(8), e0272942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272942>
- Sérgio, M., Carvalho, A., & Pinto, C. (2023). Clinical supervision in improving the quality of nursing care: Empowerment of medical-surgical hospitalization teams. *Nursing Forum*, 2023, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2023/5820168>
- Shoja, M. M., Ventura Rodriguez, D. N., Avilova, O., & Rajput, V. (2025). Error reduction in healthcare through team training and cultural transformation. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.91243>
- Snowdon, D. A., Leggat, S. G., & Taylor, N. F. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 786. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
- Teixeira, A., Augusto, M. C., Barroso, C., & Carvalho, A. L. (2022). Competências emocionais nos enfermeiros de saúde mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 71–86. <https://doi.org/10.19131/rpesm.347>

- Vaseghi, F., Yarmohammadian, M. H., & Raeisi, A. (2022). Interprofessional collaboration competencies in the health system: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 496–504. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_2
- Wright, A. A., & Katz, I. T. (2018). Beyond burnout: Redesigning care to restore meaning and sanity for physicians. *New England Journal of Medicine*, 378(4), 309–311. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1716845>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2024). Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(9), 3547–3564. <https://doi.org/10.1111/jan.16126>
- Zusman, N., Scheinberg Andrews, C., Kaslin, V., & C. Kienski Woloski Wruble, A. (2025). Creating a supportive work environment: A cognitive behavioral approach for nurse leaders. *Nursing Reports*, 15(3), 91. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030091>

Parte IV — Ética, qualidade, cultura organizacional e sustentabilidade

Capítulo 10. Dilemas éticos na prática supervisiva de enfermagem: implicações deontológicas e legais

Lara Guadalupe Gingão Coelho

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, SUB Montemor, Arraiolos, Portugal

Maria da Conceição Carola e Fona

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, UCC de Évora, Évora, Portugal

Teresa Maria Correia Pimpão

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Cirurgia Geral 2, Arraiolos, Portugal

Ana Dias

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Isaura Serra

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A prática supervisiva em enfermagem envolve responsabilidades éticas, deontológicas e legais que exigem equilíbrio entre o apoio ao desenvolvimento profissional, a avaliação da prática e a proteção da pessoa cuidada. A supervisão clínica, ao envolver acompanhamento, apoio, avaliação, feedback, monitorização da prática e proteção da pessoa cuidada, coloca o enfermeiro supervisor perante situações de elevada complexidade moral, nas quais diferentes deveres profissionais podem entrar em tensão.

A natureza simultaneamente formativa, normativa e restaurativa da supervisão clínica exige que o supervisor seja capaz de equilibrar o desenvolvimento do supervisionado, a segurança do utente, a qualidade dos cuidados, a responsabilidade profissional e o suporte emocional. Esta posição pode gerar dilemas éticos quando, por exemplo, existe necessidade de avaliar desempenhos insuficientes, reportar práticas inseguras, gerir erros clínicos, proteger a confidencialidade da relação supervisiva ou decidir até que ponto deve intervir perante situações que colocam em causa a segurança dos cuidados (Proctor, 1987; Kilminster et al., 2007; Hughes et al., 2016).

Em enfermagem, estes dilemas não podem ser compreendidos apenas como problemas individuais do supervisor, uma vez que emergem também de culturas organizacionais, relações de poder, exigências institucionais, recursos disponíveis, modelos de avaliação e condições de prática. A literatura tem demonstrado que a supervisão clínica pode promover reflexão crítica, desenvolvimento profissional, resiliência e melhoria da qualidade dos cuidados, mas a sua efetividade depende da existência de ambientes seguros, suporte institucional, relações supervisivas de confiança e clareza quanto aos papéis e responsabilidades envolvidos (Martin et al., 2021; Masamha et al., 2022; Jarden et al., 2025).

Apesar da crescente valorização da supervisão clínica, as suas implicações éticas, deontológicas e legais continuam menos exploradas do que as dimensões pedagógicas, organizacionais ou relacionais. Esta lacuna é particularmente relevante porque a supervisão clínica implica responsabilidades acrescidas na proteção da pessoa cuidada, no desenvolvimento dos profissionais, na avaliação da prática e na gestão do risco. Assim, este capítulo tem como objetivo identificar e analisar as dimensões éticas, deontológicas e legais associadas à prática da supervisão clínica em enfermagem.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar criticamente a evidência científica disponível sobre as dimensões éticas, deontológicas e legais associadas à prática da supervisão clínica em enfermagem. Esta metodologia foi considerada adequada por permitir integrar estudos de natureza qualitativa, quantitativa, mista, teórica e de revisão, favorecendo uma compreensão abrangente de um fenómeno complexo e multidimensional.

A revisão foi conduzida de acordo com princípios metodológicos de revisão integrativa e orientada pelas recomendações do Joanna Briggs Institute para síntese da evidência. Esta abordagem permitiu

organizar o processo de pesquisa, seleção, avaliação crítica, extração e análise dos estudos incluídos, garantindo maior transparência e rigor metodológico (Apóstolo, 2017; Fortin et al., 2009).

A questão de investigação foi estruturada com recurso à estratégia PICO: População, Fenómeno de Interesse e Contexto. A população correspondeu aos enfermeiros envolvidos em processos de supervisão clínica; o fenómeno de interesse integrou os dilemas éticos na prática supervisiva em enfermagem; e o contexto correspondeu à prática de supervisão em enfermagem. Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais são os dilemas éticos descritos na literatura sobre a prática supervisiva em enfermagem e quais as suas implicações deontológicas e legais?

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science e BVS/LILACS. Estas bases foram seleccionadas por abrangerem literatura relevante nas áreas da enfermagem, ética e ciências da saúde. Considerando que os dilemas éticos, deontológicos e legais nem sempre surgem explicitamente indexados como descritores, a estratégia de pesquisa foi centrada no fenómeno da supervisão clínica em enfermagem, procedendo-se posteriormente à identificação das dimensões éticas e legais durante a análise dos estudos incluídos.

Foram utilizados descritores controlados e termos livres relacionados com supervisão clínica, orientação clínica, ética, ética em enfermagem e enfermagem. A estratégia de pesquisa foi adaptada às especificidades de cada base de dados, recorrendo a termos em título/resumo, descritores MeSH/DeCS e campos de pesquisa equivalentes. Os principais descritores e palavras-chave utilizados encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Descritores e palavras-chave utilizados na estratégia de pesquisa.

Conceito	Termos livres	MeSH	CINAHL
Supervisão clínica	"Clinical supervision" OR "Clinical guidance"	"Clinical supervision"	"Clinical supervision"
Ética	Ethics	Ethics	"Ethics, Nursing"
Enfermagem	Nursing OR Nurs*	Nursing	Nurs*

As expressões de pesquisa foram ajustadas a cada base de dados. Na PubMed/MEDLINE, foi utilizada a expressão: **(((*"clinical supervision"*[Title/Abstract]) OR (*"clinical guidance"*[Title/Abstract])) AND ((*Ethics*[Title/Abstract]) OR (*Ethics*[MeSH Terms])) AND ((*Nurs*[Title/Abstract]) OR (*Nursing*[MeSH Terms]))*. Na CINAHL, foi utilizada a expressão: **((*XB ("clinical supervision")*) OR *XB ("clinical guidance")*) OR *MH ("clinical supervision")*)) AND ((*XB (Ethics)*) OR *MH ("Ethics, Nursing")*)) AND ((*XB (Nurs)*))*. Na Scopus, foi utilizada a expressão: *TITLE-ABS-KEY ("Clinical supervision" OR "Clinical guidance") AND TITLE-ABS-KEY (Ethics) AND TITLE-ABS-KEY (Nursing OR Nurs)***. Na Web of Science, foi utilizada a combinação: *"Clinical supervision" OR "Clinical guidance" AND Ethics AND Nursing OR Nurs*. Foram definidos previamente critérios de inclusão e exclusão, apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos que abordassem supervisão clínica em enfermagem	Estudos sobre supervisão em profissões não relacionadas com enfermagem
Estudos que analisassem relações supervisor–supervisionado	Estudos centrados exclusivamente em tutoria académica ou supervisão pedagógica sem relação com a prática clínica
Estudos que discutissem processos de tomada de decisão profissional	Estudos que não abordassem dimensões éticas ou responsabilidades profissionais na supervisão clínica
Estudos que explorassem responsabilidades profissionais ou conflitos éticos	
Estudos que descrevessem implicações éticas, deontológicas ou legais na prática supervisiva	
Estudos publicados entre 2000 e 2026	
Estudos publicados em português, inglês ou espanhol	
Literatura científica e literatura cinzenta relevante	

Os resultados foram exportados para a plataforma Rayyan®, onde se procedeu à remoção de duplicados e à triagem dos estudos. A seleção foi realizada de forma independente por três investigadoras, através da leitura de títulos, resumos e textos integrais, de acordo com os critérios previamente definidos. As discordâncias foram discutidas até obtenção de consenso.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada através dos instrumentos de *critical appraisal* do Joanna Briggs Institute, adequados ao desenho metodológico de cada estudo. A avaliação considerou a validade metodológica, o risco de viés e a relevância científica dos estudos. Os resultados da avaliação crítica foram considerados na interpretação da robustez da evidência e na discussão dos resultados.

A extração dos dados foi realizada através de uma tabela estruturada, incluindo autor/ano, país, tipo de estudo, contexto, objetivo, principais resultados, dimensões éticas, dimensões legais/deontológicas e implicações para a supervisão. A síntese dos dados foi realizada através de análise temática integrativa, envolvendo identificação dos achados relevantes, codificação inicial, agrupamento em categorias temáticas e interpretação dos resultados à luz das dimensões ética, deontológica e legal da supervisão clínica.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa inicial identificou 62 registos nas bases de dados eletrónicas consultadas. Após a remoção de 34 registos duplicados, permaneceram 28 estudos para triagem por título e resumo. Nesta fase, foram excluídos 16 estudos por não cumprirem os critérios de elegibilidade: sete por não abordarem a supervisão clínica, oito por apresentarem foco exclusivamente educacional e um por não envolver população de enfermagem. No total, 12 estudos preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão integrativa da literatura. Embora prevista nos critérios de elegibilidade, não foi

identificada literatura cinzenta que cumprisse os critérios de inclusão. O processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

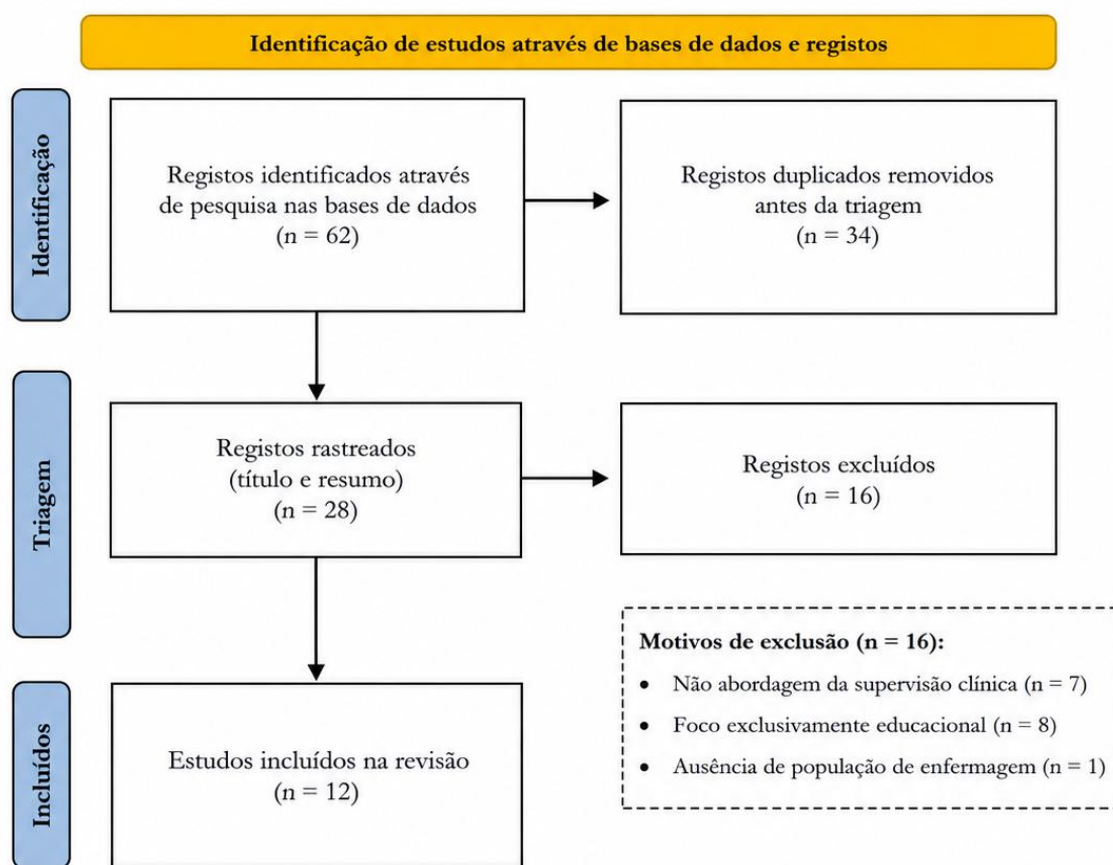


Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos

3.2. Caracterização geral dos estudos incluídos

A análise integrada dos estudos incluídos evidenciou que a supervisão clínica em enfermagem é descrita como uma estratégia promotora de desenvolvimento profissional, reflexão crítica, suporte emocional, resiliência e melhoria da qualidade dos cuidados. Contudo, os resultados demonstraram igualmente a existência de tensões éticas, relacionais, avaliativas e organizacionais que condicionam a sua implementação e efetividade.

A amostra final integrou estudos com diferentes desenhos metodológicos, incluindo estudos qualitativos, estudos quantitativos, estudos de métodos mistos, revisões sistemáticas, *scoping reviews*, revisão integrativa e estudo quase-experimental. Esta diversidade permitiu analisar o fenómeno de forma abrangente, considerando simultaneamente experiências de supervisores, estudantes e profissionais de enfermagem, bem como evidência relativa ao impacto da supervisão na qualidade, segurança dos cuidados e desenvolvimento profissional. A síntese da avaliação metodológica dos estudos incluídos encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 4. Síntese da avaliação metodológica dos estudos incluídos.

Estudo	Tipo de estudo	Avaliação global	Principais contributos para a revisão
Doody et al. (2024)	Métodos mistos	Qualidade metodológica moderada a elevada	Contributo relevante para compreender experiências de supervisão clínica, benefícios individuais, organizacionais e qualidade dos cuidados
Mathisen et al. (2025)	Qualitativo	Qualidade metodológica elevada	Contributo para compreender suporte ao supervisor, articulação ensino–prática e fatores organizacionais e relacionais
Lees-Deutsch et al. (2025)	Estudo transversal com componente qualitativa	Qualidade metodológica moderada a elevada	Evidência sobre supervisão restaurativa, empowerment, bem-estar e necessidade de suporte organizacional
Donough (2023)	Qualitativo	Qualidade metodológica elevada	Contributo para compreender dilemas na avaliação clínica, nomeadamente tensão entre avaliação e desenvolvimento
Atashi et al. (2024)	Qualitativo	Qualidade metodológica elevada	Evidência sobre barreiras individuais, organizacionais e profissionais à supervisão clínica eficaz
Bos et al. (2015)	Qualitativo	Qualidade metodológica elevada	Contributo para compreender conflito de papéis, ambivalência supervisiva e necessidade de suporte institucional
Snowdon et al. (2017)	Revisão sistemática	Qualidade metodológica elevada	Evidência sobre impacto da supervisão clínica na efetividade dos cuidados e experiência da pessoa cuidada
Hindhede et al. (2026)	Qualitativo com enquadramento teórico	Qualidade metodológica elevada	Contributo conceptual para compreender a supervisão como prática reflexiva e epistemológica
Gheisari et al. (2025)	Quase-experimental	Qualidade metodológica moderada a elevada	Evidência sobre o impacto de um modelo de supervisão baseado em ISBAR na decisão clínica, autoeficácia e comunicação
Hughes et al. (2016)	Revisão integrativa sistemática	Qualidade metodológica adequada	Contributo para compreender o fenómeno <i>failure to fail</i> e os dilemas éticos associados à avaliação clínica
Masamha et al. (2022)	<i>Scoping review</i>	Qualidade metodológica adequada	Evidência sobre barreiras persistentes à implementação da supervisão clínica
Christiansen et al. (2021)	Qualitativo	Qualidade metodológica adequada	Contributo para compreender subjetividade, poder, justiça e consistência na avaliação clínica

A extração dos dados dos estudos incluídos permitiu identificar dimensões éticas, deontológicas e legais associadas à prática supervisiva, bem como as respetivas implicações para a supervisão clínica. A síntese encontra-se apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Síntese dos estudos incluídos segundo dimensões éticas, deontológicas e legais.

Estudo	País	Tipo de estudo	Contexto	Principais resultados	Dimensões éticas	Implicações para a supervisão
Doody et al. (2024)	Irlanda	Métodos mistos	Enfermeiros e parteiras em supervisão de grupo	Desenvolvimento profissional, confiança, resiliência, liderança, impacto organizacional e segurança do doente	Confidencialidade, segurança psicológica, suporte emocional, reflexão ética, relação supervisiva	Institucionalizar a supervisão e promover cultura organizacional favorável
Mathisen et al. (2025)	Noruega	Qualitativo exploratório	Supervisores clínicos em hospitais	Facilitadores melhoram suporte aos supervisores, integração teoria–prática e ambiente de aprendizagem	Relação supervisiva, confiança, suporte, mediação pedagógica, responsabilidade relacional	Estruturar papéis, reforçar suporte organizacional e integrar ensino–serviço

Estudo	País	Tipo de estudo	Contexto	Principais resultados	Dimensões éticas	Implicações para a supervisão
Lees-Deutsch et al. (2025)	Reino Unido	Transversal com component e qualitativa	Enfermeiros, Professional Nurse Advocates e líderes	Aumento do empowerment, resiliência e satisfação; necessidade de tempo, recursos e compromisso organizacional	Espaço seguro, confiança, suporte emocional, reflexão, confidencialidade e acesso	Reforçar liderança, cultura organizacional e condições institucionais
Donough (2023)	África do Sul	Qualitativo descritivo	Estudantes de enfermagem em ensino clínico	Supervisão centrada na avaliação, inconsistência, falta de feedback e reduzida função formativa	Justiça, equidade, tensão avaliação vs desenvolvimento, qualidade do feedback	Padronizar a avaliação e reforçar a função formativa da supervisão
Atashi et al. (2024)	Irão	Qualitativo descritivo	Enfermeiros em contexto hospitalar	Barreiras individuais, organizacionais e profissionais; falta de competências, recursos e motivação	Accountability, justiça organizacional, relações de poder, ética do supervisor	Clarificar papéis, investir em formação e melhorar condições organizacionais
Bos et al. (2015)	Suécia	Qualitativo	Cuidados de saúde primários	Falta de suporte, conflito de papéis e ambivalência entre cuidar e supervisionar	Conflito de lealdades, responsabilidade pelo cuidado vs ensino, autonomia e segurança	Garantir suporte institucional e tempo dedicado à supervisão
Snowdon et al. (2017)	Internacional	Revisão sistemática	Profissionais de saúde	Melhoria dos processos de cuidado; impacto variável nos <i>outcomes</i>	Segurança do doente, qualidade dos cuidados	Implementar modelos estruturados de supervisão
Hindhede et al. (2026)	Dinamarca	Qualitativo com enquadramento LCT	Cuidados de saúde primários	Diferentes formas de supervisão moldam o conhecimento e a prática reflexiva	Poder, legitimação do conhecimento, reflexividade crítica	Promover reflexão crítica e analisar dinâmicas de poder
Gheisari et al. (2025)	Irão	Quase-experimental	Estudantes de enfermagem	Melhoria da tomada de decisão e autoeficácia com supervisão baseada em ISBAR	Segurança do doente, responsabilidade clínica	Usar modelos estruturados de comunicação e supervisão
Hughes et al. (2016)	Internacional	Revisão integrativa sistemática	Programas de enfermagem	Dificuldade em reprovar estudantes com desempenho insuficiente; experiência emocional do avaliador	Apoio vs avaliação, dilema moral na reprovação, segurança do doente, <i>gatekeeping</i>	Clarificar critérios de avaliação e reforçar suporte ao supervisor
Masamha et al. (2022)	Internacional	<i>Scoping review</i>	Supervisão clínica em enfermagem	Barreiras persistentes: falta de definição, tempo, recursos, confiança e linguagem comum	Supervisão como suporte vs controlo; confiança profissional; cultura organizacional	Redefinir conceito, clarificar papel e integrar supervisão na organização
Christiansen et al. (2021)	Noruega	Qualitativo	Avaliação de estudantes em contexto clínico	Subjetividade, divergência entre avaliadores, influência do contexto e papel passivo do mentor	Justiça vs subjetividade, relações de poder, credibilidade da avaliação	Definir critérios claros, articular avaliadores e reduzir subjetividade

3.3. Supervisão clínica como espaço de suporte, aprendizagem e reflexão

Os estudos incluídos descrevem a supervisão clínica como um espaço de reflexão crítica, suporte emocional e desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, éticas e profissionais. Esta dimensão evidencia o potencial da supervisão para apoiar os enfermeiros na análise de situações complexas, na construção de conhecimento a partir da prática e no fortalecimento da confiança profissional.

Doody et al. (2024) e Lees-Deutsch et al. (2025) associam a supervisão clínica ao fortalecimento da confiança, da resiliência, do bem-estar e da perceção de apoio profissional. De forma complementar, Hindhede et al. (2026) reforçam a importância dos modelos de supervisão na construção da prática reflexiva e na qualidade das relações supervisivas. Estes achados sugerem que a dimensão ética da

supervisão não se limita à prevenção do erro ou ao cumprimento normativo, incluindo também a criação de condições relacionais que permitam aprender, refletir e cuidar de forma mais segura.

3.4. Constrangimentos organizacionais e condições de implementação

Os resultados evidenciaram que a supervisão clínica permanece condicionada por barreiras organizacionais relevantes. Entre estas destacam-se a falta de tempo, a escassez de recursos, a ausência de suporte institucional, fragilidades na liderança, insuficiente valorização da supervisão clínica e dificuldades em integrar práticas supervisivas no quotidiano assistencial. Atashi et al. (2024) identificam barreiras relacionadas com recursos insuficientes, ausência de suporte organizacional e fragilidades de liderança. Masamha et al. (2022) demonstram que muitas dificuldades na implementação da supervisão clínica persistem há décadas, especialmente a falta de tempo, a cultura organizacional pouco favorável e a ausência de valorização institucional. Bos et al. (2015), no contexto dos cuidados de saúde primários, descrevem experiências de ambivalência e dificuldade em conciliar exigências assistenciais e supervisivas, sugerindo que muitos obstáculos decorrem de limitações estruturais e não apenas de fragilidades individuais dos supervisores.

3.5. Dilemas éticos associados à avaliação e responsabilidade profissional

A avaliação do desempenho emergiu como uma das dimensões mais eticamente sensíveis da prática supervisiva. Os estudos incluídos evidenciaram que os supervisores podem enfrentar dificuldades ao equilibrar o apoio ao desenvolvimento do supervisionado com a responsabilidade de monitorizar a prática, identificar desempenho insuficiente e proteger a segurança do utente.

O fenómeno *failure to fail*, descrito por Hughes et al. (2016), ilustra esta tensão, mostrando que alguns supervisores podem evitar reprovar estudantes ou profissionais com desempenho inadequado, mesmo perante preocupações relacionadas com a segurança dos cuidados. Christiansen et al. (2021) reforçam esta problemática ao identificar insegurança avaliativa, subjetividade, divergência entre avaliadores e desafios na legitimidade da avaliação em ensino clínico. Estes resultados indicam que a avaliação em supervisão clínica ultrapassa a dimensão técnica, envolvendo responsabilidade ética, justiça, transparência, coragem profissional e proteção da pessoa cuidada.

3.6. Segurança dos cuidados, erro clínico e dever de proteção

A evidência analisada sugere que a supervisão clínica pode contribuir positivamente para a qualidade e segurança dos cuidados. Snowdon et al. (2017) associam a supervisão à melhoria dos processos assistenciais e à adesão a práticas seguras, ainda que os efeitos nos *outcomes* sejam variáveis. Gheisari et al. (2025) demonstram que um modelo de supervisão clínica baseado na metodologia ISBAR durante a passagem de turno teve efeitos positivos na tomada de decisão clínica e na autoeficácia de estudantes de enfermagem. Estes resultados sugerem que a supervisão clínica assume uma dimensão normativa e ética relevante, uma vez que contribui para identificar riscos, promover comunicação estruturada, corrigir desvios, apoiar a tomada de decisão e proteger a

segurança da pessoa cuidada. Contudo, esta função protetora pode gerar dilemas quando entra em tensão com a confidencialidade da relação supervisyva ou com o apoio emocional ao supervisionado.

3.7. Relações interpessoais, cultura organizacional e segurança psicológica

Os resultados evidenciam que a qualidade da supervisão clínica depende fortemente das relações interpessoais, da cultura organizacional e das dinâmicas de poder. Relações baseadas na confiança, abertura, respeito e segurança psicológica favorecem a reflexão crítica, a expressão de dúvidas e a discussão de erros ou dificuldades. Pelo contrário, ambientes punitivos, hierarquizados ou excessivamente avaliativos podem limitar a aprendizagem e dificultar a identificação precoce de problemas. A evidência analisada sugere que a reflexão ética só é possível quando o supervisionado se sente suficientemente seguro para partilhar experiências, fragilidades e incertezas. Assim, a cultura organizacional tem impacto direto na possibilidade de a supervisão cumprir as suas funções formativa, normativa e restaurativa.

4. Discussão

Os resultados desta revisão integrativa permitem compreender a supervisão clínica em enfermagem como um processo simultaneamente pedagógico, relacional, ético e organizacional. Embora a literatura reconheça a supervisão como estratégia promotora do desenvolvimento profissional, da reflexão crítica e da qualidade dos cuidados, os achados desta revisão mostram que a sua prática envolve tensões éticas relevantes, particularmente quando o supervisor tem de conciliar apoio formativo, avaliação do desempenho, responsabilidade profissional e proteção da pessoa cuidada (Proctor, 1987; Hawkins & McMahon, 2020; Kilminster et al., 2007).

A tensão entre apoio e avaliação constitui um dos principais dilemas identificados. A função formativa da supervisão exige que o supervisor crie condições para a aprendizagem, o desenvolvimento e a reflexão do supervisionado. Porém, a função normativa implica monitorizar a qualidade da prática, identificar riscos, corrigir desempenhos inadequados e garantir a segurança dos cuidados. Esta dupla responsabilidade pode gerar conflito quando o supervisor se vê simultaneamente como facilitador da aprendizagem e como agente responsável por decisões avaliativas com consequências profissionais ou académicas (Proctor, 1987; Hughes et al., 2016; Christiansen et al., 2021).

O fenómeno *failure to fail* é particularmente ilustrativo desta tensão. Hughes et al. (2016) demonstram que alguns supervisores têm dificuldade em reprovar estudantes com desempenho insuficiente, mesmo perante riscos potenciais para a segurança do utente. Esta dificuldade pode resultar de fatores relacionais, medo de prejudicar o estudante, insegurança avaliativa, falta de suporte institucional ou receio de conflito. Contudo, a não identificação ou não reporte de desempenho inseguro tem implicações éticas relevantes, pois pode comprometer os princípios da não maleficência, beneficência e justiça na prestação de cuidados (Beauchamp & Childress, 2019).

A avaliação em supervisão clínica deve, por isso, ser entendida como prática ética e não apenas como procedimento técnico. Avaliar implica formular juízos sobre competências, reconhecer limites,

comunicar dificuldades, documentar decisões e proteger simultaneamente o supervisionado e a pessoa cuidada. Christiansen et al. (2021) mostram que a avaliação em ensino clínico pode ser percecionada como frágil ou insegura quando os critérios não são claros ou quando os supervisores não se sentem legitimados para tomar decisões avaliativas. Esta evidência reforça a necessidade de modelos de avaliação transparentes, critérios explícitos e suporte institucional ao supervisor.

Outro eixo relevante prende-se com a confidencialidade na relação supervisiva. A supervisão exige abertura, confiança e segurança psicológica para que o supervisionado possa discutir dúvidas, erros, emoções e dificuldades. No entanto, esta confidencialidade não pode ser absoluta quando estão em causa riscos para a segurança do utente, práticas inseguras ou violações de deveres profissionais. Surge, assim, uma tensão entre proteger a relação supervisiva e cumprir o dever ético, deontológico e legal de salvaguardar a pessoa cuidada (Jameton, 1984; Deodato, 2015; International Council of Nurses, 2021).

A segurança psicológica é uma condição essencial para que a supervisão cumpra a sua função reflexiva. Edmondson (1999) demonstrou que os contextos de aprendizagem são mais eficazes quando os profissionais se sentem seguros para expressar dúvidas, reconhecer erros e participar em discussões críticas sem receio de punição ou humilhação. Na prática supervisiva, esta segurança permite que o erro seja analisado como oportunidade de aprendizagem. Contudo, quando os contextos são excessivamente punitivos ou avaliativos, a supervisão pode ser percecionada como ameaça, reduzindo a abertura, a honestidade e a aprendizagem reflexiva.

A gestão do erro clínico constitui, por isso, uma dimensão ética central da supervisão. A supervisão clínica deve promover a identificação precoce de riscos, a discussão de incidentes, a aprendizagem com a prática e a prevenção de danos. Snowdon et al. (2017) demonstram que a supervisão pode contribuir para a melhoria dos processos assistenciais e para a efetividade dos cuidados. Gheisari et al. (2025) acrescentam que modelos estruturados, como a supervisão baseada em ISBAR durante a passagem de turno, podem melhorar a tomada de decisão clínica e a autoeficácia dos estudantes. Estes achados sugerem que a supervisão pode funcionar como estratégia concreta de segurança do utente quando articulada com comunicação estruturada e reflexão crítica. Contudo, os resultados mostram que a efetividade da supervisão clínica depende fortemente das condições organizacionais. Atashi et al. (2024) identificam barreiras como falta de recursos, fragilidades de liderança e ausência de suporte institucional. Masamha et al. (2022) demonstram que a falta de tempo, a cultura organizacional e a insuficiente valorização da supervisão são obstáculos persistentes ao longo de décadas. Estes achados indicam que os dilemas éticos da supervisão não são apenas individuais; são também organizacionais. Quando o supervisor não dispõe de tempo, formação, clareza de papel ou suporte institucional, a sua capacidade para tomar decisões éticas e justas fica comprometida.

A dimensão deontológica da supervisão clínica exige igualmente atenção. Em Portugal, a supervisão clínica encontra-se enquadrada pela competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros. Este enquadramento reforça a responsabilidade do enfermeiro supervisor na promoção da aprendizagem, desenvolvimento profissional, qualidade dos cuidados e segurança da pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2020). Assim, a supervisão

clínica não pode ser reduzida a uma prática informal ou facultativa; envolve deveres profissionais que exigem competência, responsabilidade e compromisso ético.

A cultura organizacional surge como elemento transversal. A supervisão clínica tende a ser mais efetiva quando ocorre em ambientes que valorizam aprendizagem, reflexão, transparência, apoio emocional e melhoria contínua. Doody et al. (2024) e Lees-Deutsch et al. (2025) evidenciam que a supervisão restaurativa e de grupo pode fortalecer bem-estar, confiança e apoio profissional. Estes resultados articulam-se com Jarden et al. (2025), que associa supervisão clínica e resiliência em enfermeiros, reforçando o potencial da supervisão como estratégia de suporte perante experiências clínicas exigentes. No entanto, importa evitar uma leitura excessivamente idealizada da supervisão clínica. Os resultados mostram que a simples existência de momentos supervisivos não garante reflexão ética, aprendizagem ou segurança. A supervisão pode tornar-se burocrática, punitiva ou superficial se não estiver sustentada em formação, tempo protegido, clareza de objetivos e cultura institucional de confiança. Assim, a qualidade ética da supervisão depende tanto das competências do supervisor como das condições em que a supervisão é realizada.

As implicações para a prática são relevantes. A formação dos enfermeiros supervisores deve integrar conteúdos sobre ética aplicada, deontologia, responsabilidade profissional, gestão do erro, comunicação de más notícias avaliativas, deliberação moral, segurança psicológica e limites da confidencialidade. Deve ainda incluir treino em avaliação justa e documentada, uma vez que a ausência de critérios claros aumenta o risco de arbitrariedade, injustiça ou omissão perante práticas inseguras. Do ponto de vista institucional, torna-se necessário criar modelos supervisivos que articulem apoio, avaliação e segurança dos cuidados. Estes modelos devem prever critérios de avaliação explícitos, procedimentos para gestão de erro e reporte de práticas inseguras, espaços de reflexão ética, supervisão dos próprios supervisores e mecanismos de suporte em situações de conflito. A supervisão clínica deve ser assumida como componente da governação clínica e da qualidade, e não apenas como responsabilidade individual do supervisor.

A presente revisão apresenta algumas limitações. A heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos dificulta a comparação direta dos resultados. Além disso, parte significativa da literatura disponível privilegia dimensões pedagógicas, organizacionais ou restaurativas da supervisão, sendo menos frequente a análise direta das implicações éticas, deontológicas e legais. Esta limitação reforça a necessidade de investigação futura centrada nos dilemas éticos vividos por enfermeiros supervisores, nas decisões avaliativas difíceis, na gestão do erro clínico e nas responsabilidades legais associadas à supervisão. Apesar destas limitações, os resultados permitem sustentar que a supervisão clínica em enfermagem constitui um espaço ético de deliberação, responsabilidade e aprendizagem profissional. A sua relevância não decorre apenas do contributo para o desenvolvimento de competências, mas também da sua capacidade para apoiar decisões moralmente complexas, proteger a pessoa cuidada, promover justiça avaliativa e fortalecer culturas organizacionais reflexivas.

Da análise realizada resulta que a supervisão clínica deve ser entendida como prática ética e profissionalmente responsável. Mais do que um mecanismo de acompanhamento ou monitorização, constitui um espaço onde se negociam responsabilidades, limites, relações de poder, segurança dos

cuidados e desenvolvimento humano dos profissionais. Para que cumpra esta função, necessita de supervisores preparados, modelos claros, suporte institucional e culturas organizacionais seguras, reflexivas e eticamente comprometidas.

5. Referências bibliográficas

- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Atashi, V., Movahedi Najafabadi, M., Afshari, A., & Ghafari, S. (2024). Barriers to effective clinical supervision from the perspective of nurses: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 11(1), e2028. <https://doi.org/10.1002/nop2.2028>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Bos, E., Silén, C., & Kaila, P. (2015). Clinical supervision in primary health care: Experiences of district nurses as clinical supervisors—A qualitative study. *BMC Nursing*, 14, 39. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0089-3>
- Christiansen, B., Averlid, G., Baluyot, C., Blomberg, K., Eikeland, A., Finstad, I. R. S., Larsen, M. H., & Lindeflaten, K. (2021). Challenges in the assessment of nursing students in clinical placements: Exploring perceptions among nurse mentors. *Nursing Open*, 8(2), 1069–1076. <https://doi.org/10.1002/nop2.717>
- Deodato, S. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Doody, O., Markey, K., Turner, J., O'Donnell, C., & Murphy, L. (2024). Clinical supervisors' experiences of peer group clinical supervision during COVID-19: A mixed methods study. *BMC Nursing*, 23, 612. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02283-3>
- Donough, G. (2023). Nursing students' experiences of clinical assessment at a university in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 28, a2161. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2161>
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gheisari, F., Farzi, S., Tarrahi, M. J., Momeni-Ghaleghasemi, T., Farzi, S., Nazari, F., & Tajmiriahi, R. (2025). The effect of an ISBAR-based clinical supervision model during handover on clinical decision-making and self-efficacy of nursing internship students: A quasi-experimental study. *BMC Medical Education*, 25, 815. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07426-x>
- Hawkins, P., & McMahon, A. (2020). *Supervision in the helping professions* (5th ed.). Open University Press.
- Hindhede, A. L., Hald, H. H., & Andersen, C. (2026). The role of gaze in shaping forms of reflective practice: A legitimation code theory analysis of clinical supervision in Danish primary care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 40, e70176. <https://doi.org/10.1111/scs.70176>
- Hughes, L. J., Mitchell, M., & Johnston, A. N. B. (2016). "Failure to fail" in nursing—A catch phrase or a real issue? A systematic integrative literature review. *Nurse Education in Practice*, 20, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.06.009>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall.
- Jarden, R. J., McKeever, S., Bujalka, H., Brokenshire, N., Ryu, H., O'Neill, A., Celeste, T., Blatchford, B., & Edvardsson, K. (2025). Clinical supervision and resilience in nurses: A scoping review. *Nurse Education Today*, 155, 106870. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106870>
- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29(1), 2–19. <https://doi.org/10.1080/01421590701210907>
- Lees-Deutsch, L., Palmer, S., Rodrigues Amorim Adegboye, A., Bayes, N., Chaunty, A., Wadey, E., & Kneafsey, R. (2025). Professional nurse advocates and restorative clinical supervision: National survey of programme implementation and impact. *BMC Nursing*, 24, 675. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03415-z>
- Martin, P., Lizarrondo, L., Kumar, S., & Snowdon, D. (2021). Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A mixed methods systematic review. *PLOS ONE*, 16(11), e0260156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260156>
- Masamha, R., Alfred, L., Harris, R., Bassett, S., Burden, S., & Gilmore, A. (2022). "Barriers to overcoming the barriers": A scoping review exploring 30 years of clinical supervision literature. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2678–2692. <https://doi.org/10.1111/jan.15283>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018: Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Regulamento n.º 722/2020: Alteração ao Regulamento n.º 366/2018, de 14 de junho. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 169.
- Proctor, B. (1987). Supervision: A co-operative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring: Supervision in practice* (pp. 21–34). National Youth Bureau.

Snowdon, D. A., Leggat, S. G., & Taylor, N. F. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17, 786. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>

Capítulo 11. O contributo da supervisão clínica para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao utente

Carlos Gabriel Pereira Simões

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Unidade de Especialidades Médicas, Évora, Portugal

Mafalda Banha Palhais

UCCI Évora, Évora, Portugal.

Rui Miguel Caldeira Sim Sim

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Cardiologia/UCIC, Évora, Portugal

Otilia Zangão

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

Isaura Serra

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

1. Introdução

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem depende não apenas de competências técnico-científicas, mas também de mecanismos de suporte, reflexão e acompanhamento profissional capazes de promover práticas seguras e sustentáveis. Esta dimensão assume particular relevância num contexto profissional marcado por elevada exigência emocional, sobrecarga assistencial, exposição continuada ao sofrimento, pressão organizacional e risco de burnout.

A função restaurativa da supervisão clínica corresponde à dimensão orientada para o suporte emocional, reflexão sobre experiências difíceis, gestão do stress profissional e promoção do equilíbrio psicológico dos enfermeiros. No modelo de Proctor, esta função articula-se com as dimensões formativa e normativa, mas distingue-se pelo foco no cuidado ao profissional, criando um espaço estruturado para partilha, validação emocional, desenvolvimento de estratégias de coping e prevenção do desgaste associado à prática clínica (Proctor, 1986; Butterworth & Faugier, 1992).

A relação entre bem-estar profissional e qualidade dos cuidados tem vindo a ser progressivamente valorizada na literatura. Enfermeiros com maior satisfação profissional, suporte emocional, sentido de realização e capacidade de autorregulação tendem a apresentar melhores condições para prestar cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa. Pelo contrário, contextos de burnout, stress persistente e baixa segurança psicológica podem comprometer a comunicação, a tomada de decisão, a atenção ao risco e a qualidade da relação terapêutica (Sundgren et al., 2021; Sellers et al., 2025; Salgado et al., 2025).

Neste sentido, a função restaurativa da supervisão clínica pode contribuir para a qualidade dos cuidados de forma direta e indireta. Diretamente, ao criar oportunidades de reflexão crítica sobre a prática, identificação de dificuldades e melhoria contínua. Indiretamente, ao apoiar o bem-estar dos enfermeiros, reduzir o burnout, promover resiliência e favorecer ambientes profissionais mais seguros, colaborativos e emocionalmente sustentáveis (Doody et al., 2024; Ryu et al., 2025).

Apesar do reconhecimento crescente da supervisão clínica como estratégia de desenvolvimento profissional, a evidência sobre a sua função restaurativa e sobre a ligação entre bem-estar dos enfermeiros e qualidade dos cuidados permanece ainda dispersa. Assim, torna-se pertinente sintetizar a evidência disponível sobre esta relação, identificando os principais contributos, limitações e condições necessárias para uma implementação efetiva. Este capítulo tem como objetivo analisar a evidência científica existente sobre o contributo da função restaurativa da supervisão clínica em enfermagem para a promoção do bem-estar dos enfermeiros e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a evidência científica existente sobre o impacto da função restaurativa da supervisão clínica em enfermagem no bem-estar dos enfermeiros e na qualidade dos cuidados prestados ao utente. A revisão integrativa foi considerada

adequada por permitir reunir e sintetizar diferentes tipos de evidência, incluindo estudos qualitativos, quantitativos e de natureza observacional, contribuindo para uma compreensão abrangente de um fenómeno complexo e multifatorial (Mota de Sousa et al., 2018).

A questão de investigação foi estruturada com recurso à estratégia PICO: População, Fenómeno de Interesse e Contexto. A população correspondeu aos enfermeiros; o fenómeno de interesse correspondeu à função restaurativa da supervisão clínica em enfermagem; e o contexto correspondeu à prática clínica e à prestação de cuidados ao utente. A estrutura PICO encontra-se apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Estratégia PICO para formulação da questão de investigação.

Componente	Descrição	Componente da questão
P	População	Enfermeiros
I	Fenómeno de interesse	Função restaurativa da supervisão clínica em enfermagem
Co	Contexto	Prática clínica e prestação de cuidados ao utente

Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: qual a influência da função restaurativa da supervisão clínica em enfermagem no bem-estar dos enfermeiros e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente?

A pesquisa bibliográfica foi realizada no dia 17 de março de 2026, nas bases de dados PubMed, B-on e Scopus. Foram utilizados descritores MeSH e palavras-chave relacionados com enfermeiros, supervisão clínica, supervisão restaurativa, bem-estar, burnout, satisfação profissional, qualidade dos cuidados e cuidados ao utente. Os descritores e palavras-chave utilizados encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Descritores e palavras-chave utilizados na estratégia de pesquisa.

MeSH	Palavras-chave
Nurses	Clinical supervision
Nursing staff	Restorative supervision
Job satisfaction	Wellbeing
Patient care	Burnout
Review	Quality of care

A estratégia de pesquisa combinou os termos através dos operadores booleanos AND, OR e NOT, tendo sido ajustada às especificidades de cada base de dados. Foram aplicados critérios de inclusão relativos ao período temporal, disponibilidade de texto completo, idioma, área temática e tipo de publicação. A estratégia de pesquisa e o número de estudos obtidos em cada base de dados encontram-se apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Estratégia de pesquisa por base de dados e número de estudos identificados.

Base de dados	Equação booleana	CrITÉrios de inclusão aplicados	N de estudos obtidos
PubMed	((Nurses OR "nursing staff") AND ("clinical supervision" OR "restorative supervision") AND (wellbeing OR burnout OR "job satisfaction" OR "quality of care" OR "patient care")) NOT (review)	Últimos 5 anos; texto completo gratuito; ingls; humanos	18
B-on	((Nurses OR "nursing staff") AND ("clinical supervision" OR "restorative supervision") AND (wellbeing OR burnout OR "job satisfaction" OR "quality of care" OR "patient care")) NOT (review)	Data de criao 2021–2026; texto completo gratuito; revisão por pares; assunto: nursing, nurses, patients, supervision; inglês e português	108
Scopus	Nurses OR "nursing staff" AND "clinical supervision" OR "restorative supervision" AND wellbeing OR burnout OR "job satisfaction" OR "quality of care" OR "patient care"	2021–2026; área temática limitada a Nursing; artigos; excluídas revisões	44

Foram incluídos estudos que abordassem a supervisão clínica em enfermagem, com enfoque na funo restaurativa, bem-estar profissional, burnout, satisfao profissional, qualidade de vida profissional, qualidade dos cuidados ou cuidados prestados ao utente. Foram excluídas revisões da literatura, estudos que não se centrassem em enfermagem, estudos sem relao direta com supervisão clínica ou funo restaurativa, e estudos que não apresentassem contributo relevante para responder  questão de investigao.

Os resultados obtidos nas diferentes bases de dados foram exportados para o Zotero, onde se procedeu  identificao e remoo dos duplicados. O processo de seleo foi organizado de acordo com o modelo PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi apreciada com base nas orientaes do Joanna Briggs Institute, recorrendo aos instrumentos de avaliao crítica adequados aos diferentes desenhos metodológicos identificados. Foi ainda considerada a classificao dos níveis de evidência proposta pelo JBI, variando entre o nível 1, correspondente a evidência de maior robustez metodológica, e o nível 5, associado a menor robustez. Os estudos incluídos situaram-se maioritariamente entre os níveis 3 e 4 de evidência.

A extrao dos dados foi realizada com recurso a uma grelha previamente definida, contemplando identificao do estudo, autor e ano, objetivo, metodologia, principais resultados e conclusões. A síntese dos dados foi realizada de forma narrativa e temática, procurando identificar padrões relativos  influência da funo restaurativa da supervisão clínica no bem-estar dos enfermeiros, na preveno do burnout, no desenvolvimento de competências emocionais e na melhoria da qualidade dos cuidados.

3. Resultados

3.1. Seleo dos estudos

A pesquisa identificou 170 registos nas bases de dados consultadas, dos quais 18 foram obtidos na PubMed, 108 na B-on e 44 na Scopus. Após a remoo de 10 duplicados, permaneceram 160 registos para triagem. A leitura dos títulos e resumos permitiu seleccionar 26 artigos potencialmente relevantes

para leitura integral. Após a avaliação do texto integral e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos cinco estudos na revisão integrativa da literatura (Figura 1).

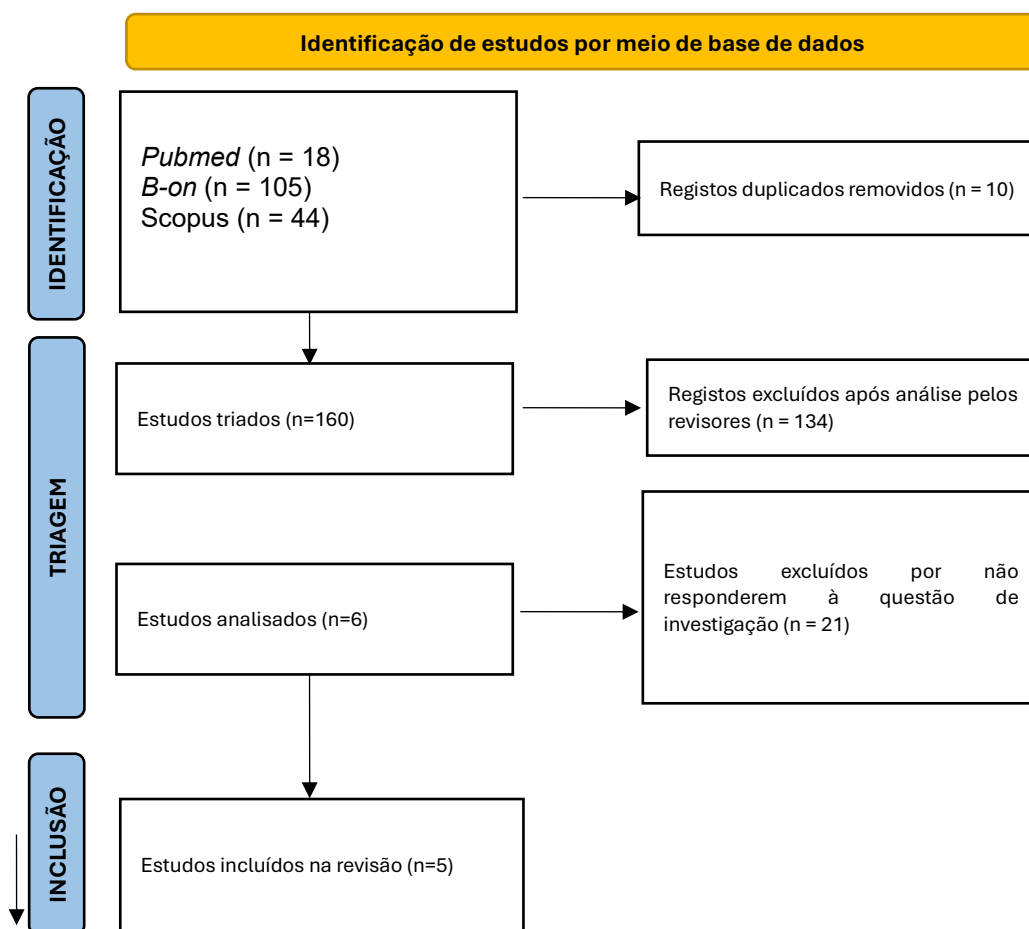


Figura 1 — Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos cinco estudos publicados entre 2021 e 2025, com diferentes abordagens metodológicas, incluindo estudos qualitativos, estudos quantitativos transversais e estudos descritivo-correlacionais. Os estudos analisaram a supervisão clínica em enfermagem com enfoque na sua função restaurativa, explorando a sua relação com burnout, satisfação profissional, qualidade de vida profissional, suporte emocional, resiliência, competência emocional e qualidade dos cuidados prestados ao utente.

A evidência incluída incidiu sobre diferentes contextos e modalidades de supervisão clínica, incluindo supervisão clínica em profissionais de saúde do NHS, supervisão em grupo de pares, grupos de prática reflexiva, contextos organizacionais de implementação da supervisão e estudos sobre satisfação profissional e competência emocional em enfermeiros. A síntese dos estudos incluídos encontra-se apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Síntese dos estudos incluídos sobre função restaurativa da supervisão clínica, bem-estar e qualidade dos cuidados.

Estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados	Conclusões
Sellers et al. (2025)	Avaliar a relação entre eficácia da supervisão clínica e burnout em profissionais de saúde	Estudo quantitativo, transversal, com análise estatística	Supervisão clínica eficaz associada a menor burnout, especialmente exaustão emocional; fatores como frequência e duração influenciam a eficácia	A supervisão clínica eficaz atua como fator protetor do burnout, sendo relevante para o bem-estar dos profissionais
Ryu et al. (2025)	Compreender os contextos organizacionais em que a supervisão clínica é implementada	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas	Supervisão percebida como suporte emocional, mas limitada por falta de tempo, cultura organizacional e recursos	A eficácia da supervisão depende do contexto organizacional e da valorização atribuída à supervisão clínica
Doody et al. (2024)	Explorar a experiência dos enfermeiros na supervisão clínica em grupo de pares	Estudo qualitativo	Supervisão em grupo promove resiliência, confiança, desenvolvimento profissional e suporte emocional	A supervisão entre pares melhora o bem-estar e pode contribuir para cuidados mais seguros e centrados no utente
Sundgren et al. (2021)	Analisar a relação entre grupos reflexivos e qualidade de vida profissional dos enfermeiros	Estudo quantitativo transversal	Grupos de supervisão associados a maior autoeficácia, autonomia, suporte social e menor burnout	A supervisão contribui para o bem-estar através do aumento de recursos pessoais e profissionais
Rocha et al. (2021)	Avaliar o impacto da supervisão clínica na satisfação profissional e competência emocional	Estudo descritivo-correlacional, exploratório, transversal	Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas; identificou-se relevância da competência emocional e associação com variáveis profissionais	A supervisão pode contribuir para bem-estar e satisfação profissional, dependendo da implementação e das condições organizacionais

3.3. Influência da função restaurativa no bem-estar dos enfermeiros

A análise dos estudos incluídos evidenciou que a função restaurativa da supervisão clínica está associada ao suporte emocional, à redução do burnout, à promoção da resiliência, ao reforço da confiança profissional e à melhoria da qualidade de vida no trabalho. A supervisão clínica, quando percebida como eficaz, constitui um espaço de reflexão e apoio que permite aos enfermeiros analisar experiências emocionalmente exigentes, partilhar dificuldades e desenvolver estratégias para lidar com o stress ocupacional.

Sellers et al. (2025) identificaram associação entre eficácia da supervisão clínica e menores níveis de burnout, particularmente ao nível da exaustão emocional. Estes resultados sugerem que a supervisão restaurativa pode atuar como fator protetor, sobretudo quando ocorre com regularidade, duração adequada e em condições organizacionais favoráveis. Sundgren et al. (2021) evidenciaram que a participação em grupos de prática reflexiva se associa a melhores indicadores de bem-estar profissional, incluindo maior autoeficácia, autonomia e suporte social, bem como menor esgotamento profissional. Estes resultados reforçam o contributo da supervisão enquanto espaço de suporte entre pares, reflexão coletiva e desenvolvimento de recursos pessoais e profissionais. Doody et al. (2024) acrescentam que a supervisão clínica em grupo de pares promove resiliência, confiança, desenvolvimento profissional e suporte emocional. Estes achados são particularmente relevantes porque evidenciam que a função restaurativa da supervisão não se limita à redução do sofrimento, podendo também fortalecer recursos positivos, como confiança, pertença, motivação e identidade profissional.

3.4. Condições organizacionais que influenciam a eficácia da supervisão

Os estudos analisados demonstraram que os benefícios da função restaurativa da supervisão clínica dependem fortemente das condições em que esta é implementada. A falta de tempo, a escassez de recursos, a reduzida valorização institucional, culturas organizacionais pouco favoráveis e a inexistência de estruturas formais de suporte podem limitar a eficácia da supervisão. Ryu et al. (2025) evidenciaram que a supervisão clínica é frequentemente percebida como suporte emocional relevante, mas a sua efetividade é condicionada pelo contexto organizacional. A ausência de tempo protegido, recursos adequados e uma cultura institucional que reconheça a supervisão como parte integrante da prática profissional dificulta a implementação regular e sustentada deste processo.

Estes resultados sugerem que a função restaurativa da supervisão clínica não deve ser entendida apenas como responsabilidade individual do supervisor ou do supervisionado. Pelo contrário, exige compromisso organizacional, reconhecimento formal, disponibilidade de tempo, formação dos intervenientes e integração em políticas institucionais de qualidade, segurança e desenvolvimento profissional.

3.5. Contributo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente

A evidência incluída sugere que a função restaurativa da supervisão clínica pode contribuir para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, sobretudo de forma indireta, através da promoção do bem-estar dos enfermeiros. Profissionais emocionalmente apoiados, menos expostos a burnout e com maior satisfação profissional tendem a apresentar melhores condições para prestar cuidados seguros, humanizados, eficazes e centrados na pessoa.

A supervisão clínica favorece a análise reflexiva da prática, a partilha de dificuldades, a identificação de riscos, o desenvolvimento de competências e a melhoria da tomada de decisão. Estes elementos podem contribuir para reduzir erros, melhorar a comunicação, fortalecer a relação terapêutica e promover uma cultura de segurança. Neste sentido, os resultados articulam-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, particularmente nas dimensões da satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Rocha et al. (2021) destacam a relevância da competência emocional no exercício profissional, sugerindo que enfermeiros com maior capacidade de reconhecer, regular e mobilizar emoções podem estabelecer relações terapêuticas mais consistentes e prestar cuidados mais humanizados. Embora o estudo não tenha identificado diferenças estatisticamente significativas atribuíveis à supervisão, reforça a importância da dimensão emocional para a qualidade da prática.

4. Discussão

Os resultados desta revisão integrativa permitem compreender a função restaurativa da supervisão clínica como uma dimensão central para a promoção do bem-estar dos enfermeiros e, indiretamente, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao utente. Embora a supervisão clínica

seja frequentemente valorizada pelas suas funções formativa e normativa, os estudos analisados reforçam que o suporte emocional, a reflexão sobre experiências difíceis e a prevenção do burnout são componentes fundamentais da prática supervisiva em enfermagem (Proctor, 1986; Butterworth & Faugier, 1992; Doody et al., 2024).

Um primeiro achado relevante prende-se com a associação entre supervisão clínica eficaz e menor burnout. Sellers et al. (2025) evidenciam que a supervisão clínica se associa a menor exaustão emocional, sugerindo que a qualidade, frequência e duração da supervisão podem influenciar o seu impacto restaurativo. Este resultado é particularmente importante num contexto em que o burnout tem sido associado a menor bem-estar profissional, maior intenção de abandono, redução da qualidade dos cuidados e maior risco para a segurança do utente (Tawfik et al., 2023; Salgado et al., 2025).

A supervisão restaurativa pode, assim, ser entendida como uma estratégia de proteção psicossocial no trabalho. Ao oferecer um espaço para partilha de experiências, validação emocional, reflexão e apoio entre pares, a supervisão permite que os enfermeiros processem situações clínicas emocionalmente exigentes e desenvolvam estratégias para lidar com o stress. Esta função é particularmente relevante em contextos de elevada pressão assistencial, nos quais o desgaste emocional tende a acumular-se e a comprometer a capacidade de cuidar. Os resultados de Sundgren et al. (2021) reforçam esta interpretação, ao demonstrarem que os grupos de prática reflexiva se associam a melhores indicadores de qualidade de vida profissional, incluindo autoeficácia, autonomia, suporte social e menor burnout. Estes achados sugerem que o valor da supervisão restaurativa não se limita à diminuição de indicadores negativos, como o stress ou a exaustão, mas inclui também o fortalecimento de recursos profissionais positivos. A supervisão pode, deste modo, promover sentimentos de competência, controlo, pertença e apoio, que são essenciais para a sustentabilidade do exercício profissional.

A supervisão em grupo de pares, descrita por Doody et al. (2024), parece particularmente relevante neste domínio. Ao criar um espaço relacional menos hierarquizado, esta modalidade favorece a partilha de dificuldades, a normalização de experiências emocionalmente exigentes e a construção coletiva de estratégias de coping. Estes processos podem contribuir para reforçar a confiança, a resiliência e o desenvolvimento profissional, funcionando como mecanismo de suporte emocional e de aprendizagem colaborativa. Contudo, a evidência analisada mostra que os benefícios da função restaurativa não são automáticos. Ryu et al. (2025) demonstram que a supervisão clínica é percecionada como suporte emocional, mas a sua eficácia depende fortemente das condições organizacionais em que é implementada. A falta de tempo, recursos insuficientes, fraca valorização institucional e culturas organizacionais pouco favoráveis podem transformar a supervisão numa prática irregular, informal e pouco efetiva. Assim, a função restaurativa não depende apenas da vontade dos profissionais, mas da existência de estruturas institucionais que a reconheçam e sustentem. Este achado é relevante porque desloca a discussão da supervisão de uma responsabilidade individual para uma responsabilidade organizacional. Para que a supervisão restaurativa tenha impacto no bem-estar dos enfermeiros, é necessário garantir tempo protegido, formação dos supervisores, regularidade das sessões, confidencialidade, objetivos claros e compromisso institucional. Sem estas condições, a supervisão

corre o risco de ser percecionada como mais uma exigência laboral, em vez de constituir um espaço efetivo de suporte e recuperação emocional.

A cultura organizacional constitui, neste contexto, um determinante central. Ambientes de trabalho caracterizados por comunicação aberta, confiança, reconhecimento, segurança psicológica e liderança apoiadora tendem a favorecer a efetividade da supervisão clínica. Pelo contrário, culturas centradas na culpabilização, no controlo ou na desvalorização do sofrimento profissional podem limitar a partilha de dificuldades e reduzir o potencial restaurativo da supervisão (Carvalho et al., 2021; Edgar et al., 2021; Sherman & Cohn, 2023).

A relação entre supervisão restaurativa e qualidade dos cuidados deve ser interpretada sobretudo como uma relação mediada pelo bem-estar profissional. Enfermeiros com menor exaustão emocional, maior suporte social, maior autoeficácia e maior satisfação profissional tendem a estar mais disponíveis para comunicar, refletir, tomar decisões seguras e estabelecer relações terapêuticas humanizadas. Face ao exposto, a função restaurativa da supervisão pode contribuir para a qualidade dos cuidados ao fortalecer as condições emocionais e profissionais necessárias para cuidar com segurança e intencionalidade (Sundgren et al., 2021; Doody et al., 2024; Sellers et al., 2025). Esta interpretação articula-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001), particularmente no que respeita à satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem. A supervisão clínica pode apoiar estes padrões ao promover análise crítica da prática, identificação precoce de riscos, desenvolvimento de competências, comunicação efetiva e melhoria contínua dos processos de cuidado. Apesar disso, importa reconhecer que a evidência incluída não permite afirmar uma relação causal direta entre função restaurativa da supervisão e melhoria dos resultados dos utentes. A maioria dos estudos analisados centra-se em perceções dos profissionais, indicadores de bem-estar, burnout, satisfação ou qualidade de vida profissional. Assim, embora seja plausível que o bem-estar dos enfermeiros influencie a qualidade dos cuidados, são necessários estudos futuros que avaliem de forma mais direta indicadores assistenciais, segurança do utente, satisfação dos utentes e resultados clínicos associados à implementação de modelos restaurativos de supervisão.

Outro aspeto relevante prende-se com a competência emocional. Rocha et al. (2021) destacam a relação entre satisfação profissional e competência emocional, sugerindo que a capacidade de reconhecer, compreender e gerir emoções pode influenciar a qualidade da relação terapêutica e o bem-estar profissional. Esta dimensão é coerente com a literatura que valoriza a inteligência emocional, a liderança relacional e a comunicação como elementos relevantes para ambientes clínicos saudáveis e seguros (Codier et al., 2013; Silva, 2022; Tawfik et al., 2023). A função restaurativa da supervisão pode, portanto, contribuir para o desenvolvimento emocional dos enfermeiros, ao criar oportunidades de reflexão sobre experiências clínicas, reações emocionais, conflitos e dificuldades relacionais. Esta dimensão aproxima a supervisão de uma prática de autocuidado profissional e de responsabilidade organizacional, uma vez que cuidar dos profissionais é também uma condição para cuidar melhor dos utentes.

As implicações para a prática são claras. As organizações de saúde devem reconhecer a supervisão clínica, particularmente a sua função restaurativa, como uma estratégia de promoção do bem-estar profissional, prevenção do burnout e melhoria da qualidade dos cuidados. Para tal, devem ser definidos modelos estruturados de supervisão, com tempo protegido, periodicidade regular, supervisores preparados, confidencialidade, avaliação contínua e integração nas políticas de qualidade e segurança. Importa ainda considerar que a supervisão restaurativa deve ser articulada com outras estratégias organizacionais de promoção do bem-estar. Isoladamente, a supervisão não resolve problemas estruturais como défice de recursos humanos, sobrecarga assistencial, liderança inadequada ou culturas punitivas. No entanto, quando integrada numa cultura organizacional de apoio, segurança e aprendizagem, pode constituir um recurso relevante para fortalecer profissionais, equipas e cuidados.

A presente revisão apresenta algumas limitações. O número de estudos incluídos foi reduzido, apenas cinco, e os desenhos metodológicos foram heterogéneos, incluindo estudos qualitativos, transversais e descritivo-correlacionais. Além disso, parte da evidência incide sobre supervisão clínica em sentido amplo, não isolando exclusivamente a função restaurativa. Esta limitação dificulta a delimitação precisa dos efeitos atribuíveis à dimensão restaurativa da supervisão. Acresce que a maioria dos estudos utiliza medidas autorreportadas, o que pode introduzir viés de perceção. Apesar destas limitações, os resultados permitem identificar uma tendência consistente: a função restaurativa da supervisão clínica contribui para o bem-estar dos enfermeiros ao oferecer suporte emocional, promover reflexão, reforçar recursos pessoais e profissionais e ajudar a prevenir o burnout. Estes benefícios podem repercutir-se positivamente na qualidade dos cuidados, desde que a supervisão seja implementada de forma estruturada, regular e sustentada por uma cultura institucional favorável.

À luz da evidência analisada, a função restaurativa da supervisão clínica deve ser entendida como componente essencial da qualidade assistencial. Cuidar do bem-estar dos enfermeiros não constitui uma dimensão acessória da gestão dos cuidados, mas uma condição para práticas mais seguras, humanas e sustentáveis. A implementação consistente de modelos restaurativos de supervisão poderá contribuir para profissionais mais apoiados, equipas mais resilientes e cuidados mais centrados na pessoa.

5. Referências bibliográficas

- Butterworth, T., & Faugier, J. (Eds.). (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7228-6>
- Carvalho, P. A., Amorim, F. F., Casulari, L. A., & Gottems, L. B. D. (2021). Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. *Revista de Saúde Pública*, 55, 56. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002838>
- Codier, E., Freitas, B., & Muneno, L. (2013). Developing emotional intelligence ability in oncology nurses: A clinical rounds approach. *Oncology Nursing Forum*, 40(1).
- Doody, O., O'Donnell, C., Murphy, L., Turner, J., & Markey, K. (2024). The establishment and value of peer group clinical supervision: A qualitative study of stakeholders' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 4061–4076. <https://doi.org/10.1111/jocn.17315>
- Edgar, D., Middleton, R., Kalchbauer, S., Wilson, V., & Hinder, C. (2021). Safety attitudes build safety culture: Nurse/midwife leaders improving health care using quantitative data. *Journal of Nursing Management*, 29, 2433–2443. <https://doi.org/10.1111/jonm.13444>

- Mota de Sousa, L. M., Furtado Firmino, C., Alves Marques-Vieira, C. M., Silva Pedro Severino, S., & Castelão Figueira Carlos Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: Tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–55.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018: Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pires, R., & Santos, M. R. (2022). Supervisão clínica em enfermagem: Representações de enfermeiros dos cuidados de saúde primários (1.ª ed.). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.971220104>
- Proctor, B. (1986). Supervision: A co-operative exercise in accountability, enabling and ensuring. National Youth Bureau, Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Rocha, I., Barroso Pinto, C., & Carvalho, A. L. (2021). Satisfação profissional e competência emocional dos enfermeiros em serviços de internamento hospitalar. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 16, 103–110. <https://doi.org/10.29352/MILL0216.24955>
- Ryu, H., Hamilton, B., Naccarella, L., & Buus, N. (2025). Understanding the contexts where clinical supervision is implemented: An interview study. *Journal of Nursing Management*, 2025, 9963345.
<https://doi.org/10.1155/jonm/9963345>
- Salgado, R., Sampaio, F., Jubin, J., Delmas, P., Bachmann, A. O., Gilles, I., & Bucher, C. O. (2025). Quality of life and professional wellbeing of Portuguese nurses during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 25(1), 787. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22037-3>
- Sellers, E., Craven-Staines, S., & Vaughan, C. (2025). Clinical supervision effectiveness in NHS nursing, medical and allied health professionals: Exploring interaction with workplace factors, supervision factors and burnout. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(5), e14149. <https://doi.org/10.1111/jep.14149>
- Sherman, R. O., & Cohn, T. M. (2023). Assessing unit culture. *American Nurse Journal*, 18(2), 28–32.
<https://doi.org/10.51256/anj022328>
- Silva, T. (2022). Emotional awareness and emotional intelligence. *British Journal of Community Nursing*, 27(12), 573–574.
- Sundgren, M. K., Dawber, C., Millear, P. M., & Medoro, L. (2021). Reflective practice groups and nurse professional quality of life. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(4).
<https://doi.org/10.37464/2020.384.355>
- Tawfik, D. S., Adair, K. C., Palassof, S., Sexton, J. B., Levoy, E., Frankel, A., Leonard, M., Proulx, J., & Profit, J. (2023). Leadership behavior associations with domains of safety culture, engagement, and health care worker well-being. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 49(3), 156–165.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.12.006>

Capítulo 12. Cultura organizacional e implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem

Ana Sofia Bolinhas Paulino

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Medicina 2, Évora, Portugal

Catarina Martins Almodôvar

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Medicina 2, Évora, Portugal.

Sónia Isabel Godinho Queimado

Unidade de Cuidados Continuados Inácio Coelho Perdigão, Reguengos de Monsaraz, Portugal

Elisabete Alves

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Maria Otília Brites Zangão

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem é profundamente influenciada pela cultura organizacional, pelas condições de trabalho, pelo suporte da liderança e pelo reconhecimento institucional da prática supervisiva. Embora a supervisão clínica seja amplamente reconhecida como estratégia de suporte profissional, reflexão crítica, desenvolvimento de competências e melhoria da qualidade dos cuidados, a sua integração nos contextos de prática depende fortemente das condições organizacionais em que ocorre.

A cultura organizacional pode ser entendida como o conjunto de valores, normas, crenças, práticas e formas de relacionamento que orientam o funcionamento de uma organização e influenciam os comportamentos profissionais. No contexto da supervisão clínica, esta cultura condiciona a forma como os enfermeiros percebem a supervisão, aderem aos processos supervisivos, partilham dificuldades, recebem feedback e participam em espaços de reflexão sobre a prática (Aldhafeeri, 2024; Snowdon et al., 2020).

A implementação da supervisão clínica tende a ser favorecida por culturas organizacionais baseadas em aprendizagem contínua, segurança psicológica, colaboração, confiança, suporte da liderança e valorização profissional. Nestes contextos, a supervisão é entendida como uma prática legítima e integrada no trabalho clínico, e não como uma atividade acessória ou meramente avaliativa. Pelo contrário, culturas hierárquicas, punitivas ou excessivamente centradas no controlo podem dificultar a comunicação aberta, reduzir a participação dos profissionais e limitar o potencial reflexivo e restaurativo da supervisão clínica (Edmondson, 1999; Rothwell et al., 2021; Ryu et al., 2024, 2025).

Apesar do reconhecimento da cultura organizacional como fator determinante, a evidência sobre a forma como esta influencia concretamente a implementação da supervisão clínica permanece dispersa. Assim, torna-se pertinente mapear os fatores estruturais, relacionais e organizacionais que condicionam ou facilitam a implementação da supervisão clínica nos serviços de enfermagem. Neste sentido, este capítulo tem como objetivo mapear a evidência científica sobre a influência da cultura organizacional na implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem.

2. Métodos

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre a influência da cultura organizacional na implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem. Este desenho metodológico foi considerado adequado, uma vez que permite identificar a extensão, natureza e características da evidência disponível, clarificar conceitos, mapear fatores associados ao fenómeno em estudo e identificar lacunas de investigação.

A revisão foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para *scoping reviews* e reportada segundo a checklist PRISMA-ScR — *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018).

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na mnemónica PCC: Participantes, Conceito e Contexto. Os participantes corresponderam a enfermeiros, independentemente da área de exercício ou experiência profissional, tendo sido excluídos estudantes de enfermagem e outros profissionais de saúde. O conceito centrou-se na influência da cultura organizacional na implementação da supervisão clínica em enfermagem. O contexto incluiu serviços e contextos clínicos de enfermagem. Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de revisão: qual a influência da cultura organizacional na implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem?

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida em três etapas, de acordo com as recomendações metodológicas do JBI. Numa primeira etapa, realizou-se uma pesquisa preliminar nas bases de dados CINAHL e MEDLINE Ultimate, com o objetivo de identificar palavras-chave, termos indexados e sinónimos relevantes. Numa segunda etapa, a pesquisa foi executada a 12 de março de 2026 nas bases de dados CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate, PubMed e Web of Science. Numa terceira etapa, procedeu-se à análise das listas de referências dos estudos incluídos, com vista à identificação de publicações adicionais potencialmente relevantes. Foi ainda pesquisada literatura cinzenta no Google Scholar e no RCAAP. As estratégias de pesquisa foram adaptadas às especificidades de cada base de dados, combinando termos relacionados com preceptoria ou supervisão clínica, enfermagem e cultura organizacional. As estratégias completas de pesquisa encontram-se apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Estratégia de pesquisa por base de dados.

Base de dados	Estratégia de pesquisa
CINAHL Ultimate	(MM "Preceptorship" OR "Preceptorship" OR "Clinical Supervision" OR "Nursing Supervision") AND (MM "Nurses" OR "Nurs*") AND (MM "Organizational Culture" OR "Organizational Culture" OR "Workplace Culture")
MEDLINE Ultimate	(MH "Preceptorship" OR "Preceptorship" OR "Clinical Supervision" OR "Nursing Supervision") AND (MH "Nurses" OR "Nurs*") AND (MH "Organizational Culture" OR "Organizational Culture" OR "Workplace Culture")
Web of Science	("Preceptorship" OR "Clinical Supervision" OR "Nursing Supervision") AND ("Nurs*") AND ("Organizational Culture" OR "Workplace Culture")

Foram considerados elegíveis estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, revisões da literatura e literatura cinzenta pertinente, publicados entre 2021 e 2026, em português, espanhol ou inglês, que abordassem a influência da cultura organizacional, ambiente de trabalho, liderança, suporte institucional, segurança psicológica, recursos ou fatores estruturais e relacionais na implementação da supervisão clínica em enfermagem. Foram excluídos estudos centrados exclusivamente em estudantes de enfermagem, estudos envolvendo apenas outros profissionais de saúde, estudos sem relação explícita com supervisão clínica em enfermagem ou estudos que não abordassem fatores organizacionais relacionados com a sua implementação.

Após a pesquisa, todas as referências identificadas foram importadas para o Rayyan®, onde se procedeu à remoção de duplicados e à organização da triagem. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, através da leitura dos títulos e resumos, seguida da avaliação dos textos integrais dos artigos potencialmente elegíveis. As discordâncias foram resolvidas com recurso

a um terceiro revisor, e as razões para exclusão na fase de texto integral foram registadas no fluxograma PRISMA-ScR.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma tabela estruturada construída para esta revisão. Foram extraídos dados relativos a autor, ano, país, título, objetivo, desenho do estudo, participantes, contexto, conceitos relevantes, barreiras e facilitadores organizacionais e principais implicações para a implementação da supervisão clínica. Os resultados foram sintetizados através de análise descritiva e agrupamento temático, privilegiando o mapeamento de barreiras, facilitadores e resultados associados à implementação da supervisão clínica.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa identificou 666 registos nas bases de dados consultadas: 617 na PubMed, 44 na CINAHL Ultimate, dois na MEDLINE Ultimate e três na Web of Science. Não foram identificados estudos adicionais elegíveis através da literatura cinzenta ou da análise das listas de referências. Após a remoção de oito registos duplicados ou com títulos irrelevantes, permaneceram 658 registos para triagem. A leitura dos títulos e resumos conduziu à exclusão de 642 publicações por apresentarem informação irrelevante para o tema ou por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos. Foram avaliadas 16 publicações em texto integral, das quais oito foram excluídas: três por divergência temática, duas por não corresponderem aos participantes definidos e três por metodologia inadequada. No total, oito estudos cumpriram os critérios de inclusão e foram integrados na *scoping review*. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos oito estudos publicados entre 2021 e 2026. Observou-se predomínio de estudos realizados na Austrália, com quatro publicações, seguindo-se Canadá, Singapura, África do Sul e Irlanda. Esta distribuição revela uma concentração geográfica da produção científica em países anglófonos, não tendo sido identificados estudos portugueses na amostra final.

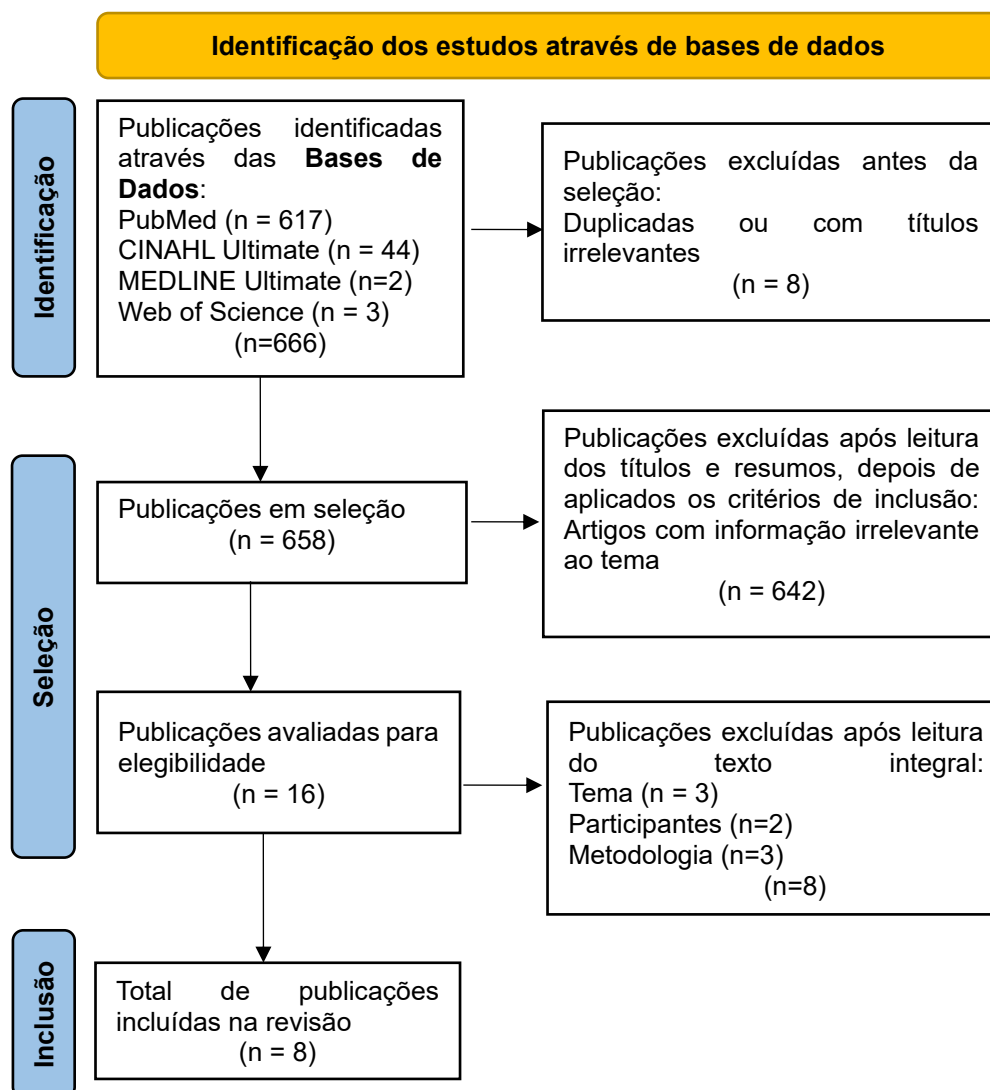


Figura 1. Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção dos estudos.

Quanto ao desenho metodológico, predominaram estudos qualitativos, com quatro publicações. Foram ainda incluídos um estudo quantitativo transversal, um estudo de metodologia mista e duas *scoping reviews*. Em conjunto, os estudos permitiram mapear barreiras, facilitadores e resultados associados à implementação da supervisão clínica em diferentes contextos clínicos, incluindo serviços de saúde mental, cuidados de saúde primários, obstetrícia, hospitais de cuidados agudos e contextos de gestão clínica. A síntese dos estudos incluídos encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Mapeamento da evidência sobre a influência da cultura organizacional na implementação da supervisão clínica em enfermagem.

Estudo	País	Desenho/ população	Contexto/ foco	Barreiras e facilitadores organizacionais	Implicações para a implementação da supervisão clínica em enfermagem
Read et al. (2026)	Canadá	Estudo qualitativo descritivo; 24 enfermeiros educadores clínicos	Hospitais públicos de cuidados agudos; experiências de enfermeiros educadores/supervisores clínicos	Ambiguidade de papéis; sobrecarga de trabalho; excesso de tarefas administrativas; conflito interpessoal; falta de reconhecimento; cultura positiva vs. tóxica; necessidade de apoio da gestão	A clareza de funções e o apoio institucional são determinantes para a eficácia e sustentabilidade da supervisão clínica
Ryu et al. (2025)	Austrália	Estudo qualitativo; 12 enfermeiros de saúde mental	Serviços públicos de saúde mental; percepções sobre supervisão clínica e ambiente de trabalho	Escassez de pessoal; elevada carga horária; rotatividade; ausência de tempo protegido; sobreposição de papéis; cultura hierárquica e de controle; supervisão percebida como gestão de desempenho	A cultura organizacional condiciona diretamente o modo como a supervisão é aceite, praticada e mantida
McDonough et al. (2025)	Austrália	<i>Scoping review</i> ; 28 estudos primários	Enfermagem de saúde mental; relação entre supervisão clínica e resultados profissionais	Falta de tempo; sobrecarga; turnos; medo de punição; supervisão entendida como avaliação de desempenho; importância da confiança e segurança psicológica	A segurança psicológica e a confiança relacional são condições essenciais para efeitos positivos da supervisão
Ong et al. (2021)	Singapura	Estudo qualitativo descritivo; 14 preceptores	Cuidados de saúde primários; experiências de enfermeiros orientadores	Falta de reconhecimento formal; ausência de incentivos; falta de feedback; sobrecarga; ausência de tempo protegido; défice de formação; apoio insuficiente; cultura de confiança como facilitador	A supervisão é mais eficaz quando a organização a reconhece como parte integrante da prática e não como tarefa adicional
Hamilton et al. (2025)	Austrália	Estudo quantitativo transversal; 366 enfermeiros	Serviços de saúde mental; implementação da supervisão clínica e apoio organizacional	Falta de tempo protegido; recursos insuficientes; trabalho por turnos; foco administrativo da gestão; resistência organizacional à mudança; formação adequada e priorização organizacional como facilitadores	A implementação formal e programática da supervisão melhora a percepção de apoio organizacional e favorece maior adesão
Shongwe et al. (2024)	África do Sul	Estudo misto; 127 enfermeiros gestores	Hospital universitário; experiências de gestores operacionais de enfermagem	Ausência de diretrizes padronizadas; escassez de recursos; sobrecarga administrativa; formação deficiente; cultura de fiscalização e procura do erro; bullying; falta de confiança	A ausência de normas e suporte institucional favorece uma cultura punitiva que compromete a supervisão clínica
Doody et al. (2024)	Irlanda	Estudo qualitativo descritivo; 24 participantes	Serviços de obstetrícia; supervisão clínica de grupo entre pares	Falta de tempo protegido; escassez de recursos humanos; resistência ao papel de supervisor; falta de espaços físicos adequados; apoio da gestão como facilitador	O compromisso organizacional e a integração da supervisão no planeamento do trabalho favorecem a sua sustentabilidade

Estudo	País	Desenho/ população	Contexto/ foco	Barreiras e facilitadores organizacionais	Implicações para a implementação da supervisão clínica em enfermagem
Ryu et al. (2024)	Austrália	Scoping review; 16 estudos	Contextos hospitalares, cuidados primários e saúde mental; fatores que influenciam a implementação	Trabalho por turnos; ausência de tempo protegido; sobrecarga; falta de apoio da gestão direta; ausência de espaços privados; supervisão vista como avaliativa; apoio dos pares e liderança ativa como facilitadores	A implementação depende da combinação entre liderança, apoio organizacional, tempo protegido e cultura relacional segura

3.3. Componentes estruturais da cultura organizacional

A análise temática evidenciou que os componentes estruturais da cultura organizacional constituem barreiras ou facilitadores decisivos para a implementação da supervisão clínica. Entre as barreiras mais recorrentes destacaram-se a ausência de tempo protegido, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais, o excesso de tarefas administrativas, o trabalho por turnos, a ausência de espaços físicos privados, a falta de reconhecimento formal do papel de supervisor e a inexistência de políticas ou diretrizes padronizadas.

A ausência de tempo protegido foi identificada em vários estudos como um dos principais obstáculos à implementação da supervisão clínica. Quando não existe tempo formalmente alocado para supervisão, esta tende a ser percecionada como uma atividade adicional, dependente da disponibilidade individual dos profissionais e vulnerável às pressões assistenciais. Esta limitação foi particularmente evidente nos estudos de Doody et al. (2024), Hamilton et al. (2025), McDonough et al. (2025), Ong et al. (2021) e Ryu et al. (2024, 2025).

A sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e o excesso de tarefas administrativas também surgiram como fatores estruturais relevantes. Estes fatores reduzem a disponibilidade dos enfermeiros para participar em sessões de supervisão, limitam a continuidade do processo e dificultam a criação de relações supervisivas consistentes. A falta de reconhecimento formal e de incentivos para o exercício do papel de supervisor contribui ainda para que a supervisão seja entendida como tarefa “extra”, pouco valorizada pela organização.

3.4. Componentes relacionais: confiança, segurança psicológica e poder

Os componentes relacionais da cultura organizacional surgiram como dimensão central na implementação da supervisão clínica. A confiança, o suporte entre pares, a colaboração interdisciplinar, a comunicação aberta e a segurança psicológica foram identificados como facilitadores da adesão à supervisão e da participação reflexiva dos enfermeiros.

Em sentido inverso, culturas hierárquicas, centradas no controlo, na fiscalização ou na punição, foram descritas como barreiras relevantes. Nestes contextos, a supervisão clínica pode ser interpretada como avaliação de desempenho, mecanismo de controlo ou procura de erro, o que gera receio, defensividade e menor abertura para a partilha de dificuldades. A ambiguidade de papéis, em particular quando gestores acumulam funções supervisivas, pode comprometer a confiança e limitar a segurança psicológica necessária ao processo supervisivo.

Os estudos incluídos sugerem que a supervisão clínica exige um ambiente relacional seguro, no qual os profissionais possam refletir sobre dificuldades, erros, dilemas e experiências emocionalmente exigentes sem medo de represálias. Esta dimensão foi particularmente evidenciada por McDonough et al. (2025), Ryu et al. (2024, 2025) e Shongwe et al. (2024), que associaram culturas punitivas ou hierárquicas à redução da adesão e da efetividade da supervisão.

3.5. Componentes de resultado: bem-estar, segurança e retenção

A implementação efetiva da supervisão clínica foi associada a resultados positivos para os enfermeiros, para as equipas e para as organizações. Entre os principais resultados identificados destacam-se a redução do burnout e do stress, o aumento da satisfação profissional, a maior resiliência, a melhoria da perceção de apoio organizacional, o reforço da segurança do doente, a melhoria da qualidade dos cuidados e a redução da rotatividade. A supervisão clínica eficaz parece contribuir para o bem-estar dos enfermeiros ao oferecer um espaço de suporte, reflexão e partilha, reduzindo o isolamento e promovendo maior perceção de valorização pela organização. Em alguns estudos, a supervisão foi também associada à intenção de permanecer na organização, sugerindo possível contributo para a retenção de enfermeiros.

No plano organizacional, a supervisão clínica foi descrita como potencial estratégia de melhoria da qualidade e segurança, ao promover reflexão sobre a prática, adesão a boas práticas, comunicação, desenvolvimento profissional e cultura de segurança. Contudo, estes resultados dependem da existência de condições estruturais e relacionais que sustentem a implementação da supervisão de forma regular, formal e integrada.

3.6. Síntese temática dos resultados

A análise temática dos estudos incluídos permitiu organizar os resultados em três domínios principais: componentes estruturais, componentes relacionais e componentes de resultado. Esta síntese encontra-se apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Síntese temática dos fatores associados à implementação da supervisão clínica em enfermagem.

Componentes Estruturais	Subdimensões mapeadas
Gestão de tempo e sobrecarga	Falta de tempo protegido (Doody et al., 2024; Hamilton et al., 2025; McDonough et al., 2025; Ong et al., 2021; Ryu et al., 2024, 2025), elevada carga horária (Doody et al., 2024; McDonough et al., 2025; Ong et al., 2021; Read et al., 2026; Ryu et al., 2024, 2025) e excesso de tarefas administrativas (Hamilton et al., 2025; Read et al., 2026; Shongwe et al., 2024) retiram o foco da supervisão clínica em enfermagem.
Desenvolvimento profissional e progressão	Formação deficiente (Hamilton et al., 2025; Ong et al., 2021), falta de reconhecimento formal (Ong et al., 2021; Read et al., 2026) e ausência de incentivos monetários (Ong et al., 2021) fazem com que o papel de supervisor seja considerado um “extra”.
Recursos humanos e materiais	Escassez de recursos humanos (Doody et al., 2024; Hamilton et al., 2025; Ryu et al., 2024; Shongwe et al., 2024), elevada rotatividade (Ryu et al., 2025), ausência de espaços físicos privados que garantam a confidencialidade (Doody et al., 2024; Ryu et al., 2024) e trabalho por turnos (McDonough et al., 2025; Ryu et al., 2024), constituem-se como barreiras à implementação da supervisão clínica em enfermagem.
Liderança e gestão organizacional	Falta de apoio da gestão de topo e intermédia (Doody et al., 2024; Read et al., 2026; Ryu et al., 2024), resistência organizacional à mudança (Hamilton et al., 2025) e ausência de políticas claras e diretrizes padronizadas (Hamilton et al., 2025; Shongwe et al., 2024) constituem barreiras à implementação da supervisão clínica em enfermagem.
Componentes Relacionais	Subdimensões mapeadas

Componentes Estruturais	Subdimensões mapeadas
Colaboração interprofissional e suporte	Cultura de confiança e apoio entre pares facilitam a aprendizagem e a transferência de conhecimento (McDonough et al., 2025; Ong et al., 2021; Read et al., 2026; Ryu et al., 2024). Ausência de feedback de desempenho enquanto supervisão constitui uma barreira à supervisão clínica em enfermagem efetivo (Ong et al., 2021).
Gestão de conflitos	Ambientes de trabalho de elevado stress que facilitem comportamentos de bullying e incivildade geram toxicidade e impedem a exposição vulnerável necessária à supervisão clínica em enfermagem (Shongwe et al., 2024).
Dinâmicas de poder	Ambiguidade de papéis (gestor que atua como supervisor) (Read et al., 2026; Ryu et al., 2025), cultura organizacional hierárquica e de controlo (Ryu et al., 2025), clima de medo de punição (McDonough et al., 2025), cultura da procura do erro (Shongwe et al., 2024) e interpretação da supervisão clínica em enfermagem como avaliação de desempenho (McDonough et al., 2025; Ryu et al., 2024, 2025) geram barreiras intransponíveis.
Componentes de Resultado	Subdimensões mapeadas
Impacto no bem-estar dos enfermeiros	Supervisão clínica em enfermagem como ferramenta capaz de reduzir o burnout e o stress, aumentando a resiliência e a satisfação no trabalho (Ong et al., 2021; Ryu et al., 2025).
Segurança do doente e qualidade dos cuidados	Supervisão clínica em enfermagem eficaz promove uma maior segurança do doente e a prestação de cuidados de qualidade (Hamilton et al., 2025).
Retenção de enfermeiros	A implementação efetiva da supervisão clínica em enfermagem está associada à redução da rotatividade e aumento da intenção de permanecer na organização (Ryu et al., 2025).

4. Discussão

Os resultados desta *scoping review* evidenciam que a implementação efetiva da supervisão clínica em enfermagem depende da articulação entre condições estruturais, relações de trabalho, estilos de liderança e valores organizacionais. A cultura organizacional não atua apenas como pano de fundo, mas como um fator ativo que molda a forma como a supervisão é compreendida, aceite, praticada e sustentada nos serviços de enfermagem (Aldhafeeri, 2024; Ryu et al., 2024, 2025).

Um primeiro achado relevante prende-se com o peso dos fatores estruturais. A ausência de tempo protegido, a sobrecarga de trabalho, o excesso de tarefas administrativas, o trabalho por turnos e a escassez de recursos humanos foram consistentemente identificados como barreiras à implementação da supervisão clínica. Estes resultados sugerem que a supervisão tende a perder prioridade quando os serviços funcionam predominantemente orientados para a resposta imediata às exigências assistenciais e administrativas (Doody et al., 2024; Hamilton et al., 2025; McDonough et al., 2025; Ong et al., 2021; Read et al., 2026; Ryu et al., 2024, 2025; Shongwe et al., 2024). Estes constrangimentos não devem ser interpretados apenas como dificuldades logísticas. Pelo contrário, traduzem uma cultura organizacional em que a prática reflexiva, o suporte profissional e o desenvolvimento contínuo são frequentemente subordinados à produtividade e ao cumprimento de tarefas. Quando a supervisão clínica é implementada sem tempo protegido, espaços adequados ou reconhecimento formal, tende a ser percecionada como uma tarefa adicional, dependente da motivação individual dos profissionais, e não como uma componente legítima da prática clínica (Ong et al., 2021; Rothwell et al., 2021).

A liderança e o suporte da gestão emergem como condições determinantes. Os estudos incluídos mostram que a falta de apoio da gestão de topo e intermédia, a ausência de políticas claras, a

resistência organizacional à mudança e a inexistência de diretrizes padronizadas comprometem a continuidade da supervisão clínica (Hamilton et al., 2025; Read et al., 2026; Shongwe et al., 2024). Estes achados reforçam a necessidade de integrar a supervisão clínica nas políticas institucionais, nos horários de trabalho, nos planos de desenvolvimento profissional e nos sistemas de qualidade e segurança.

A formação dos supervisores constitui outro fator crítico. A evidência analisada sugere que a experiência clínica, por si só, não garante competência supervisiva. A supervisão clínica exige competências relacionais, comunicacionais, reflexivas, pedagógicas e éticas, bem como capacidade para gerir grupos, facilitar feedback e promover reflexão sobre a prática. A ausência de formação específica e de reconhecimento formal do papel de supervisor contribui para fragilizar a função supervisiva e para reduzir a sua qualidade (Ong et al., 2021; Rothwell et al., 2021; Hamilton et al., 2025).

No plano relacional, a confiança e a segurança psicológica surgem como mecanismos centrais da efetividade da supervisão clínica. Ambientes organizacionais baseados em apoio, colaboração e comunicação aberta favorecem a partilha de experiências, o feedback construtivo e a reflexão crítica. Esta interpretação é coerente com Edmondson (1999), que conceptualiza a segurança psicológica como condição necessária para que os profissionais possam expressar dúvidas, discutir erros e participar em processos de aprendizagem sem receio de punição. Pelo contrário, culturas hierárquicas, punitivas ou centradas na fiscalização comprometem a participação dos enfermeiros nos processos supervisivos. Quando a supervisão é percebida como avaliação de desempenho, controlo ou procura de erro, os profissionais tendem a adotar posturas defensivas, reduzindo a abertura necessária à reflexão crítica e à aprendizagem organizacional (McDonough et al., 2025; Ryu et al., 2024, 2025; Shongwe et al., 2024). Assim, a cultura organizacional pode transformar a supervisão num espaço de desenvolvimento ou, inversamente, num dispositivo percebido como ameaça.

A ambiguidade de papéis constitui uma barreira particularmente relevante. Quando gestores acumulam funções de supervisão, os profissionais podem ter dificuldade em distinguir entre apoio reflexivo, avaliação, monitorização e controlo. Esta sobreposição tende a comprometer a confiança e a limitar a segurança psicológica do supervisionado. Rothwell et al. (2021) discutem esta problemática e sugerem a importância de clarificar funções supervisivas, distinguindo papéis de desenvolvimento profissional de papéis de monitorização hierárquica.

Os resultados também evidenciam que a supervisão clínica pode gerar benefícios relevantes quando inserida em culturas organizacionais favoráveis. Entre os resultados identificados destacam-se a redução do burnout e do stress, o aumento da satisfação profissional, a melhoria da resiliência, a redução da rotatividade, a perceção de maior apoio organizacional e a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados (Hamilton et al., 2025; Ong et al., 2021; Ryu et al., 2025; Snowdon et al., 2020). Estes benefícios parecem depender da capacidade da organização para integrar equilibradamente as funções formativa, normativa e restaurativa da supervisão clínica. A função formativa requer tempo e espaço para aprendizagem e desenvolvimento profissional; a função normativa exige clareza de padrões, responsabilidades e qualidade; e a função restaurativa depende de relações seguras, apoio

emocional e confiança. Quando a cultura organizacional privilegia apenas o controlo ou a produtividade, este equilíbrio fica comprometido, limitando o impacto da supervisão (Howatson-Jones, 2003; Wallbank & Hatton, 2011).

A leitura integrada dos resultados sugere, portanto, que a implementação da supervisão clínica não deve ser entendida como uma iniciativa técnica ou isolada. Trata-se de um processo organizacional que exige alinhamento entre liderança, políticas institucionais, recursos, tempo protegido, formação, comunicação, suporte emocional e segurança psicológica. A supervisão clínica apenas se torna sustentável quando deixa de depender da disponibilidade individual e passa a ser reconhecida como componente estrutural da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento profissional (Rothwell et al., 2021; Ryu et al., 2024; Tulleners et al., 2023).

As implicações para a prática são claras. As organizações de saúde devem criar condições formais para a implementação da supervisão clínica, incluindo tempo protegido, formação de supervisores, espaços físicos adequados, diretrizes claras, distinção entre supervisão e avaliação de desempenho, apoio explícito da liderança e mecanismos de monitorização da implementação. A integração da supervisão nos planos de trabalho e nas políticas de qualidade pode contribuir para maior adesão, continuidade e legitimidade.

A interpretação destes achados deve considerar algumas limitações. A revisão incluiu apenas estudos publicados em português, espanhol e inglês, e a pesquisa foi realizada num conjunto delimitado de bases de dados. Observou-se ainda reduzida diversidade geográfica, com predominância de estudos desenvolvidos em países anglófonos e ausência de estudos portugueses na amostra final. Além disso, a maioria das fontes apresenta desenho qualitativo, o que limita a inferência sobre a magnitude da associação entre cultura organizacional e implementação da supervisão clínica. Outra limitação prende-se com a ausência de avaliação crítica formal da qualidade metodológica dos estudos, opção compatível com o propósito de mapeamento de uma *scoping review*, mas que limita a apreciação da robustez da evidência. Futuras investigações deverão aprofundar esta temática em contextos portugueses, recorrendo a desenhos longitudinais, estudos de implementação e avaliações de impacto que permitam compreender que modelos organizacionais favorecem maior adesão, sustentabilidade e efetividade da supervisão clínica.

Em síntese, os resultados desta revisão sustentam que a cultura organizacional constitui um determinante central da implementação efetiva da supervisão clínica nos serviços de enfermagem. Culturas que valorizam aprendizagem, confiança, liderança relacional, suporte institucional e segurança psicológica favorecem a integração da supervisão na prática. Em sentido inverso, culturas hierárquicas, punitivas, sobrecarregadas e pouco colaborativas tendem a transformar a supervisão numa atividade marginal, irregular ou percecionada como controlo. Assim, implementar supervisão clínica exige transformar também as condições organizacionais que a tornam possível.

5. Referências bibliográficas

Aldhafeeri, N. A. (2024). Organizational culture: A concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 37(4), 365–372. <https://doi.org/10.1177/08943184241269891>

- Brunero, S., & Lamont, S. (2012). The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a generalist tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 186–193. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00913.x>
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Doody, O., O'Donnell, C., Murphy, L., Turner, J., & Markey, K. (2024). The establishment and value of peer group clinical supervision: A qualitative study of stakeholders' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 4061–4076. <https://doi.org/10.1111/jocn.17315>
- Edgar, D., Moroney, T., & Wilson, V. (2023). Clinical supervision: A mechanism to support person-centred practice? An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 1935–1951. <https://doi.org/10.1111/jocn.16232>
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Hamilton, B., Ryu, H., Prematunga, R., Kelly, T., & Buus, N. (2025). Mental health nurses' perception of clinical supervision implementation mapped against a program logic: A survey study. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7541–7555. <https://doi.org/10.1111/jan.17101>
- Howatson-Jones, I. L. (2003). Difficulties in clinical supervision and lifelong learning. *Nursing Standard*, 17(37), 37–41. <https://doi.org/10.7748/ns2003.05.17.37.37.c3398>
- McDonough, J., Rhodes, K., & Procter, N. (2025). The impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1). <https://doi.org/10.1111/inm.13463>
- Ong, S. L. E., Ang, W. H. D., Goh, L. J., & Lau, Y. (2021). Understanding nurse preceptors' experiences in a primary health care setting: A descriptive qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1320–1328. <https://doi.org/10.1111/jonm.13272>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018 de 14 de junho: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113, 16656–16663. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Read, E., Metersky, K., Matthews, L., & MacLean, R. (2026). Understanding the work life of clinical nurse educators in Canadian hospitals through the Job Demands-Resources Model: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 173, 105249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105249>
- Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. F., & Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: A rapid evidence review. *BMJ Open*, 11(9), e052929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>
- Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2024). Factors that influence the clinical supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7297–7310. <https://doi.org/10.1111/jan.16390>
- Ryu, H., Hamilton, B., Naccarella, L., & Buus, N. (2025). Understanding the contexts where clinical supervision is implemented: An interview study. *Journal of Nursing Management*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/jonm/9963345>
- Shongwe, B. I., Downing, C., & Nene, S. (2024). Operational nursing managers' experiences of clinical supervision at a Johannesburg Hospital. *Curationis*, 47(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v47i1.2521>
- Snowdon, D. A., Sargent, M., Williams, C. M., Maloney, S., Caspers, K., & Taylor, N. F. (2020). Effective clinical supervision of allied health professionals: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 20, 2. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tulleners, T., Campbell, C., & Taylor, M. (2023). The experience of nurses participating in peer group supervision: A qualitative systematic review. *Nurse Education in Practice*, 69, 103606. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103606>

Wallbank, S., & Hatton, S. (2011). Reducing burnout and stress: The effectiveness of clinical supervision. *Community Practitioner*, 84(7), 31–35.

Parte V — Inovação e futuro da supervisão clínica

Capítulo 13. Supervisão clínica em enfermagem na era digital

Ana Isabel Rosa Tique Amado

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Bloco Operatório, Évora, Portugal.

Sandra Isabel da Silva Saiote Estrada

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Unidade de AVC, Évora, Portugal.

Elisabete da Conceição Paulo Tereso Frade

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Bloco Operatório, Évora, Portugal.

Margarida Goes

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

Ana Dias

*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal.
Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal*

1. Introdução

A transformação digital dos sistemas de saúde e da formação em enfermagem tem criado novas possibilidades para repensar a supervisão clínica, ampliando modalidades de acompanhamento mediadas por tecnologias digitais. A crescente integração de tecnologias de informação e comunicação nos sistemas de saúde, na formação profissional e na organização do trabalho tem criado novas possibilidades para desenvolver supervisão clínica à distância, através de modalidades síncronas, assíncronas ou híbridas.

A supervisão clínica mediada por tecnologias digitais pode incluir o recurso a videoconferência, plataformas de aprendizagem online, comunidades virtuais de prática, aplicações móveis, fóruns de discussão, portefólios digitais, correio eletrónico, sistemas de *e-feedback* e outras ferramentas colaborativas. Estas soluções podem ampliar o acesso à supervisão, particularmente em contextos marcados por dispersão geográfica, dificuldade de conciliação de horários, escassez de supervisores disponíveis ou necessidade de acompanhamento contínuo entre diferentes instituições e serviços (Martin et al., 2017; Mather & Cummings, 2014a; Rocha et al., 2016).

Contudo, a digitalização da supervisão clínica não deve ser entendida apenas como substituição do contacto presencial por meios tecnológicos. A supervisão clínica mantém uma natureza profundamente relacional, reflexiva e ética, pelo que a mediação tecnológica pode influenciar a qualidade da comunicação, a construção de confiança, a confidencialidade, a segurança da informação e a profundidade dos processos reflexivos (Belšak & Simonič, 2018; Bruce et al., 2018; Martin et al., 2017).

Neste sentido, a supervisão clínica digital apresenta simultaneamente oportunidades e desafios. Por um lado, pode favorecer flexibilidade, acessibilidade, comunicação, partilha de recursos e desenvolvimento profissional contínuo. Por outro, exige literacia digital, infraestruturas adequadas, políticas institucionais claras, enquadramento ético e adaptação dos modelos supervisivos às especificidades dos ambientes virtuais (Mather et al., 2013; Mather & Cummings, 2014b; Spinola et al., 2021).

Apesar do crescente interesse pela saúde digital, a evidência sobre a implementação da supervisão clínica em enfermagem mediada por tecnologias digitais permanece limitada e dispersa. Justifica-se, por isso, a necessidade de mapear os estudos disponíveis, identificar as tecnologias utilizadas, analisar os benefícios reportados e sistematizar os principais constrangimentos associados à sua implementação. Este capítulo tem como objetivo mapear a evidência científica disponível sobre os benefícios e desafios associados à implementação da supervisão clínica em enfermagem mediada por tecnologias digitais.

2. Métodos

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre os benefícios e desafios associados à implementação da supervisão clínica em enfermagem mediada por tecnologias digitais. Este desenho metodológico foi considerado adequado por permitir identificar a

extensão, natureza e características da evidência existente sobre uma área emergente, heterogénea e ainda pouco consolidada.

A revisão foi orientada pelas recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute para *scoping reviews*, nomeadamente no que se refere à formulação da questão de investigação, definição dos critérios de elegibilidade, identificação da evidência, seleção dos estudos, extração dos dados e síntese narrativa dos resultados (Pollock et al., 2023). A questão de investigação foi estruturada com recurso à estratégia PCC: População, Conceito e Contexto, considerada adequada para revisões de escopo.

A população correspondeu a enfermeiros, enfermeiros especialistas, supervisores clínicos em enfermagem e estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico. O conceito integrou a supervisão clínica mediada por tecnologias digitais, incluindo *e-supervisão*, telesupervisão, supervisão por videoconferência, plataformas online, aplicações móveis, comunidades virtuais de prática, fóruns digitais ou outros recursos tecnológicos aplicados ao processo supervivo. O contexto correspondeu à prática clínica real, incluindo hospitais, cuidados de saúde primários, contextos comunitários e situações de supervisão associadas ao desenvolvimento profissional, integração de novos profissionais ou ensino clínico. Com base nesta estrutura, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais são os benefícios e desafios associados à implementação da supervisão clínica em enfermagem mediada por tecnologias digitais?

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão previamente à seleção dos estudos (Tabela 1). Estes critérios procuraram assegurar a abrangência característica de uma *scoping review*, mantendo simultaneamente a pertinência dos estudos relativamente ao fenómeno em análise.

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão segundo a estratégia PCC.

Elemento	Inclusão	Exclusão
População (P)	- Enfermeiros/ Enfermeiros especialistas - Estudantes de enfermagem em ensino clínico - Supervisores clínicos em enfermagem	- Profissionais de outras áreas sem foco em enfermagem - Estudantes sem contexto clínico
Conceito (C)	- Supervisão clínica em enfermagem - E-supervisão / telesupervisão - Supervisão mediada por tecnologias digitais (videoconferência, plataformas online, apps, ambientes virtuais)	- Supervisão exclusivamente pedagógica/académica - Formação e-learning sem supervisão clínica
Contexto (C)	- Contexto de prática clínica real: hospitais e cuidados de saúde primários - Situações de supervisão integradas na prestação de cuidados (desenvolvimento profissional, integração de novos profissionais, ensino clínico).	- Contexto exclusivamente académico/teórico - Simulação clínica sem ligação à prática real - Ambientes laboratoriais ou formativos sem prestação de cuidados

Elemento	Inclusão	Exclusão
Tipos de Estudos	- Estudos qualitativos, quantitativos e mistos - Revisões sistemáticas - Scoping reviews - Estudos descritivos - Literatura cinzenta (teses, dissertações, relatórios científicos)	- Artigos de opinião sem base empírica
Idioma	- Português, Inglês e Espanhol	- Outros idiomas não dominados pelos revisores
Limitação Temporal	- Sem limite temporal	

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados EBSCOhost®, Scopus e Web of Science. Foram utilizados descritores controlados, incluindo termos MeSH e CINAHL Headings, bem como termos livres, com o objetivo de maximizar a sensibilidade da pesquisa. Os principais descritores utilizados incluíram “Nursing Supervision”, “Digital Health Technology” e “Simulation Training”, combinados através dos operadores booleanos AND e NOT. A expressão base utilizada foi: (“Nursing Supervision” AND “Digital Health Technology”) NOT “Simulation Training”. A estratégia foi adaptada às especificidades de cada base de dados (Tabela 2).

Tabela 2. Estratégia de pesquisa por base de dados.

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa	Limitadores	Estudos
EBSCOhost (MEDLINE)	<i>(Nursing Supervision and Health technology digital) NOT Simulation Training</i>	Idioma (PT, EN, ES); Texto integral, revistas académicas analisadas por especialista Filtros: <i>Nurses, education, distance; education nursing</i>	10
Scopus	<i>(Nursing Supervision and Health technology digital) NOT Simulation Training</i>	Idioma (PT, EN, ES)	7
Web of Science	<i>(Nursing Supervision and Health technology digital) NOT Simulation Training</i>	Idioma (PT, EN, ES)	6

Adicionalmente, foi realizada análise das listas de referências bibliográficas dos estudos selecionados, com o objetivo de identificar publicações relevantes não recuperadas pela pesquisa inicial. Esta etapa permitiu ampliar a abrangência da revisão e reduzir o risco de omissão de estudos pertinentes.

A seleção dos estudos decorreu de forma sistemática e faseada. Inicialmente, os registos identificados foram submetidos à remoção de duplicados. De seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, aplicando os critérios de elegibilidade previamente definidos. Os estudos potencialmente relevantes

foram posteriormente analisados em texto integral. A seleção foi realizada por três revisores independentes, tendo as divergências sido resolvidas por discussão até obtenção de consenso.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma grelha previamente definida, contemplando autor, ano, país, contexto clínico, população, tecnologia digital utilizada, benefícios identificados, desafios ou barreiras e observações ou lacunas. A síntese dos resultados foi realizada de forma narrativa e temática, procurando identificar padrões relativos às modalidades de supervisão digital, tecnologias utilizadas, fatores facilitadores, barreiras e impacto no desenvolvimento profissional.

3. Resultados

3.1. Seleção dos estudos

A pesquisa identificou 23 registos nas bases de dados consultadas: 10 na EBSCOhost/MEDLINE, sete na Scopus e seis na Web of Science. Após a remoção de dois duplicados, permaneceram 21 registos para triagem por título e resumo. Nesta fase, foram excluídos 12 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos. Foram avaliados nove artigos em texto integral, dos quais quatro foram excluídos por não responderem diretamente à questão de investigação ou por não apresentarem informação aplicável à supervisão clínica em enfermagem mediada por tecnologias digitais. Assim, cinco estudos provenientes da pesquisa em bases de dados foram incluídos na revisão. Adicionalmente, dois estudos foram identificados através da análise das listas de referências bibliográficas dos estudos seleccionados e cumpriram os critérios de inclusão. No total, sete estudos foram incluídos na síntese final. O processo de seleção encontra-se representado na Figura 1.

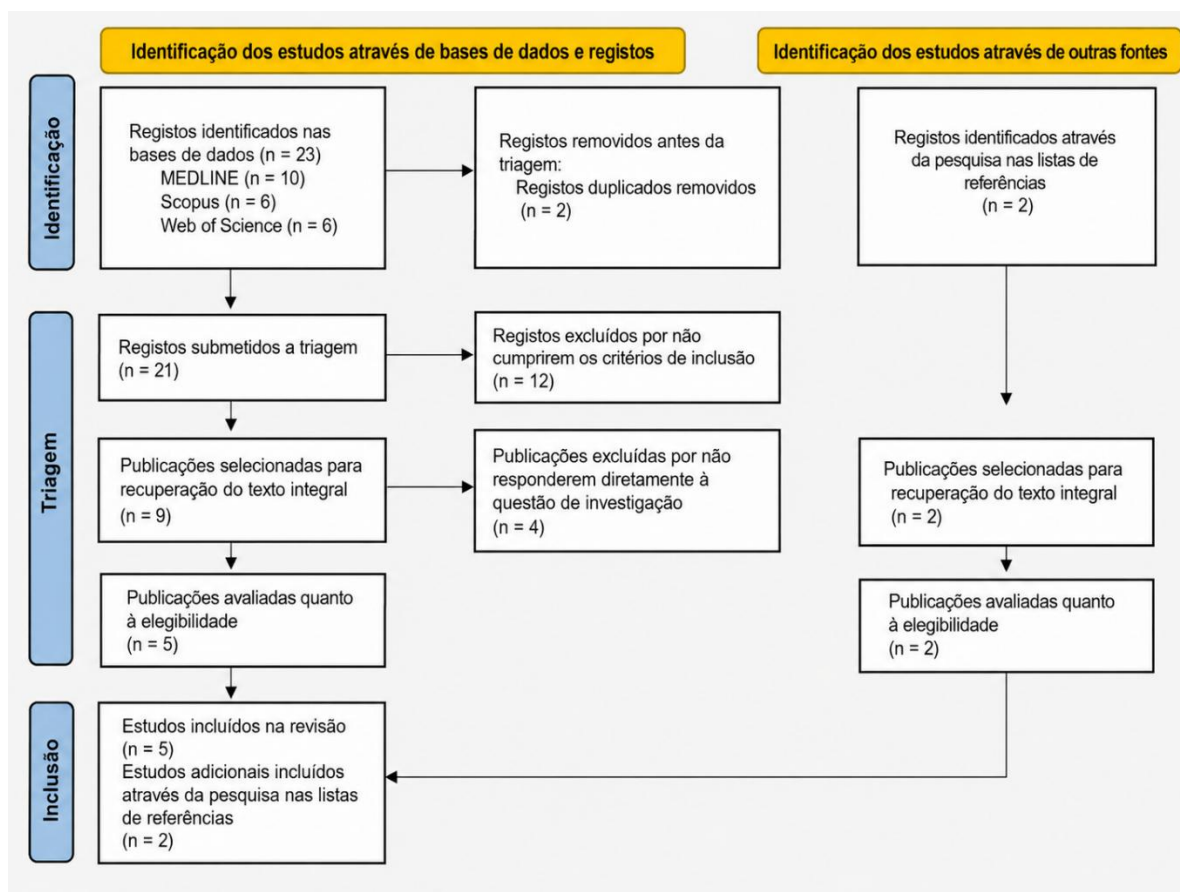


Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos.

3.2. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos sete estudos que abordaram a utilização de tecnologias digitais no âmbito da supervisão clínica, supervisão remota, desenvolvimento profissional ou estratégias digitais de apoio à comunicação, partilha de conhecimento e aprendizagem colaborativa em enfermagem ou áreas próximas da saúde. A maioria dos estudos foi desenvolvida na Austrália, verificando-se ainda estudos realizados em Portugal, Irlanda e contexto internacional envolvendo Austrália/Coreia do Sul.

Os estudos analisados incluíram diferentes tecnologias digitais, nomeadamente blogues, microblogues, Twitter, ferramentas Web 2.0, comunidades virtuais de prática, *mobile learning*, videoconferência, Skype, telefone, correio eletrónico, plataformas colaborativas e recursos digitais de apoio à supervisão. A síntese dos estudos incluídos encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Síntese dos estudos incluídos sobre supervisão clínica mediada por tecnologias digitais.

Estudo	País/ contexto	População	Tecnologia digital	Benefícios identificados	Desafios/ barreiras	Observações/ lacunas
Mather, Marlow e Cummings (2013)	Austrália; supervisão clínica em enfermagem	100 supervisores clínicos e profissionais de saúde	Blogue, microblogue, Twitter e Web 2.0	Melhor comunicação, partilha de informação, acesso a recursos e conectividade	Políticas restritivas, barreiras culturais, diferenças geracionais e necessidade de formação digital	Estudo local; generalização limitada; necessidade de políticas e investigação futura
Mather e Cummings (2014a)	Austrália; supervisão clínica em enfermagem	27 supervisores clínicos	<i>Mobile learning</i> e Web 2.0	Desenvolvimento profissional contínuo, comunidades de prática e apoio	Adoção parcial, efeito geracional, baixo uso do YouTube, desalinhamento entre plataformas, uso passivo e necessidade de orientação	Amostra pequena; contexto único; sem avaliação de impacto; falta de códigos de conduta
Bruce, Byrne e Kemp (2018)	Austrália/Coreia do Sul; supervisão clínica remota materno-infantil	Profissionais do programa MECSH	Skype	Supervisão à distância, apoio visual, partilha de conhecimento e confiança profissional	Tradução, limitações tecnológicas, privacidade e segurança	Necessidade de estudos sobre eficácia e sustentabilidade
Mather e Cummings (2014b)	Austrália; supervisão clínica em enfermagem	27 supervisores clínicos	Comunidade virtual de prática, <i>mobile learning</i> , blogue, Twitter e wiki	Melhoria da comunicação, partilha de informação, acesso a recursos e apoio entre pares	Baixa participação ativa, necessidade de literacia digital e enquadramento normativo	Amostra pequena; necessidade de estudos sobre impacto e efetividade
Martin, Kumar e Lizarondo (2017)	Austrália; supervisão clínica de profissionais de saúde em contextos rurais e remotos	Profissionais de saúde e supervisores clínicos	Videoconferência, telefone, correio eletrónico e ferramentas digitais	Melhora o acesso à supervisão, apoia o desenvolvimento profissional e reduz barreiras geográficas	Problemas técnicos, riscos de confidencialidade, necessidade de formação e evidência limitada	Artigo de revisão com recomendações práticas; necessários mais estudos sobre efetividade e impacto
Rocha, Santos e Pires (2016)	Portugal; contexto hospitalar e cuidados de saúde primários	273 enfermeiros	Telefone, correio eletrónico e Skype	Acesso ao supervisor, reflexão sobre a prática e suporte profissional	Baixa implementação, sobretudo do Skype; menor adesão hospitalar; necessidade de formação	Estudo transversal; contexto urbano; necessária replicação e investigação
Geraghty et al. (2024)	Irlanda; ensino online em ciências da saúde durante a COVID-19	27 supervisores clínicos	Comunidade virtual de prática, blogue, Twitter e wiki	Comunicação, partilha, acesso a recursos e apoio entre pares	Baixa participação ativa, literacia digital e necessidade de políticas	Mais investigação necessária sobre impacto e sustentabilidade

3.3. Modalidades e tecnologias digitais utilizadas

A análise dos estudos incluídos evidenciou que a supervisão clínica mediada por tecnologias digitais pode assumir diferentes modalidades, incluindo supervisão síncrona, assíncrona e híbrida. As modalidades síncronas incluíram videoconferência, Skype, telefone e outras ferramentas de comunicação em tempo real, permitindo contacto direto entre supervisor e supervisionado. As modalidades assíncronas incluíram blogues, wikis, fóruns, comunidades virtuais de prática, correio eletrónico e plataformas digitais de partilha, possibilitando registo, consulta e reflexão em momentos distintos.

As tecnologias digitais identificadas foram utilizadas sobretudo para facilitar comunicação, partilha de recursos, apoio entre pares, acesso a supervisores e continuidade do acompanhamento. Os estudos de Mather et al. (2013) e Mather e Cummings (2014a, 2014b) destacaram ferramentas Web 2.0, *mobile learning* e comunidades virtuais de prática como recursos com potencial para apoiar o desenvolvimento profissional dos supervisores clínicos. Martin et al. (2017) e Rocha et al. (2016) evidenciaram a utilização de videoconferência, telefone, correio eletrónico e Skype como meios de facilitar supervisão à distância, sobretudo quando existem barreiras geográficas ou organizacionais.

3.4. Benefícios associados à supervisão clínica digital

Entre os principais benefícios identificados destacam-se a flexibilidade temporal e geográfica, a melhoria do acesso à supervisão, a continuidade do acompanhamento, a partilha de conhecimento, a comunicação entre profissionais, o desenvolvimento profissional contínuo e a criação de comunidades de aprendizagem. Estas potencialidades foram particularmente relevantes em contextos em que a supervisão presencial se encontra limitada por distância, falta de tempo, disponibilidade reduzida dos supervisores ou dispersão dos profissionais.

A supervisão digital permitiu ultrapassar algumas barreiras logísticas dos modelos presenciais, possibilitando maior aproximação entre supervisor e supervisionado, mesmo em contextos rurais, remotos ou interinstitucionais. Bruce et al. (2018) demonstraram que o Skype possibilitou supervisão clínica remota com apoio visual, partilha de conhecimento e reforço da confiança profissional. De forma semelhante, Martin et al. (2017) descreveram a tecnologia como recurso útil para aumentar o acesso à supervisão e apoiar profissionais em contextos de difícil acesso. Os estudos incluídos sugerem ainda que os ambientes digitais podem favorecer processos reflexivos e aprendizagem colaborativa. A possibilidade de registar experiências, partilhar materiais, participar em fóruns ou comunidades virtuais de prática e aceder a recursos formativos pode apoiar a reflexão sobre a prática e promover desenvolvimento profissional contínuo (Mather et al., 2013; Mather & Cummings, 2014a, 2014b).

3.5. Desafios e barreiras à implementação

Apesar das potencialidades identificadas, a evidência analisada evidencia múltiplos desafios associados à implementação da supervisão clínica digital. Entre as principais barreiras destacam-se a literacia digital limitada, dificuldades técnicas, problemas de conectividade, baixa participação ativa,

resistência cultural ou geracional, ausência de políticas institucionais, falta de códigos de conduta, riscos de privacidade e confidencialidade, e necessidade de formação específica.

A literacia digital dos profissionais surgiu como um fator crítico. A existência de ferramentas digitais não garante, por si só, a sua utilização eficaz. Mather et al. (2013) e Mather e Cummings (2014b) identificaram a necessidade de desenvolver competências digitais e de estabelecer orientações claras para a utilização das plataformas. O uso passivo, a baixa adesão e o desalinhamento entre ferramentas disponíveis e necessidades reais dos profissionais foram também identificados como limitações.

A mediação tecnológica pode igualmente condicionar a qualidade da relação supervisaiva. A ausência de contacto presencial pode dificultar a leitura da comunicação não verbal, a construção de empatia, a criação de confiança e a perceção de segurança psicológica. Bruce et al. (2018) e Martin et al. (2017) destacam que a supervisão digital exige atenção à privacidade, segurança e qualidade da interação, sobretudo quando são discutidas situações clínicas sensíveis ou experiências emocionalmente exigentes.

3.6. Síntese temática dos resultados

A análise dos estudos incluídos permitiu organizar os resultados em cinco categorias temáticas: modalidades de supervisão digital, tecnologias utilizadas, fatores facilitadores, barreiras e constrangimentos, e impacto no desenvolvimento profissional. Esta síntese encontra-se apresentada na Tabela 5.

Tabela 5. Categorias e subcategorias temáticas identificadas na revisão.

Categoria temática	Subcategorias	Exemplos de evidência
Modalidades de supervisão digital	Supervisão síncrona; Supervisão assíncrona; Supervisão híbrida	Videoconferência, fóruns online, plataformas colaborativas
Tecnologias utilizadas	Plataformas de e-learning; Ferramentas de videoconferência; Aplicações móveis; Ambientes virtuais	Moodle, Zoom, Teams, plataformas institucionais
Fatores facilitadores	Flexibilidade temporal; Acessibilidade; Partilha de conhecimento; Aprendizagem colaborativa	Supervisão entre instituições; acompanhamento remoto
Barreiras e constrangimentos	Literacia digital limitada; Problemas tecnológicos; Resistência organizacional; Questões éticas	Falhas de ligação, confidencialidade de dados

Categoria temática	Subcategorias	Exemplos de evidência
Impacto no desenvolvimento profissional	Reflexão crítica; Desenvolvimento de competências; Suporte emocional; Aprendizagem contínua	Fóruns de discussão e portefólios digitais

No seu conjunto, os resultados indicam que a supervisão clínica digital pode ampliar o acesso, a continuidade e a flexibilidade dos processos supervisivos. Contudo, a sua eficácia depende da adequação das tecnologias utilizadas, da literacia digital dos profissionais, da qualidade da relação supervisiva, da existência de políticas institucionais e da capacidade de integrar estas ferramentas em modelos supervisivos claros, seguros e eticamente sustentados.

4. Discussão

Os resultados desta *scoping review* mostram que a supervisão clínica em enfermagem mediada por tecnologias digitais constitui uma área emergente, com potencial para alargar o acesso ao acompanhamento supervisivo e apoiar o desenvolvimento profissional contínuo. A evidência analisada sugere que a digitalização não altera a finalidade essencial da supervisão clínica, mas reconfigura as suas modalidades de operacionalização, permitindo novas formas de comunicação, acompanhamento, partilha de conhecimento e reflexão sobre a prática (Martin et al., 2017; Rocha et al., 2016).

Um dos principais benefícios identificados prende-se com a flexibilidade temporal e geográfica. Em contextos onde a supervisão presencial é limitada por distância, escassez de supervisores, horários incompatíveis ou dispersão dos profissionais, as ferramentas digitais podem permitir maior continuidade e acessibilidade. Este resultado é particularmente relevante para contextos rurais, remotos ou interinstitucionais, nos quais a supervisão presencial pode ser irregular ou difícil de garantir (Bruce et al., 2018; Martin et al., 2017).

A utilização de videoconferência, telefone, correio eletrónico, plataformas digitais e comunidades virtuais de prática permite criar novas possibilidades de interação entre supervisor e supervisionado. Estes recursos podem facilitar sessões síncronas, acompanhamento assíncrono, partilha de documentos, discussão de casos e acesso a recursos formativos. Assim, a supervisão digital pode contribuir para tornar o processo supervisivo mais contínuo, flexível e ajustado às necessidades dos profissionais (Mather et al., 2013; Mather & Cummings, 2014a, 2014b). Contudo, os resultados mostram que o potencial das tecnologias digitais depende da forma como são integradas nos processos supervisivos. A mera disponibilização de ferramentas tecnológicas não garante participação ativa, reflexão crítica ou desenvolvimento profissional. Mather e Cummings (2014a, 2014b) evidenciaram utilização parcial, baixa participação ativa e necessidade de orientação, normas e literacia digital. Estes achados sugerem que a supervisão digital exige desenho pedagógico e supervisivo intencional, e não apenas acesso a plataformas.

A literacia digital emerge, assim, como uma condição essencial. A utilização eficaz de ferramentas digitais requer competências técnicas, mas também capacidade para selecionar, adaptar e integrar esses recursos de forma ética, crítica e adequada aos objetivos da supervisão. Profissionais com

menor familiaridade tecnológica podem sentir insegurança, resistência ou menor adesão, sobretudo quando as plataformas não são intuitivas ou não estão integradas nas rotinas de trabalho (Mather et al., 2013; Spinola et al., 2021).

Outro ponto crítico prende-se com a qualidade da relação supervisiva. A supervisão clínica é, por natureza, um processo relacional, assente na confiança, comunicação, escuta, confidencialidade e segurança psicológica. Embora os ambientes digitais possam facilitar o contacto, podem também limitar aspetos da comunicação não verbal, reduzir a espontaneidade da interação e dificultar a criação de vínculos supervisivos profundos. Esta tensão entre acessibilidade tecnológica e qualidade relacional constitui um dos principais desafios da supervisão digital (Bruce et al., 2018; Martin et al., 2017).

A confidencialidade e a segurança da informação constituem igualmente dimensões relevantes. A supervisão clínica envolve frequentemente discussão de situações clínicas, experiências profissionais difíceis, dúvidas, erros ou dilemas éticos. Quando estas interações ocorrem em plataformas digitais, torna-se necessário assegurar proteção de dados, consentimento informado, privacidade, segurança tecnológica e regras claras sobre registo e partilha de informação (Belšak & Simonič, 2018; Martin et al., 2017). Neste sentido, a implementação da supervisão digital exige enquadramento organizacional e normativo claro. As instituições devem definir políticas sobre plataformas autorizadas, segurança dos dados, confidencialidade, responsabilidades dos participantes, arquivo de informação, limites da comunicação digital e procedimentos em situações sensíveis. A ausência de políticas claras pode comprometer a confiança dos profissionais e limitar a adesão aos modelos digitais de supervisão (Martin et al., 2017; Mather & Cummings, 2014b).

Os resultados sugerem ainda que os modelos híbridos poderão constituir uma resposta adequada às tensões identificadas. A combinação entre momentos presenciais e digitais permite beneficiar da flexibilidade e acessibilidade das tecnologias, preservando simultaneamente a dimensão relacional e reflexiva da supervisão presencial. Esta abordagem parece particularmente relevante quando se pretende garantir continuidade do acompanhamento sem comprometer a construção de confiança e a profundidade da reflexão supervisiva.

Do ponto de vista organizacional, a supervisão digital deve ser integrada em modelos estruturados de desenvolvimento profissional, e não utilizada apenas como solução pontual ou improvisada. A experiência de digitalização acelerada durante a pandemia mostrou que o ensino e acompanhamento online podem ser implementados rapidamente, mas a sua qualidade depende de planeamento, suporte pedagógico, formação dos utilizadores e avaliação contínua (Geraghty et al., 2024; McCutcheon et al., 2018).

A supervisão clínica digital pode também favorecer comunidades de prática e aprendizagem colaborativa. As ferramentas Web 2.0, fóruns, blogues e plataformas colaborativas podem permitir que profissionais partilhem experiências, discutam desafios e construam conhecimento coletivo. No entanto, para que estas comunidades sejam efetivas, é necessário promover participação ativa, moderação adequada, objetivos claros e relevância percebida pelos utilizadores (Mather et al., 2013; Mather & Cummings, 2014a, 2014b).

As implicações para a prática são evidentes. A implementação da supervisão clínica digital deve incluir formação em competências digitais e supervisivas, escolha de plataformas seguras e acessíveis, definição de normas de utilização, clarificação de objetivos, proteção da confidencialidade e avaliação da qualidade da relação supervisiva. Deve ainda prever suporte técnico e organizacional contínuo, de modo a evitar que a supervisão digital se torne mais uma exigência burocrática ou tecnológica sem impacto real no desenvolvimento profissional.

Importa reconhecer algumas limitações da evidência analisada. O número de estudos incluídos foi reduzido, e os estudos apresentaram elevada heterogeneidade quanto às populações, tecnologias utilizadas, contextos e desenhos metodológicos. Observou-se ainda predominância de estudos desenvolvidos em contextos geográficos específicos, sobretudo na Austrália, o que pode limitar a transferência direta dos achados para outros sistemas de saúde. Além disso, vários estudos analisaram tecnologias digitais em contextos próximos da supervisão clínica, mas nem sempre exclusivamente centrados na supervisão clínica em enfermagem. Apesar destas limitações, a revisão permitiu identificar tendências relevantes. A supervisão clínica digital apresenta potencial para aumentar acessibilidade, continuidade, comunicação, partilha de conhecimento e desenvolvimento profissional. Contudo, a sua eficácia depende da articulação entre tecnologia, relação supervisiva, literacia digital, suporte institucional e segurança ética. Sem estes elementos, a digitalização pode ampliar o acesso, mas não necessariamente melhorar a qualidade do processo supervisivo.

Globalmente, a supervisão clínica em enfermagem na era digital deve ser entendida como uma evolução dos modelos tradicionais, e não como a sua substituição. O desafio central consiste em integrar tecnologias digitais de forma crítica, segura e pedagogicamente orientada, preservando os princípios fundamentais da supervisão clínica: relação de confiança, reflexão sobre a prática, desenvolvimento profissional, confidencialidade e compromisso com a qualidade dos cuidados.

5. Referências bibliográficas

- Belšak, K., & Simonič, A. (2018). Ethical issues in the use of technology in clinical supervision. *Psihoterapija*, 32.
- Bruce, T., Byrne, F., & Kemp, L. (2018). Using Skype to support remote clinical supervision for health professionals delivering a sustained maternal early childhood programme: A phenomenographical study. *Contemporary Nurse*, 54(1), 4–12. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1441732>
- Geraghty, K., Heng, N., Duff, J., Burke, J., Hill, A. D. K., Jenkins, J., & Offiah, G. (2024). Perspectives of educators and students on the efficacy of online teaching and learning strategies employed during COVID-19 in a health sciences institution. *Irish Journal of Medical Science*, 193(6), 3045–3051. <https://doi.org/10.1007/s11845-024-03773-8>
- Martin, P., Kumar, S., & Lizarondo, L. (2017). Effective use of technology in clinical supervision. *Internet Interventions*, 8, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.03.001>
- Mather, C., & Cummings, E. (2014a). Mobile learning: A workforce development strategy for nurse supervisors. In *Studies in Health Technology and Informatics*. IOS Press. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-427-5-98>
- Mather, C., & Cummings, E. (2014b). Usability of a virtual community of practice for workforce development of clinical supervisors. In *Studies in Health Technology and Informatics*. IOS Press. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-427-5-104>
- Mather, C., Marlow, A., & Cummings, E. (2013). Digital communication to support clinical supervision: Considering the human factors. In *Studies in Health Technology and Informatics*. IOS Press. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-293-6-160>
- McCutcheon, K., O'Halloran, P., & Lohan, M. (2018). Online learning versus blended learning of clinical supervisee skills with pre-registration nursing students: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.005>

- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., De Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JB1 Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Rocha, I., Santos, M., & Pires, R. (2016). Distance supervision in nursing: A reality desired by nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 95–102. <https://doi.org/10.12707/RIV16025>
- Spinola, A., Reis, A., & Godinho, C. (2021). Supervisão clínica em enfermagem — uma solução digital. *Revista da UI_IPSantarém*, 9(1). <https://doi.org/10.25746/RUIIPS.V9.I1.24829>