Universidade do Minho
Escola de Economia, Gestão e
Ciência Política

Rui António Vieira Antunes

Liderança Relacional e Engagement em Cuidados Intensivos: Um estudo fenomenológico interpretativo

Abril de 2026

Liderança Relacional e Engagement em Cuidados Intensivos: Um estudo fenomenológico interpretativo

Rui António Vieira Antunes

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola de Economia, Gestão e
Ciência Política

Rui António Vieira Antunes

Liderança Relacional e Engagement em Cuidados Intensivos: Um estudo fenomenológico interpretativo

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Íris Barbosa

Abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.
Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.
Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Título: **Liderança Relacional e Engagement em Cuidados Intensivos: Um estudo fenomenológico interpretativo**

Resumo

A presente investigação tem como objetivo compreender de que modo os profissionais de saúde em unidades de cuidados intensivos interpretam e atribuem significado às dinâmicas de liderança no seu contexto profissional, bem como analisar a forma como estas se configuram na experiência de engagement no quotidiano do trabalho clínico.

O estudo assenta num enquadramento conceptual que articula a perspetiva da liderança relacional com o modelo Job Demands–Resources, conceptualizando o engagement como um fenómeno situado, configurado pelas condições organizacionais e pelas dinâmicas relacionais do trabalho clínico. Adotou-se uma abordagem qualitativa de natureza fenomenológica, centrada na interpretação dos significados atribuídos pelos participantes à sua experiência profissional, com recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas a profissionais com experiência em cuidados intensivos.

Os resultados evidenciam a liderança como um processo relacional, construído nas interações quotidianas e expresso em dinâmicas de comunicação, apoio, reconhecimento e construção de sentido partilhado, configurando recursos organizacionais de natureza relacional que sustentam o funcionamento das equipas e o engagement em contextos de elevada exigência clínica e emocional. A qualidade das interações interprofissionais, particularmente ao nível da comunicação e da confiança, assume um papel determinante na coesão das equipas e na coordenação do trabalho. Neste enquadramento, o engagement não se circunscreve a um estado psicológico individual, emergindo como uma experiência relacional, dinâmica e contextualizada, dependente dos recursos disponíveis e da forma como são construídos no contexto de trabalho. O distanciamento emocional surge não apenas como expressão de desgaste, mas também como resposta adaptativa face a contextos adversos, enquanto o sentido atribuído ao trabalho contribui para a sustentação do envolvimento profissional.

Globalmente, os resultados posicionam a liderança relacional como um elemento estruturante na configuração dos recursos organizacionais que tornam possível o engagement, contribuindo para uma compreensão mais integrada deste fenómeno enquanto processo relacional e contextualmente situado em contextos clínicos de elevada complexidade.

Palavras-Chave: Liderança relacional; Engagement; Cuidados intensivos; *Job Demands–Resources*; Análise fenomenológica interpretativa.

Title: **Relational Leadership and Engagement in Intensive Care: An interpretative phenomenological study**

ABSTRACT

This study aims to understand how healthcare professionals working in intensive care units interpret and make sense of leadership dynamics within their professional context, as well as to analyse how these dynamics shape their experience of engagement in their daily clinical work.

The study is grounded in a conceptual framework that integrates the perspective of relational leadership with the Job Demands–Resources model, conceptualizing engagement as a situated phenomenon shaped by organizational conditions and the relational dynamics that structure clinical work. A qualitative interpretative phenomenological approach was adopted, focusing on participants' lived experiences. Data were collected through semi-structured interviews with healthcare professionals experienced in intensive care settings.

Findings reveal leadership as a relational process constructed through everyday interactions and expressed in practices of communication, support, recognition, and shared sensemaking. These practices constitute relational organizational resources that sustain team functioning and work engagement in highly demanding clinical environments. The quality of interprofessional interactions, particularly in terms of communication and trust, emerges as central to team cohesion and coordination. Within this framework, engagement extends beyond an individual psychological state, emerging as a dynamic, relational, and context-dependent experience shaped by the availability and construction of resources within the work environment. Emotional detachment is not only described as a manifestation of strain but also as an adaptive response to adverse contexts, while the meaning attributed to work contributes to sustaining engagement under demanding conditions.

Overall, the findings position relational leadership as a structuring mechanism in the generation of organizational resources that enable engagement, contributing to a more integrated understanding of engagement as a relational and contextually situated process in complex clinical settings.

Keywords: Relational leadership; Work Engagement; Intensive care; Job Demands–Resources model; Interpretative phenomenological analysis.

ÍNDICE

Resumo iv
Abstract v
índice vi
Índice de tabelas viii
Lista de Abreviaturas e Siglas ix
1. Introdução 10
2. Revisão da Literatura 13
2.1 Da liderança clássica aos modelos contemporâneos: limites das abordagens centradas no líder 13
2.2 Emergência de perspetivas relacionais, participativas e distribuídas 15
2.3 Liderança Relacional: fundamentos e conceitos 16
2.4 Liderança Relacional em unidades de cuidados intensivos 17
2.5 Engagement profissional 18
2.6 Engagement profissional no contexto da saúde e cuidados intensivos 19
2.7 Articulação teórica entre liderança relacional e engagement profissional 21
3. Modelo conceptual 23
3.1 Enquadramento conceptual do estudo 23
3.2 Questão de investigação e objetivos 24
3.3 Dimensões analíticas orientadoras 25
4. Metodologia 26
4.1 Enquadramento filosófico e epistemológico 26
4.2 Estratégia de investigação 26
4.3 Contexto do estudo e participantes 27
4.3.1 Caracterização da amostra 28
4.4 Recolha de dados 29
4.4.1 Reflexividade 30
4.5 Processo de análise dos dados 30
4.6 Rigor metodológico 31
4.7 Considerações éticas 31

5. Análise dos resultados 33
5.1 Liderança relacional como presença, ausência e mediação organizacional 34
5.1.1 Liderança como presença relacional: entre suporte, ausência e desorganização 34
5.1.2 Comunicação como prática central da liderança relacional: entre clareza, falha e desarticulação 36
5.1.3 Estilos de liderança: entre autoridade, proximidade relacional e reconhecimento 39
5.1.4 Liderança emergente e dinâmica de equipa: adaptação coletiva em contextos de ausência 42
5.2 A experiência do engagement 44
5.2.1 Engagement profissional como experiência relacional: entre envolvimento, pertença e sentido 44
5.2.2 Desengajamento e desgaste profissional: a erosão relacional do envolvimento 47
5.2.3 Fatores promotores de engagement: liderança como recurso relacional e organizacional 49
6. Discussão 52
6.1 Liderança relacional como processo organizacional em contextos de elevada complexidade 52
6.2 Liderança relacional como geradora de recursos organizacionais: articulação com o modelo JD-R 53
6.3 Engagement profissional como fenómeno relacional e dinâmico 54
6.4 Integração dos resultados: liderança relacional como elemento estruturante do engagement em cuidados intensivos 56
7. Conclusões, contributos e implicações futuras 58
7.1 Conclusões principais 58
7.2 Contributos teóricos 58
7.3 Implicações para a prática clínica e organizacional 59
7.4 Limitações do estudo e sugestões para investigação futura 60
8. Referências bibliográficas 62
Apêndices 68
Apêndice A - Guião da Entrevista 68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra 30

Tabela 2 Estrutura hierárquica dos temas e subtemas emergentes 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IPA – análise fenomenológica interpretativa

JD-R – *Job Demands-Resouces*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

1. INTRODUÇÃO

As organizações de saúde contemporâneas caracterizam-se por contextos de crescente complexidade, interdependência profissional e incerteza clínica, resultantes da intensificação tecnológica, da especialização assistencial e da necessidade permanente de tomada de decisão sob elevada pressão (Denis et al., 2012; Smith & Bhavsar, 2021). Neste contexto, o desempenho organizacional e o funcionamento eficaz das equipas não dependem exclusivamente da competência técnica individual, mas também da qualidade dos processos coletivos de coordenação, comunicação e construção de sentido partilhado, amplamente reconhecidos na literatura como determinantes da segurança do doente e da eficácia clínica (Gittell et al., 2010; Reader et al., 2011).

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) configuram uma expressão particularmente exigente destes contextos organizacionais. A elevada densidade tecnológica, a criticidade clínica dos doentes, a multiplicidade de decisões em tempo real e a exposição contínua à incerteza clínica, ao sofrimento humano e à morte configuram ambientes de trabalho caracterizados por elevada carga cognitiva, emocional e ética (Brewster et al., 2020; Warren & Carnall, 2010). Nestes cenários, a qualidade das interações interprofissionais e das condições relacionais que sustentam o trabalho quotidiano constitui um elemento crítico para a segurança, a qualidade assistencial e a sustentabilidade das equipas (Reader et al., 2011; Timmins et al., 2023).

Neste enquadramento, a liderança é reconhecida como uma dimensão estruturante da organização do trabalho clínico e da regulação das dinâmicas relacionais em cuidados intensivos. Contudo, modelos tradicionais, centrados predominantemente na hierarquia, na autoridade formal e na figura individual do líder, revelam limitações relevantes quando aplicados a sistemas altamente complexos, interdependentes e dinâmicos (Denis et al., 2012; Yukl, 2013a). Ao privilegiarem atributos individuais ou posições hierárquicas, tais modelos tendem a subestimar o papel dos processos interacionais através dos quais a influência é continuamente construída, negociada e sustentada no quotidiano das equipas clínicas.

Em resposta a estas limitações, tem vindo a afirmar-se uma perspetiva relacional da liderança, entendida como um fenómeno processual e socialmente construído. Nesta abordagem, a liderança emerge das interações entre os membros da organização e manifesta-se em práticas quotidianas de coordenação, comunicação, negociação de significados e construção de sentido partilhado (Cunliffe & Eriksen, 2011; Denis et al., 2012; Uhl-Bien, 2023). Este enquadramento revela-se particularmente pertinente em contextos clínicos de elevada complexidade, onde a eficácia organizacional depende da articulação

contínua entre múltiplos profissionais e da diferenciação especializada (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023).

Paralelamente, o engagement profissional tem vindo a afirmar-se como um constructo central para a compreensão do funcionamento organizacional, do desempenho e do bem-estar dos profissionais em contextos de elevada exigência (Bakker & Albrecht, 2018). Definido como um estado psicológico positivo e persistente de envolvimento com o trabalho, caracterizado por vigor, dedicação e absorção, o engagement tem sido consistentemente associado à qualidade assistencial, à segurança do doente, à retenção de profissionais e à sustentabilidade organizacional (Bakker & Albrecht, 2018; Schaufeli et al., 2002; Van Bogaert et al., 2017; Zhang et al., 2025).

Nas UCIs, a manutenção do engagement profissional assume particular relevância. A intensidade do trabalho clínico, a elevada carga cognitiva associada à monitorização contínua e à tomada de decisão em tempo real, bem como a exposição persistente à pressão temporal, ao sofrimento e à morte configuram condições que exigem elevados níveis de energia e regulação emocional e que se associam a maior risco de exaustão emocional e erosão do envolvimento profissional, sobretudo na ausência de recursos organizacionais adequados (Du et al., 2024; Huang et al., 2025; Van Bogaert et al., 2017). A evidência empírica demonstra que o engagement nestes contextos é fortemente influenciado por fatores organizacionais e relacionais, incluindo o clima de equipa, a qualidade comunicacional, o suporte percebido e práticas de liderança, não dependendo exclusivamente de características individuais (Bakker & Albrecht, 2018; O'Donovan & McAuliffe, 2020a, 2020b; Schaufeli & Bakker, 2004).

Estudos recentes identificam associações consistentes e robustas entre práticas de liderança relacional e níveis mais elevados de engagement, particularmente em organizações complexas e intensivas em conhecimento (Maritsa et al., 2022; Murray, 2024; O'Donovan & McAuliffe, 2020b). Estes efeitos parecem ser mediados por mecanismos psicossociais como a confiança interprofissional, a segurança psicológica e o sentido de pertença organizacional, reconhecidos como críticos para o funcionamento eficaz das equipas em cuidados intensivos (Gittell et al., 2010; Ito et al., 2022).

Apesar destes avanços, permanece limitada a compreensão aprofundada de como estas dinâmicas são experienciadas e interpretadas pelos próprios profissionais no contexto concreto da prática clínica intensiva. A investigação existente tem privilegiado abordagens quantitativas centradas na medição de constructos e na análise de associações estatísticas, oferecendo contributos relevantes para a modelização das relações entre variáveis. Contudo, a compreensão dos processos intersubjetivos através dos quais liderança e engagement se co-constroem no quotidiano organizacional exige abordagens que

permitam aceder aos significados atribuídos pelos profissionais às suas experiências (Brewster et al., 2020; Cunliffe & Eriksen, 2011; O'Donovan & McAuliffe, 2020a; Timmins et al., 2023).

Neste sentido, diversos autores sublinham a necessidade de abordagens qualitativas que privilegiem a compreensão da experiência vivida, dos significados subjetivos e dos processos intersubjetivos que estruturam a liderança e o engagement em contextos clínicos complexos (Cunliffe & Eriksen, 2011; Ito et al., 2022; Maritsa et al., 2022). A análise fenomenológica interpretativa (IPA) oferece uma abordagem metodológica particularmente adequada para este propósito, ao permitir explorar como os indivíduos atribuem significado às suas experiências em contextos organizacionais marcados por elevada exigência emocional e relacional (Smith et al., 2009).

É neste contexto que emerge a questão central que orienta a presente investigação: compreender como são interpretadas e experienciadas as dinâmicas de liderança pelos profissionais de saúde em UCIs e de que modo essas dinâmicas se articulam com o engagement profissional no contexto do trabalho clínico.

O estudo inscreve-se, assim, neste enquadramento, procurando aprofundar uma compreensão situada de como a liderança relacional e o engagement profissional se articulam em UCIs. Ao privilegiar uma abordagem interpretativa, o estudo pretende contribuir para densificar o conhecimento sobre os processos relacionais que sustentam ou fragilizam o envolvimento profissional em contextos clínicos de elevada complexidade.

A relevância desta investigação decorre da convergência entre três dimensões estruturantes: a complexidade crescente dos cuidados intensivos, a centralidade dos processos relacionais na liderança em saúde e a necessidade de aprofundar uma compreensão contextualizada do engagement profissional para além da sua modelização estatística (Bakker & Albrecht, 2018; Brewster et al., 2020; Cunliffe & Eriksen, 2011). Ao situar-se na intersecção destes eixos, o estudo contribui para aprofundar o enquadramento conceptual da liderança relacional em contexto clínico intensivo e para clarificar os mecanismos interacionais através dos quais o engagement é vivido, interpretado e sustentado nas equipas multiprofissionais, afirmando-se como um contributo relevante para o desenvolvimento teórico e empírico da liderança em saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

As UCIs constituem microssistemas organizacionais caracterizados por elevada complexidade técnica e interdependência profissional, nos quais convergem simultaneamente exigências clínicas, cognitivas e emocionais intensas. A elevada densidade tecnológica, a necessidade de decisões clínicas em tempo real e a exposição contínua à incerteza clínica configuram contextos marcados por elevada vulnerabilidade e responsabilidade ética, particularmente sensíveis à qualidade da coordenação interprofissional e à robustez das dinâmicas relacionais que sustentam o trabalho coletivo, determinantes para a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023).

Neste enquadramento, a liderança assume uma relevância central enquanto mecanismo organizador da ação coletiva, influenciando padrões de coordenação do trabalho clínico, o clima relacional, a capacidade adaptativa das equipas e a sustentabilidade organizacional (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023). Contudo, a natureza altamente interdependente e dinâmica dos cuidados intensivos evidencia limitações significativas dos modelos tradicionais de liderança, centrados em atributos individuais ou em posições formais de autoridade, exigindo enquadramentos que valorizem os processos interacionais, a influência distribuída e a construção relacional de significado como dimensões estruturantes do trabalho coletivo (Avolio et al., 2009; Gittell et al., 2010; Hawley & Wall, 2024; Liden et al., 2025; Uhl-Bien, 2006).

A revisão da literatura organiza-se em quatro eixos interligados: (i) evolução das teorias da liderança e limites das abordagens centradas no líder; (ii) desenvolvimento da liderança relacional em contextos clínicos e, em particular, nos cuidados intensivos; (iii) conceptualização do engagement profissional em saúde; e (iv) articulação teórica entre liderança relacional e engagement profissional.

2.1 Da liderança clássica aos modelos contemporâneos: limites das abordagens centradas no líder

As abordagens iniciais ao estudo da liderança centraram-se na identificação de traços individuais associados à eficácia do líder, assumindo que determinadas características pessoais inatas explicariam o exercício eficaz da influência organizacional. Esta perspetiva, conhecida como teoria dos traços, procurou identificar atributos relativamente estáveis, como assertividade, fiabilidade, persistência ou adaptabilidade, enquanto preditores da liderança eficaz (Stogdill, 1948).

A inconsistência empírica dos resultados e a limitada capacidade explicativa destas abordagens conduziram ao desenvolvimento de modelos comportamentais, que deslocaram o foco da personalidade para os padrões observáveis de comportamento associados à liderança eficaz. Estudos conduzidos na *Ohio State University* e na *University of Michigan* identificaram duas dimensões fundamentais, a estruturação da tarefa e a orientação para as pessoas, evidenciando a importância do suporte relacional e da definição clara de objetivos no funcionamento das equipas (Fleishman, 1953; Likert, 1961; Yukl, 2013b).

Apesar deste avanço, estas perspetivas mantiveram uma visão predominantemente individual e descontextualizada da liderança, centrando-se na ação do líder e atribuindo-lhe responsabilidade primária pela eficácia organizacional, em detrimento das dinâmicas sociais e do contexto organizacional. Análises críticas subsequentes vieram sublinhar a dificuldade destes modelos em captar a natureza processual e relacional da liderança em contextos organizacionais dinâmicos (Denis et al., 2012; Yukl, 2013a).

Os modelos contingenciais introduziram explicitamente a importância do contexto ao defenderem que a eficácia da liderança depende da adequação entre estilo e situação (Fiedler, 1978; Hersey & Blanchard, 1993). Embora tenham ampliado o enquadramento analítico, continuaram a posicionar o líder como agente principal de adaptação, relegando para segundo plano os processos coletivos e as dinâmicas interacionais que estruturam a ação organizacional (Denis et al., 2012; Yukl, 2013b).

A teoria da liderança transformacional representou um avanço significativo ao reconhecer a dimensão motivacional e simbólica da liderança, enfatizando a capacidade do líder para inspirar, mobilizar e promover mudanças nos seguidores (Bass & Riggio, 2006). Todavia, a centralidade atribuída à figura do líder pode reforçar narrativas heroicas pouco ajustadas a sistemas caracterizados por elevada interdependência funcional e especialização profissional, como os contextos de cuidados intensivos (Tourish, 2013; Yukl, 2013a).

Em síntese, embora tenham contribuído significativamente para o desenvolvimento da liderança, os modelos clássicos revelam limitações quando aplicados a ambientes organizacionais complexos, onde a liderança se manifesta através de múltiplos atores e interações contingentes. Como afirma Yukl (2013a), os modelos tradicionais tendem a subestimar o papel dos processos sociais, das interações quotidianas e das dinâmicas relacionais na emergência e eficácia da liderança, particularmente em contextos organizacionais dinâmicos. Esta evolução teórica evidencia a insuficiência dos modelos centrados no líder para explicar a liderança em sistemas organizacionais complexos, abrindo espaço para abordagens que a conceptualizam como fenómeno relacional, distribuído e emergente.

2.2 Emergência de perspetivas relacionais, participativas e distribuídas

A crescente complexidade das organizações contemporâneas, particularmente em setores intensivos em conhecimento como a saúde, tem conduzido ao desenvolvimento de perspetivas que deslocam o foco da liderança individual para os processos coletivos de influência (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023). Estas abordagens enfatizam a natureza interdependente do trabalho organizacional, reconhecendo que a coordenação eficaz depende de padrões relacionais dinâmicos, e não de autoridade formal (Denis et al., 2012; Uhl-Bien, 2006).

Assim, emergem conceções participativas, distribuídas e processuais da liderança, nas quais a influência é partilhada entre múltiplos atores, socialmente construída e continuamente negociada nas interações quotidianas. A liderança deixa, assim, de ser entendida como atributo estático associado a uma posição hierárquica, passando a ser concebida como um fenómeno emergente da prática organizacional, sensível ao contexto e às exigências situacionais (Cunliffe & Eriksen, 2011; Denis et al., 2012).

A liderança relacional inscreve-se neste movimento teórico ao conceptualizar a influência organizacional como processo socialmente construído que emerge das interações entre profissionais. Neste sentido, a liderança não reside exclusivamente em papéis formais, mas é partilhada, negociada e continuamente (re)produzida nas práticas organizacionais (Denis et al., 2012; Uhl-Bien, 2006).

Esta perspetiva torna-se particularmente evidente em contextos clínicos caracterizados por elevada interdependência funcional, onde a eficácia organizacional depende da articulação entre múltiplos profissionais especializados. Nestes ambientes, a liderança assume uma configuração plural e adaptativa, ajustando-se às exigências clínicas e às dinâmicas relacionais da equipa (Denis et al., 2012; Uhl-Bien, 2006).

Paralelamente, a literatura em saúde tem vindo a reconhecer o engagement profissional como dimensão central para a compreensão do desempenho, do bem-estar e da sustentabilidade organizacional em contextos de elevada exigência (Bakker & Albrecht, 2018; Van Bogaert et al., 2014, 2017). Definido como estado psicológico positivo de envolvimento com o trabalho, caracterizado por vigor, dedicação e absorção, o engagement tem sido consistentemente associado à qualidade assistencial e à retenção de profissionais (Schaufeli et al., 2002; Van Bogaert et al., 2017).

A articulação entre estas duas linhas, liderança enquanto processo relacional e engagement enquanto experiência de envolvimento profissional, constitui o eixo conceptual que orienta o aprofundamento desenvolvido nos pontos seguintes.

2.3 Liderança Relacional: fundamentos e conceitos

A liderança relacional representa uma inflexão teórica significativa ao deslocar o foco analítico da figura do líder para os processos interacionais que estruturam a ação coletiva. Em vez de conceptualizar a liderança como atributo pessoal ou função formal, esta perspetiva entende-a como um fenómeno emergente das relações sociais que configuram o trabalho organizacional (Cunliffe & Eriksen, 2011; Hawley & Wall, 2024; Uhl-Bien, 2006).

A formulação proposta por Uhl-Bien (2006) constitui um marco nesta viragem conceptual, ao distinguir explicitamente entre entidades (líderes e seguidores) e processos de liderança. Nesta abordagem, a liderança é compreendida como uma dinâmica relacional produzida nas interações, através da qual os significados são negociados, as expectativas são alinhadas e os padrões de coordenação são continuamente (re)construídos. A influência não é concebida como recurso unilateral detido por um ator específico, mas como processo distribuído que emerge da rede de relações organizacionais.

Esta perspetiva articula-se com abordagens construtivistas e processuais da organização, nas quais a realidade organizacional é entendida como continuamente produzida e reproduzida nas práticas quotidianas. A liderança assume, assim, uma natureza contextual, contingente e situada, sendo sensível às condições estruturais e às dinâmicas intersubjetivas que moldam o trabalho coletivo (Denis et al., 2012; Uhl-Bien, 2023).

Em contextos caracterizados por elevada interdependência funcional e especialização profissional, como as UCIs, esta abordagem oferece um enquadramento particularmente pertinente. A coordenação eficaz não depende exclusivamente da autoridade formal, mas da capacidade coletiva de articular saberes especializados, gerir incerteza clínica e sustentar alinhamento interprofissional sob pressão assistencial (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023).

A literatura recente tem vindo a evidenciar que a liderança relacional se manifesta através de práticas interacionais concretas que promovem participação ativa, escuta reflexiva, co-construção de significado e alinhamento em torno de objetivos partilhados. Estas práticas não se limitam a comportamentos

instrumentais, configurando dispositivos relacionais que sustentam ambientes colaborativos, facilitam a adaptação à incerteza e reforçam a eficácia coletiva, particularmente em contextos clínicos caracterizados por elevada pressão cognitiva e emocional (Maritsa et al., 2022; Timmins et al., 2023).

Assim, a liderança relacional pode ser compreendida como uma configuração dinâmica de práticas interacionais que estruturam a coordenação, a construção de sentido partilhado e a regulação das interdependências organizacionais (Cunliffe & Eriksen, 2011; Denis et al., 2012). Esta conceptualização permite analisar a liderança não como propriedade individual estável, mas como processo adaptativo continuamente negociado no interior das equipas multiprofissionais (Cunliffe & Eriksen, 2011).

2.4 Liderança Relacional em unidades de cuidados intensivos

As UCIs constituem contextos organizacionais particularmente sensíveis à qualidade da liderança, dada a combinação de elevada complexidade, criticidade clínica, interdependência profissional e necessidade de adaptação contínua sob pressão assistencial. A coordenação eficaz nestes ambientes depende da articulação entre múltiplos profissionais com diferentes especializações e responsabilidades, da clareza na tomada de decisão e da robustez das dinâmicas relacionais que sustentam o trabalho coletivo (Brewster et al., 2020; Kadosh & Rozani, 2025; Timmins et al., 2023).

A evidência empírica sugere que abordagens centradas na autoridade formal apresentam limitações relevantes em contextos de cuidados intensivos, onde a imprevisibilidade clínica e a necessidade de resposta rápida exigem redistribuição contingente de influência e elevada coordenação interprofissional (Brewster et al., 2020; Reader et al., 2011; Warren & Carnall, 2010). Nestes cenários, práticas de liderança que promovem comunicação aberta, confiança mútua e participação estruturada têm sido associadas a maior coesão de equipa e melhor desempenho clínico (Brewster et al., 2020; Dorine et al., 2023).

Estudos recentes em cuidados intensivos indicam que a liderança relacional contribui para a construção de um ambiente de segurança psicológica, facilitando a expressão de dúvidas, a partilha de informação crítica e a aprendizagem coletiva após eventos adversos (Gittell et al., 2010; Timmins et al., 2023). Esta dimensão revela-se particularmente relevante em ambientes onde o silêncio ou a hesitação podem ter implicações diretas na segurança do doente (Ito et al., 2022).

Adicionalmente, a presença de lideranças relacionalmente orientadas tem sido associada a melhores dinâmicas de equipa, maior coesão interprofissional e melhor gestão da carga emocional inerente ao trabalho intensivo. A capacidade de reconhecer contributos individuais, mediar tensões e sustentar alinhamento sob pressão assistencial surge como elemento estruturante da estabilidade organizacional em cuidados intensivos (Brewster et al., 2020; Maritsa et al., 2022; Dorine et al., 2023).

Neste contexto, a liderança relacional não substitui a autoridade técnico-clínica, mas complementa-a, conferindo legitimidade e previsibilidade às decisões em ambientes de elevada incerteza. A sua relevância reside na capacidade de integrar competência técnica e regulação relacional, sustentando a coordenação adaptativa exigida pelos cuidados intensivos (Cunliffe & Eriksen, 2011; Timmins et al., 2023; Uhl-Bien, 2006, 2023).

2.5 Engagement profissional

O engagement profissional tem vindo a afirmar-se como um constructo central na compreensão do funcionamento organizacional, do desempenho humano e do bem-estar ocupacional, particularmente em contextos de elevada exigência e complexidade (Bakker & Demerouti, 2008; Schaufeli et al., 2002). No campo da psicologia organizacional, o engagement é geralmente conceptualizado como um estado psicológico positivo, persistente e relacionado com a atividade profissional, caracterizado por vigor, dedicação e absorção (Bakker & Albrecht, 2018; Schaufeli et al., 2002).

O vigor refere-se a elevados níveis de energia e resiliência mental durante a atividade profissional, a dedicação traduz um forte envolvimento emocional e cognitivo com o trabalho, e a absorção corresponde a um estado de concentração plena que conduz à experiência de imersão na tarefa (Bakker & Demerouti, 2008; Schaufeli et al., 2002). Em conjunto, estas dimensões refletem uma relação ativa e energizada com o trabalho, distinguindo o engagement de constructos próximos como satisfação profissional ou compromisso organizacional (Bakker & Albrecht, 2018; Schaufeli et al., 2002).

O desenvolvimento teórico do engagement está fortemente associado ao modelo Job Demands–Resources (JD-R), que conceptualiza o engagement profissional como resultado da interação entre exigências do trabalho e recursos disponíveis (Bakker & Demerouti, 2008, 2017). De acordo com este modelo, os recursos organizacionais, incluindo suporte social, autonomia e qualidade da liderança,

desempenham um papel fundamental na mobilização de energia psicológica e na sustentação do engagement ao longo do tempo.

Neste sentido, o engagement não é entendido apenas como um estado individual, mas como fenómeno profundamente influenciado pelo contexto organizacional e pelas condições relacionais em que o trabalho se desenvolve. Ambientes caracterizados por suporte interprofissional, comunicação eficaz e reconhecimento mútuo tendem a favorecer níveis mais elevados de envolvimento profissional, enquanto contextos marcados por conflito relacional ou sobrecarga organizacional podem fragilizá-lo (Bakker & Albrecht, 2018; Shuck et al., 2017).

A crescente atenção dedicada ao engagement reflete também o reconhecimento do seu impacto em múltiplos indicadores organizacionais, incluindo desempenho, qualidade do trabalho, retenção de profissionais e bem-estar psicológico. Por estas razões, o engagement tem sido progressivamente integrado em modelos explicativos que procuram compreender a sustentabilidade das equipas em ambientes organizacionais exigentes (Prenestini et al., 2023; Saks, 2022).

2.6 Engagement profissional no contexto da saúde e cuidados intensivos

A investigação em saúde tem demonstrado que níveis elevados de engagement profissional têm sido consistentemente associados a melhores resultados organizacionais e assistenciais. Em particular, diversos estudos indicam que o engagement dos profissionais de saúde se associa a maior qualidade percebida dos cuidados, maior segurança do doente e menor incidência de eventos adversos (Van Bogaert et al., 2014, 2017).

Para além do impacto na qualidade assistencial, o engagement tem sido identificado como fator relevante para a sustentabilidade das equipas de saúde. Profissionais com níveis mais elevados de envolvimento tendem a apresentar maior resiliência psicológica, menor probabilidade de burnout e maior intenção de permanência nas organizações (Bakker & Albrecht, 2018; Zhang et al., 2025).

Estes efeitos assumem particular relevância em sistemas de saúde contemporâneos, marcados por intensificação do trabalho clínico, escassez de recursos humanos e crescente complexidade assistencial. Nestes contextos, a capacidade das organizações para sustentar níveis elevados de engagement entre os profissionais constitui fator crítico para garantir continuidade, qualidade e segurança dos cuidados (Bakker & Albrecht, 2018; Huang et al., 2025; Van Bogaert et al., 2017).

A literatura tem igualmente sublinhado que o engagement em saúde é influenciado por múltiplos fatores organizacionais e relacionais, incluindo clima de equipa, suporte institucional, qualidade da comunicação e práticas de liderança. Estes elementos funcionam como recursos psicossociais que permitem aos profissionais lidar com as exigências do trabalho clínico e preservar o envolvimento profissional ao longo do tempo (Bakker & Albrecht, 2018; O'Donovan & McAuliffe, 2020b; Shuck et al., 2017).

As UCIs constituem contextos particularmente exigentes para a manutenção do engagement profissional. A elevada complexidade clínica, a intensidade da monitorização contínua e a necessidade de tomada de decisão rápida em situações críticas expõem os profissionais a níveis elevados de carga cognitiva e emocional (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023).

Para além da exigência técnica inerente ao cuidado de doentes críticos, os profissionais de cuidados intensivos enfrentam exposição frequente a sofrimento, morte e decisões éticas complexas, fatores que têm sido associados a maior vulnerabilidade ao desgaste emocional e à erosão do envolvimento profissional (Du et al., 2024; Huang et al., 2025). Estes elementos configuram um ambiente de trabalho em que a manutenção de níveis sustentados de engagement depende fortemente das condições organizacionais e relacionais disponíveis (Bakker & Albrecht, 2018; O'Donovan & McAuliffe, 2020a, 2020b).

Estudos empíricos em contextos de cuidados intensivos indicam que o engagement profissional pode ser significativamente influenciado por fatores como clima de equipa, qualidade da comunicação interprofissional, suporte organizacional e práticas de liderança. Quando estes recursos são percecionados como insuficientes, aumenta o risco de exaustão emocional, desinvestimento profissional e intenção de saída das organizações de saúde (O'Donovan & McAuliffe, 2020b; Van Bogaert et al., 2017).

Adicionalmente, ambientes de trabalho caracterizados por cooperação interprofissional, confiança relacional e reconhecimento mútuo tendem a favorecer níveis mais elevados de envolvimento profissional, mesmo em contextos de elevada pressão assistencial (Bakker & Albrecht, 2018). Estes recursos organizacionais e relacionais funcionam como elementos protetores, permitindo aos profissionais sustentar energia psicológica e sentido de propósito no trabalho (Maritsa et al., 2022).

Neste sentido, compreender os fatores que influenciam o engagement em UCIs assume particular relevância para a sustentabilidade das equipas clínicas e para a qualidade dos cuidados prestados a doentes críticos.

2.7 Articulação teórica entre liderança relacional e engagement profissional

A literatura tem vindo a evidenciar a relevância das práticas de liderança para a promoção do engagement profissional, particularmente em contextos organizacionais caracterizados por elevada complexidade e interdependência (O'Donovan & McAuliffe, 2020b). Diversos estudos indicam que estilos de liderança que privilegiam a comunicação aberta, o reconhecimento e o suporte relacional estão associados a níveis mais elevados de envolvimento profissional, bem-estar psicológico e desempenho das equipas (Maritsa et al., 2022; Murray, 2024; O'Donovan & McAuliffe, 2020b).

Esta relação pode ser compreendida à luz do modelo JD-R, no qual o engagement resulta da interação dinâmica entre exigências do trabalho e recursos organizacionais, assumindo a liderança um papel central enquanto recurso organizacional estruturante capaz de mobilizar e amplificar outros recursos psicossociais (Bakker & Albrecht, 2018; Bakker & Demerouti, 2008, 2017; Papazian et al., 2023; Quesada-Puga et al., 2024; Zhang et al., 2025).

Em contextos organizacionais intensivos em conhecimento, a liderança relacional tem sido identificada como um elemento particularmente relevante para a promoção do engagement. Ao privilegiar processos de influência partilhada, construção de confiança e coordenação interprofissional, esta abordagem contribui para ambientes de trabalho mais colaborativos e para a mobilização coletiva de energia psicológica no trabalho (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023; Van Bogaert et al., 2017; Yamamoto, 2022).

Estudos recentes em organizações de saúde reforçam esta associação. A evidência sugere que práticas de liderança que promovem participação, escuta ativa e reconhecimento profissional contribuem para o desenvolvimento de segurança psicológica e confiança interprofissional, fatores que têm sido associados a maior engagement entre profissionais de saúde (Gittell et al., 2010; Ito et al., 2022; Nguyen, 2021). Estes mecanismos parecem assumir particular relevância em ambientes clínicos complexos, onde o trabalho depende de elevada coordenação entre múltiplos profissionais e onde as decisões são frequentemente tomadas sob condições de incerteza (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023; Van Bogaert et al., 2017; Yamamoto, 2022).

Apesar do crescimento consistente da evidência empírica que associa práticas de liderança a níveis mais elevados de engagement profissional, a literatura recente tem igualmente reconhecido limitações importantes na compreensão destes fenómenos em contextos clínicos complexos. Em particular, diversos autores sublinham que a investigação existente permanece predominantemente ancorada em

abordagens quantitativas, centrada na medição de constructos e na análise de relações estatísticas entre variáveis (Brewster et al., 2020; O'Donovan & McAuliffe, 2020a; Timmins et al., 2023).

Consequentemente, permanece relativamente pouco explorada a forma como os profissionais de saúde experienciam e interpretam as dinâmicas de liderança no seu quotidiano de trabalho e de que modo essas experiências se relacionam com o seu engagement profissional. Esta lacuna é particularmente evidente em contextos de cuidados intensivos, onde a complexidade clínica, a intensidade emocional e a interdependência multiprofissional configuram dinâmicas organizacionais específicas (Cunliffe & Eriksen, 2011; Ito et al., 2022; Maritsa et al., 2022).

Neste sentido, aprofundar a compreensão das experiências vividas de liderança e engagement em UCIs constitui um contributo relevante para a literatura existente, ao permitir aceder aos processos intersubjetivos através dos quais liderança e engagement são vividos, interpretados e (re)construídos no contexto real da prática clínica intensiva.

3. MODELO CONCEPTUAL

3.1 Enquadramento conceptual do estudo

O estudo é orientado por um enquadramento conceptual que articula três eixos principais: a liderança enquanto processo relacional, o engagement profissional enquanto experiência de envolvimento com o trabalho e as UCIs enquanto contexto organizacional de elevada complexidade clínica.

A liderança é compreendida a partir de uma perspetiva relacional, na qual a influência organizacional emerge das interações quotidianas entre profissionais e se manifesta em práticas de coordenação, comunicação e construção de sentido partilhado (Cunliffe & Eriksen, 2011; Uhl-Bien, 2006). Nesta perspetiva, a liderança não se circunscreve a papéis formais ou posições hierárquicas, sendo continuamente produzida e legitimada nas dinâmicas relacionais que estruturam o trabalho coletivo.

Paralelamente, o engagement profissional é entendido como uma experiência psicossocial que traduz a forma como os profissionais vivenciam o seu trabalho em termos de vigor, dedicação e envolvimento positivo (Bakker & Albrecht, 2018; Schaufeli et al., 2002). A evidência empírica demonstra que níveis mais elevados de engagement se associam a melhor desempenho organizacional, maior qualidade dos cuidados e maior bem-estar profissional (Van Bogaert et al., 2017).

A articulação entre liderança e engagement é enquadrada à luz do modelo JD-R, que conceptualiza o engagement profissional como resultado da interação dinâmica entre exigências do trabalho e recursos organizacionais disponíveis (Bakker & Demerouti, 2017). Neste enquadramento, as práticas de liderança assumem-se como recursos organizacionais particularmente relevantes, nomeadamente quando favorecem a comunicação, o reconhecimento e o suporte relacional em contextos de elevada exigência profissional.

As UCIs representam um contexto organizacional particularmente relevante para explorar esta articulação. Caracterizadas por elevada complexidade técnica, interdependência multiprofissional e intensa pressão assistencial, estas unidades exigem elevados níveis de coordenação relacional e de envolvimento profissional para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023).

Com base neste enquadramento conceptual, o presente estudo procura aprofundar a compreensão de como as dinâmicas de liderança são experienciadas pelos profissionais de saúde em UCIs e de que modo essas experiências se articulam com o engagement profissional. Em coerência com os princípios

da IPA (Smith et al., 2009), este enquadramento mantém abertura à emergência de novos significados a partir dos dados empíricos.

3.2 Questão de investigação e objetivos

Partindo da revisão da literatura apresentada, o estudo orienta-se pela seguinte questão de investigação:

De que modo os profissionais de saúde das UCIs interpretam e experienciam as dinâmicas de liderança relacional e como percecionam a sua articulação com o engagement profissional no quotidiano do trabalho clínico?

Esta questão decorre da necessidade de aprofundar a compreensão experiencial e contextualizada das dinâmicas de liderança e envolvimento profissional em contextos de elevada complexidade clínica. Ao privilegiar uma formulação centrada na interpretação e na experiência vivida, a investigação posiciona-se fora de uma lógica explicativa ou preditiva, orientando-se para uma compreensão interpretativa e situada destes fenómenos no contexto real da prática clínica.

Objetivo geral

O objetivo geral do estudo consiste em compreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde às práticas de liderança no seu contexto de trabalho e explorar de que modo essas experiências se articulam com o engagement profissional em UCIs.

Objetivos específicos

De forma a responder à questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Compreender como os profissionais de saúde descrevem e interpretam as práticas de liderança no seu quotidiano clínico;
- Explorar de que modo essas práticas são experienciadas ao nível das interações, da organização do trabalho e das relações interprofissionais;
- Identificar os fatores relacionais e contextuais que influenciam o engagement profissional em UCIs;
- Analisar a forma como as dinâmicas de liderança se articulam com o engagement profissional, considerando dimensões como pertença, reconhecimento e sentido atribuído ao trabalho;
- Explorar as implicações percecionadas dessas dinâmicas no bem-estar dos profissionais, na qualidade dos cuidados e na sustentabilidade das equipas.

Ao centrar-se nos processos relacionais que emergem da prática clínica, o estudo visa contribuir para uma compreensão situada e fenomenologicamente fundamentada da articulação entre liderança relacional e engagement em cuidados intensivos, oferecendo bases empíricas para a reflexão sobre práticas de gestão e formação em liderança.

3.3 Dimensões analíticas orientadoras

A análise dos dados foi orientada por um conjunto de dimensões analíticas que resultam da articulação entre o enquadramento conceptual do estudo e as evidências identificadas na literatura. Estas dimensões não constituem categorias fechadas, mas eixos interpretativos que orientam a exploração dos significados atribuídos pelos participantes às suas experiências.

1. Experiência e representação das práticas de liderança, procurando compreender como os profissionais descrevem e interpretam a influência, a coordenação e a tomada de decisão no contexto das equipas de cuidados intensivos.
2. Liderança enquanto processo relacional, explorando de que forma as experiências relatadas refletem dinâmicas de confiança, comunicação, partilha e construção de sentido partilhado entre profissionais, sem recurso a classificações normativas.
3. Experiência vivida de engagement profissional, analisando como os participantes descrevem o seu envolvimento com o trabalho em cuidados intensivos, incluindo perceções de energia, dedicação, significado e ligação à equipa.
4. Fatores relacionais e contextuais que influenciam estas experiências, incluindo elementos como o clima de equipa, pressão assistencial, interdependência profissional e suporte organizacional, que moldam a experiência de liderança e engagement.
5. Implicações percebidas para o funcionamento das equipas, compreendendo como estas dinâmicas são integradas nas narrativas sobre bem-estar profissional, qualidade assistencial e sustentabilidade organizacional.

Estas dimensões analíticas orientam a leitura interpretativa dos dados, permanecendo abertas à reformulação ao longo do processo de análise, de modo a integrar os significados emergentes a partir das narrativas dos participantes, de acordo com os princípios metodológicos da IPA (Smith et al., 2009).

4. METODOLOGIA

4.1 Enquadramento filosófico e epistemológico

A presente investigação insere-se no paradigma fenomenológico/interpretativista, centrado na compreensão dos significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências vividas. Assume-se que a realidade é socialmente construída e subjetivamente interpretada, sendo o conhecimento produzido através da análise dos processos de atribuição de significado (Smith et al., 2009).

A opção por este paradigma justifica-se pela sua adequação à exploração de fenómenos complexos, contextualmente situados e emocionalmente densos, como as dinâmicas de liderança e engagement em UCIs, contextos clínicos caracterizados por elevada complexidade, interdependência e exigência emocional (Brewster et al., 2020; Pietkiewicz & Smith, 2014).

A investigação caracteriza-se, ainda, pela dupla hermenêutica do processo interpretativo, na medida em que o participante interpreta a sua experiência e o investigador interpreta esse processo. Neste contexto, a prática de anotações reflexivas revelou-se fundamental para distinguir a voz do participante das interpretações do investigador (Larkin et al., 2006).

4.2 Estratégia de investigação

A estratégia de investigação foi desenhada de forma a garantir coerência com os pressupostos do paradigma fenomenológico, adotando uma abordagem indutiva, iterativa e centrada no significado (Smith et al., 2009).

Neste estudo, tal traduz-se na compreensão do fenómeno a partir das narrativas dos participantes, sem recurso a hipóteses prévias, privilegiando os significados que atribuem às suas experiências de liderança e engagement em UCIs. Esta orientação está alinhada com uma abordagem fenomenológica, assente num estudo qualitativo baseado em dados primários, cuja análise assume natureza interpretativa, centrada na compreensão dos significados atribuídos pelos participantes às suas experiências vividas (Creswell & Poth, 2025).

A dimensão indutiva traduz-se na identificação de padrões e temas emergentes a partir dos dados, evitando a imposição de categorias teóricas pré-definidas (Eatough & Smith, 2017). A natureza iterativa manifesta-se na articulação contínua entre recolha e análise, através de um processo interpretativo recursivo que envolve o movimento entre excertos individuais e a totalidade do corpus, denominado círculo hermenêutico (Gadamer et al., 2004; Smith et al., 2009).

O foco no significado orienta a análise para a experiência vivida dos participantes, procurando compreender como interpretam e dão sentido às dinâmicas relacionais de liderança e ao seu envolvimento profissional, num contexto organizacional marcado por elevada interdependência e exigência, como o das UCIs. Esta perspetiva insere-se na tradição fenomenológica, que assume a experiência subjetiva como núcleo do conhecimento e reconhece o papel central da interpretação na construção de sentido (Manen, 2016).

Esta orientação foi operacionalizada através do guião de entrevista, estruturado em torno de eixos temáticos indutivos que refletem as dimensões analíticas do estudo: percurso profissional, vivências de liderança, dinâmicas relacionais e impacto no engagement e bem-estar profissional, assegurando o alinhamento entre a recolha de dados e objetivos do estudo e privilegiando a emergência de significados a partir da experiência dos participantes.

4.3 Contexto do estudo e participantes

O estudo foi desenvolvido em UCIs polivalentes localizadas na região Norte de Portugal, abrangendo quatro instituições distintas: três Unidades Locais de Saúde, integradas no Serviço Nacional de Saúde, e uma unidade de um hospital privado.

Esta diversidade institucional permitiu apreender o fenómeno da liderança relacional em contextos com diferentes modelos organizacionais, sem objetivo de comparação interinstitucional, visando a compreensão do fenómeno em múltiplos enquadramentos contextuais (Smith et al., 2009).

As unidades selecionadas caracterizam-se como microssistemas de elevada complexidade clínica e tecnológica, onde a prestação de cuidados a doentes críticos implica elevada interdependência multiprofissional e gestão contínua de incerteza e exigência emocional (Reader et al., 2011; Gittell et al., 2010).

4.3.1 Caracterização da amostra

Foi utilizada uma amostragem intencional de natureza homogénea, orientada para a seleção de participantes com características comuns relevantes para o fenómeno em estudo (Smith et al., 2009).

No presente estudo, esta estratégia implicou a inclusão de profissionais de saúde com experiência direta em UCIs, assegurando a partilha de um contexto clínico e organizacional comparável, bem como a exposição a dinâmicas semelhantes de liderança e engagement.

A opção por uma amostra homogénea visa garantir coerência contextual e pertinência experiencial, condições essenciais para a IPA, que privilegia a exploração aprofundada de significados em grupos relativamente circunscritos (Eatough & Smith, 2017; Creswell & Poth, 2025).

Esta opção metodológica reforça a coerência interna do estudo, ao ancorar as interpretações num campo experiencial partilhado, reduzindo a dispersão contextual e potenciando a profundidade e densidade da análise interpretativa.

A amostra integrou 12 profissionais de saúde (n = 12), incluindo sete enfermeiros, quatro médicos e uma técnica auxiliar de saúde, todos com experiência superior a um ano em UCIs.

Esta composição multiprofissional, mantendo a homogeneidade do contexto clínico de trabalho, permitiu captar múltiplas perspetivas situadas sobre o fenómeno em estudo, refletindo a natureza interdependente e relacional das equipas em cuidados intensivos (Brewster et al., 2020; Gittell et al., 2010).

Os participantes apresentavam idades entre os 34 e os 65 anos, abrangendo diferentes fases do percurso profissional, contribuindo para a riqueza interpretativa dos dados (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Relativamente ao género, a amostra integrou 11 participantes do sexo feminino e um do sexo masculino, refletindo a distribuição demográfica das profissões de saúde em Portugal (PlanAPP, 2024).

As entrevistas apresentaram uma duração média de 41 minutos (intervalo: 25–75 minutos), resultando num corpus de dados denso e adequado à análise fenomenológica interpretativa. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados através de códigos alfanuméricos (P1–P12). A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Participante	Profissão	Sexo	Idade	Duração da entrevista
P1	Enfermeira	F	36	41 min
P2	Enfermeira	F	43	39 min
P3	Médica	F	46	38 min
P4	Enfermeira	F	45	38 min
P5	Enfermeira	F	42	34 min
P6	Técnica Auxiliar de Saúde	F	47	25 min
P7	Enfermeira	F	35	35 min
P8	Enfermeira	F	34	33 min
P9	Enfermeira	F	65	75 min
P10	Médica	F	36	41 min
P11	Médico	M	36	48 min
P12	Médica	F	49	45 min

A dimensão da amostra mostrou-se adequada ao desenho idiográfico da IPA, permitindo uma exploração aprofundada de cada caso, entendido como a experiência individual de cada participante enquanto unidade de análise. Esta abordagem privilegia a análise detalhada e contextualizada de cada participante, em consonância com a lógica idiográfica da IPA (Smith et al., 2009; Eatough & Smith, 2017).

O processo de recolha foi orientado pelo critério de saturação interpretativa, verificando-se que a inclusão de novos participantes não acrescentava dimensões conceptuais substantivamente distintas (Saunders et al., 2018; Smith et al., 2009).

4.4 Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, com o guião estruturado em eixos temáticos alinhados com os objetivos do estudo, privilegiando questões abertas e de natureza indutiva orientadas para a exploração das experiências dos participantes.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, em locais definidos pelos participantes, de forma a assegurar condições de privacidade, conforto e adequação ao contexto individual, com duração média de 41 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas em suporte áudio e transcritas integralmente em formato verbatim.

Este procedimento permitiu preservar não apenas o conteúdo semântico, mas também elementos linguísticos relevantes para a interpretação fenomenológica, como pausas, hesitações e entoação (Smith & Osborn, 2008).

4.4.1 Reflexividade

Dada a natureza interpretativista do estudo, foi adotada uma abordagem reflexiva ao longo de todo o processo de investigação. O investigador recorreu ao registo sistemático de notas reflexivas imediatamente após cada entrevista, documentando dimensões emocionais, dinâmicas interacionais e impressões analíticas iniciais.

Estas notas constituíram um instrumento central de reflexividade, contribuindo para a monitorização da influência das conceções do investigador no processo interpretativo (Yardley, 2000). A reflexividade contribuiu para reforçar a transparência e a credibilidade analítica (Larkin et al., 2006).

4.5 Processo de análise dos dados

A análise dos dados seguiu um processo iterativo, indutivo e centrado no significado.

Numa primeira fase, procedeu-se à leitura repetida das transcrições, com o objetivo de alcançar imersão nos dados e compreensão do contexto narrativo de cada participante. Seguiu-se uma etapa de anotação exploratória, integrando comentários descritivos, linguísticos e conceptuais, permitindo identificar unidades de significado relevantes.

Posteriormente, foram desenvolvidos temas emergentes por caso, através de um processo de abstração e síntese interpretativa. Estes temas foram depois organizados em estruturas hierárquicas, permitindo identificar padrões transversais entre participantes, preservando simultaneamente a especificidade idiográfica de cada narrativa.

A análise foi apoiada pelo software de análise qualitativa MAXQDA (VERBI Software, Berlin, Alemanha, versão 2024), utilizado como ferramenta de organização e sistematização dos dados, sem substituir o

papel interpretativo central do investigador, contribuindo para a sistematização, o rigor e a auditabilidade de todas as fases da codificação.

Ao longo de todo o processo analítico, foi assegurada uma forte ancoragem empírica, privilegiando a utilização de excertos verbatim como base da interpretação.

4.6 Rigor metodológico

O rigor metodológico foi assegurado com base nos critérios propostos por Yardley (2000), utilizados na investigação qualitativa, nomeadamente:

- Sensibilidade ao contexto, assegurada através do enquadramento teórico e da proximidade ao contexto clínico estudado;
- Rigor e transparência, garantidos pela descrição detalhada dos procedimentos de recolha e análise de dados;
- Compromisso e profundidade, evidenciados pela análise idiográfica e pela exploração aprofundada das narrativas;
- Impacto e relevância, traduzidos na aplicabilidade dos resultados ao contexto das equipas de cuidados intensivos.

A credibilidade da análise foi reforçada pela ancoragem sistemática nos excertos verbatim, permitindo que as interpretações se ancorem diretamente nos dados empíricos.

4.7 Considerações éticas

A investigação foi conduzida em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à investigação em ciências sociais e da saúde, assegurando o respeito pelos princípios de autonomia, confidencialidade e proteção dos participantes ao longo de todo o processo de recolha, análise e tratamento dos dados.

Antes da realização das entrevistas, todos os participantes foram informados de forma clara e compreensível sobre os objetivos da investigação, os procedimentos de recolha de dados e a natureza voluntária da participação. Foi igualmente garantido o direito de desistência em qualquer momento. O consentimento informado foi obtido previamente à realização das entrevistas, assegurando que os participantes compreendiam plenamente o enquadramento e as finalidades da investigação.

A condução das entrevistas procurou igualmente respeitar a sensibilidade emocional associada às experiências relatadas pelos participantes, particularmente tendo em conta o contexto profissional das UCIs.

Para assegurar a confidencialidade e o anonimato, os participantes foram identificados através de códigos alfanuméricos (P1–P12), sendo removidos todos os elementos que pudessem permitir a sua identificação direta ou indireta. As entrevistas foram gravadas em suporte áudio com autorização explícita e posteriormente transcritas em formato verbatim, sendo os ficheiros armazenados em dispositivos protegidos e com acesso restrito ao investigador.

Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins científicos, sendo garantida a sua conservação segura durante o período necessário à investigação e posterior eliminação, em conformidade com as normas de proteção de dados em vigor.

Foram igualmente observados os princípios éticos estabelecidos no Código de Ética da Universidade do Minho, aplicável aos membros da comunidade académica envolvidos em atividades de investigação. O estudo respeitou, assim, os princípios de responsabilidade científica, integridade investigativa e proteção dos participantes, em conformidade com as orientações institucionais vigentes.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os resultados da análise temática das entrevistas realizadas.

A apresentação dos resultados privilegia a voz dos participantes, recorrendo a excertos verbatim que sustentam e ilustram as interpretações desenvolvidas. Sempre que pertinente, são integradas notas reflexivas do investigador, com o objetivo de tornar explícito o processo analítico e reforçar a transparência interpretativa.

Os resultados são organizados em categorias temáticas e subtemas emergentes, resultantes de um processo iterativo de análise, que articulou a exploração idiográfica dos casos individuais com a identificação de padrões interpretativos transversais.

A Tabela 2 apresenta a estrutura hierárquica dos temas identificados.

Tabela 2. Estrutura hierárquica dos temas e subtemas emergentes

Categoria temática	Subtemas
Liderança relacional como presença, ausência e mediação organizacional	5.1.1 Liderança como presença relacional: entre suporte, ausência e desorganização
	5.1.2 Comunicação como prática central da liderança relacional: entre clareza, falha e desarticulação
	5.1.3 Estilos de liderança: entre autoridade, proximidade relacional e reconhecimento
	5.1.4 Liderança emergente e dinâmica de equipa: adaptação coletiva em contextos de ausência
Engagement profissional como experiência relacional e vulnerável ao contexto	5.2.1 Engagement profissional como experiência relacional: entre envolvimento, pertença e sentido
	5.2.2 Desengajamento e desgaste profissional: a erosão relacional do envolvimento
	5.2.3 Fatores promotores de engagement: liderança como recurso relacional e organizacional

5.1 Liderança relacional como presença, ausência e mediação organizacional

Este tema incide sobre a forma como a liderança é descrita e experienciada pelos participantes no quotidiano clínico, considerando as dimensões associadas à presença, ausência e função mediadora no funcionamento das equipas.

A análise centra-se na forma como os profissionais descrevem a liderança enquanto prática situada nas interações quotidianas, explorando os elementos que configuram o seu papel na organização do trabalho coletivo e na regulação das dinâmicas de equipa.

A liderança é apresentada em articulação com aspetos como a proximidade, a disponibilidade e a comunicação, sendo também explorada a sua relação com a organização do trabalho e o funcionamento coletivo.

5.1.1 Liderança como presença relacional: entre suporte, ausência e desorganização

Neste subtema, a liderança é explorada a partir dos relatos dos participantes, como uma presença ou ausência, com impacto direto no funcionamento da equipa e na qualidade das interações no contexto clínico. Mais do que uma função formal, surge como uma prática situada no quotidiano, reconhecida através da proximidade, da disponibilidade e da capacidade de escuta.

Esta dimensão é particularmente evidente nos relatos que enfatizam a presença ativa do líder no terreno:

> *"Tem que ser alguém presente... que está ali no dia-a-dia, que conhece as pessoas, que sabe como é que a equipa funciona. Porque não basta estar no papel. Nós sentimos muito a diferença quando a pessoa está mesmo envolvida, quando percebe o que está a acontecer, quando nos ouve. Um líder tem que ouvir, tem que perceber, não é só dar ordens. É conseguir que o enfermeiro e o assistente sintam que a decisão também foi deles. Se eles não se sentirem parte da estratégia terapêutica, o trabalho torna-se mecânico, perde-se o brio. Um líder tem de ser o primeiro a admitir quando a situação nos ultrapassa."* (P7)

> *"Para mim, a liderança eu acho que é um guia... é alguém que dá foco. Um foco que toda a gente segue para o mesmo sítio. É alguém que tem que ter uma capacidade de visão global e não só para a forma como trabalhamos, mas para o estado em que estão os seus colaboradores. Às vezes estamos a trabalhar de uma maneira, mas sentimos de outra. Acho que isso é fundamental. Não é só dizer o que fazer, é ajudar a perceber para onde vamos, o que é importante. Quando*

isso existe, sentimos que há uma direção, que não estamos só a reagir ao que vai aparecendo." (P2)

Nestes discursos, a liderança surge associada a uma presença organizadora, cuja função não se esgota na tomada de decisão. Os participantes descrevem-na como fonte de direção, foco e articulação, permitindo que o trabalho seja experienciado como ação coletiva orientada, em vez de mera resposta fragmentada às exigências do momento.

Em contraste, a ausência de liderança é descrita de forma consistente como um fator de desorganização e fragmentação das práticas:

"Quando a liderança falha, isto fica um bocadinho ao abandono... cada um começa a fazer o que acha melhor, mas não há uma linha orientadora. E depois começam a surgir conflitos, porque ninguém sabe exatamente quem decide ou como se decide. Acaba por gerar alguma confusão no serviço, e isso nota-se muito no dia-a-dia. Vem-me à cabeça que tem sido um degradar de liderança. Se a pessoa que está na chefia não dá o exemplo, ou pelo menos não transmite realmente como é que as coisas devem ser feitas, a pessoa já não tem vontade de fazer bem. É um sentimento de que estamos sozinhos. Quando não sabem o que estão a fazer, influenciam dramaticamente a qualidade dos cuidados. Sinto que não há um rumo." (P10)

"*Há momentos em que sentimos mesmo que não há liderança. E quando isso acontece, gera-se o caos. Porque cada um está a tentar resolver as coisas à sua maneira, não há coordenação, não há alguém que agregue a equipa. E isso depois reflete-se em tudo: na comunicação, no ambiente, até na forma como trabalhamos uns com os outros."* (P10)

Nestes relatos, a ausência de liderança não é apenas descrita como falha organizacional, mas como uma experiência de perda de referência coletiva. Os participantes falam de perda de rumo, de ausência de referência e de dificuldade em sustentar uma linha comum de ação. A ação deixa de ser coordenada e passa a ser individualizada, surgem conflitos e aumenta a incerteza quanto aos critérios de decisão, dificultando a sustentação de práticas consistentes.

Para além da dimensão organizacional, os participantes sublinham o impacto emocional associado a contextos de liderança fragilizada:

"Sinto-me mesmo desesperada às vezes... porque parece que estamos sozinhos, que não há ninguém que nos apoie, que nos dê alguma orientação. E isso vai acumulando, vai desgastando, e chega a um ponto em que as pessoas ficam completamente desmotivadas." (P10)

"Quando o líder é invisível e só aparece para apontar o erro, o engagement morre. Tu fazes o teu trabalho, mas deixas de dar aquele 'extra'. Ficas pelo mínimo indispensável. A liderança está tão burocratizada que o líder já não sabe quem nós somos, somos só um número na escala." (P5)

Estes excertos sugerem que a ausência de liderança é também vivida como experiência de abandono e desgaste, sendo descrita como associada a processos de erosão progressiva do envolvimento profissional. Os profissionais mantêm a execução das tarefas, mas reduzem o investimento subjetivo no trabalho, numa lógica de retração progressiva, associada à sensação de não apoio e invisibilidade.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta interpretação, evidenciando a intensidade emocional destes relatos e a recorrência de expressões de frustração, desgaste e isolamento. Esta convergência parece sugerir que a liderança pode exercer uma função reguladora não apenas organizacional, mas também emocional, contribuindo para conter a tensão inerente ao contexto clínico.

Por outro lado, os participantes valorizam modelos de liderança que promovem envolvimento e partilha na tomada de decisão:

"Não é dar ordens... é envolver as pessoas, fazer com que também sintam que aquela decisão é delas. Quando isso acontece, há muito mais compromisso, muito mais responsabilidade no trabalho." (P12)

Neste excerto, a participação surge como condição para que os profissionais se reconheçam no processo de decisão e se impliquem mais diretamente na sua concretização.

Ainda assim, os dados revelam que, na ausência de liderança formal eficaz, emergem mecanismos adaptativos no seio da equipa:

"Nessa altura, acabámos por nos juntar mais como equipa... tentámos resolver as coisas entre nós, apoiar-nos mais uns aos outros. E isso acabou por nos motivar de alguma forma, porque sentimos que estávamos a conseguir dar resposta apesar das dificuldades." (P10)

Este testemunho mostra que a equipa procura reorganizar-se através da partilha de responsabilidades e do apoio mútuo. Essa adaptação é descrita como resposta à ausência de liderança formal, surgindo como forma de manter o funcionamento do serviço em contexto adverso, e não como substituto equivalente, sendo descrita como uma solução contingente e temporária.

5.1.2 Comunicação como prática central da liderança relacional: entre clareza, falha e desarticulação

Este subtema centra-se na forma como a comunicação é descrita pelos participantes no contexto da liderança, explorando o seu papel na coordenação do trabalho, na construção de sentido partilhado e na regulação das relações entre profissionais.

A análise incide sobre as diferentes formas como a comunicação é experienciada no quotidiano clínico, incluindo situações de clareza, falha e desarticulação.

Quando eficaz, é descrita como clara, bidirecional e orientada para a compreensão do racional das decisões:

> *"Quando há uma boa comunicação, as coisas fluem melhor. Sabemos o que está a ser decidido, porquê, e sentimos que podemos também dar a nossa opinião. Não é só receber ordens, é perceber o raciocínio por trás das decisões. Isso faz muita diferença no dia-a-dia, porque nos sentimos mais envolvidos e mais seguros no que estamos a fazer."* (P4)

> *"Entre nós conseguimos falar mais abertamente... mas quando é com a chefia já não é bem assim. Há coisas que pensamos, mas que não dizemos, porque sabemos que não vai ser bem recebido."* (P8)

A partir destes excertos, é possível identificar que a comunicação valorizada pelos participantes não é apenas clara no conteúdo, mas também aberta à participação. A possibilidade de compreender o "porquê" das decisões e de expressar opinião é descrita como associada a maior segurança e envolvimento no trabalho.

Ao mesmo tempo, os dados sugerem que essa participação não é vivida de forma homogénea, sendo condicionada pelo contexto relacional e pela posição hierárquica dos interlocutores. A abertura comunicacional parece variar em função do interlocutor e do contexto relacional, o que sugere diferentes perceções de legitimidade e risco na expressão da palavra.

Em contraste, a falha comunicacional é descrita de forma recorrente como um fator de desorganização e fragmentação do trabalho, sendo simultaneamente identificada como uma das principais fragilidades da liderança, com impacto direto na organização do trabalho:

> *"A comunicação é uma falha, isso não há dúvida. Muitas vezes as coisas são decididas, mas não são transmitidas de forma clara. Ou então chegam a uns e não chegam a outros. E depois cria-se um desfasamento enorme na equipa, porque cada um está a trabalhar com informação diferente."* (P6)

"Não há preocupação se a informação chegou, se foi bem compreendida. Parte-se do princípio que se disse uma vez já está resolvido. Mas na prática não está, e isso gera muitos problemas no dia-a-dia." (P6)

Nestes testemunhos, a comunicação deficitária não aparece apenas como falta de informação, mas como ausência de um processo que assegure a sua circulação, compreensão e validação. Os profissionais descrevem situações em que a equipa passa a operar com referenciais distintos, comprometendo a coordenação do trabalho.

Os participantes descrevem ainda situações de desalinhamento entre diferentes níveis de liderança, particularmente entre liderança médica e de enfermagem:

"Muitas vezes há decisões que não são alinhadas entre as chefias... e isso depois reflete-se na equipa. Ficamos sem saber qual é a orientação certa, porque há mensagens diferentes. Isso cria muita instabilidade." (P11)

"Há uma liderança clínica, muito focada no 'decidir', e a de enfermagem, que está ali 24 horas. O problema é quando não comunicam. Se eu decido uma coisa e a chefia de enfermagem não está alinhada, a equipa cai logo." (P3)

"A gente faz o que mandam, mas às vezes nota-se que os médicos dizem uma coisa e os enfermeiros outra... a gente fica ali no meio, sem saber bem o rumo. Para nós, a liderança é uma coisa que acontece lá em cima, entre eles." (P6)

"Às vezes percebemos que há coisas que não fazem sentido, mas também não é fácil questionar... principalmente quando vem de cima. Acabamos por fazer, mesmo sem concordar totalmente." (P11)

Nestes excertos, a comunicação surge também atravessada por relações hierárquicas. A divergência entre orientações e a dificuldade em questionar decisões parecem contribuir para experiências de ambiguidade, contenção e instabilidade no interior da equipa.

Os dados sugerem ainda que a comunicação não é neutra nem igualmente distribuída, emergindo como processo influenciado por condições relacionais e formas de posicionamento interpessoal. A possibilidade de expressar opinião, questionar decisões ou participar na discussão não parece ser uniforme:

> *"Às vezes não é só o que se diz, é como se diz. Há líderes que comunicam de uma forma que nos faz sentir incluídos, e outros que comunicam de forma mais distante, mais fria... e isso muda completamente a forma como recebemos a mensagem."* (P8)

Este excerto evidencia que a forma como a mensagem é transmitida influencia a sua interpretação e o seu impacto, contribuindo para a qualidade da relação que se estabelece entre liderança e equipa.

Adicionalmente, os participantes sublinham o impacto relacional da comunicação ineficaz:

> *"Quando a comunicação não funciona, começam a surgir mal-entendidos, conflitos... as pessoas ficam mais defensivas, menos disponíveis para colaborar. E isso sente-se muito no ambiente da equipa."* (P3)

Este testemunho sugere que a falha comunicacional não é vivida apenas como problema operacional, mas como um fenómeno que altera a própria disposição relacional dos profissionais no interior da equipa. Quando a mensagem não circula de forma clara, consistente e partilhada, parece ocorrer um deslocamento no modo como os profissionais se posicionam uns perante os outros, com maior defesa, menor disponibilidade para colaboração e tensão no ambiente relacional.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta interpretação, evidenciando que as referências à comunicação surgem frequentemente associadas a experiências de frustração, tensão e conflito, sendo descritas não apenas como falhas operacionais, mas também como situações que parecem afetar a qualidade das relações no quotidiano clínico.

5.1.3 Estilos de liderança: entre autoridade, proximidade relacional e reconhecimento

Este subtema centra-se na forma como os participantes descrevem diferentes formas de exercer liderança no contexto clínico, explorando variações entre abordagens mais diretivas e modelos mais participativos e relacionais.

A análise incide sobre a forma como estas diferentes configurações são experienciadas no quotidiano de trabalho, considerando a sua relação com o contexto clínico e com as dinâmicas da equipa.

Em vários relatos, os participantes descrevem experiências associadas a formas de liderança mais autoritárias e centradas na decisão unilateral:

> *"Há líderes que funcionam muito numa lógica de 'eu digo e vocês fazem'. Não há grande espaço para questionar ou para dar opinião. As decisões são tomadas e depois simplesmente*

comunicadas, e espera-se que sejam cumpridas. Isso acaba por criar alguma distância entre a chefia e a equipa, porque as pessoas sentem que não fazem parte do processo." (P6)

Este excerto sugere uma forma de liderança centrada no controlo e na execução, na qual a participação dos profissionais é limitada. A ação coletiva tende a organizar-se em torno do cumprimento da decisão, mais do que da construção partilhada do seu sentido. Neste contexto, os profissionais não se reconhecem no processo decisório, posicionando-se sobretudo como executores, sendo descrito como contribuindo para um distanciamento progressivo entre liderança e equipa.

Para além da dimensão organizacional, este tipo de liderança é associado a experiências de desvalorização e impacto negativo no envolvimento profissional:

"O feedback que recebemos é quase sempre negativo... é mais para apontar o que está mal do que para reconhecer o que fazemos bem. Chega a um ponto em que sentimos que somos só um número, mais um elemento na escala, e isso tira muita motivação." (P5)

"Eu adoro o que faço, sinto que aqui fazemos a diferença entre a vida e a morte. Mas há dias em que o peso é tanto, e se sentes que a tua chefia só olha para os números, para as escalas, e não para o cansaço que trazes no rosto... o brio profissional mantém-nos cá, mas a alma fica vazia. O engagement é isso, é o que nos faz vir amanhã, mas está cada vez mais difícil de encontrar." (P3)

Nestes testemunhos a ausência de reconhecimento e a predominância de interações centradas no erro sugerem um efeito que ultrapassa a desmotivação pontual. Os profissionais descrevem uma possível dissociação entre a continuidade do desempenho e a diminuição do envolvimento subjetivo. O trabalho continua a ser realizado, mas com menor iniciativa, menor motivação e menor identificação com a equipa.

Em contraste, os participantes descrevem experiências associadas a estilos de liderança mais próximos e participativos:

"Quando sentimos que o líder nos ouve, que valoriza a nossa opinião, que nos envolve nas decisões, a motivação é completamente diferente. Sentimo-nos parte da equipa, parte das soluções, e isso faz com que nos empenhemos muito mais e que haja um espírito de entreajuda maior." (P2)

Neste excerto, a participação e o reconhecimento aparecem associados a maior implicação no trabalho e maior disponibilidade para a colaboração.

A dimensão do reconhecimento assume particular relevância na forma como os estilos de liderança são avaliados:

> *"Às vezes são pequenas coisas, mas fazem muita diferença. Um reconhecimento, um feedback positivo, alguém que valoriza o nosso trabalho... isso muda completamente a forma como nos sentimos e a forma como trabalhamos no dia-a-dia. Às vezes basta um 'bom trabalho' ou 'vi como lidaste com aquela família'. Isso dá-nos um balanço para o resto da semana. Quando o líder é invisível e só aparece para apontar o erro, o engagement morre. Tu fazes o teu trabalho, mas deixas de dar aquele 'extra', percebes? Ficas pelo mínimo indispensável. Deixas de propor melhorias, deixas de querer saber se a unidade cresce ou não."* (P5)

Neste testemunho, o reconhecimento surge como elemento relacional relevante na forma como os profissionais avaliam a liderança e o seu próprio investimento no trabalho.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta leitura, evidenciando que os relatos associados a experiências de reconhecimento e proximidade são mais expressivos e emocionalmente implicados, em contraste com discursos mais contidos quando se referem a experiências de liderança autoritária.

No entanto, os dados sugerem que estas formas de liderança não são experienciadas como mutuamente exclusivas, mas como dimensões que coexistem e se tornam mais ou menos salientes consoante o contexto:

> *"Há momentos em que é preciso ser mais diretivo, principalmente em situações mais críticas, em que não há tempo para discutir, para grandes discussões. Mas isso não invalida que, no dia-a-dia, haja espaço para ouvir a equipa. O problema é quando isso passa a ser a regra, quando isso passa a ser a forma habitual de liderar a equipa."* (P9)

Este excerto mostra que a autoridade não é rejeitada em si mesma. Os participantes reconhecem a sua necessidade em contextos de maior criticidade, onde a rapidez e a clareza decisória são fundamentais. No entanto, distinguem entre o seu uso contextualizado e o uso continuado dessa forma de liderança.

Adicionalmente, os dados sugerem que esta tensão não é apenas funcional, mas também experiencial. Os profissionais parecem valorizar simultaneamente orientação clara e inclusão nas decisões:

> "*Precisamos de alguém que decida... mas também precisamos de sentir que fazemos parte da decisão. Quando isso não acontece, começamos a desligar."* (P2)

Neste excerto, a eficácia da liderança é descrita como associada à articulação entre decisão e participação, e não à exclusão de uma pela outra. Quando essa articulação não ocorre, os profissionais

descrevem um processo de distanciamento progressivo, traduzido na redução do envolvimento e na diminuição da implicação no trabalho coletivo.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta interpretação, evidenciando que os participantes não rejeitam a liderança diretiva em si, mas a sua utilização descontextualizada e desarticulada de práticas de reconhecimento e proximidade.

5.1.4 Liderança emergente e dinâmica de equipa: adaptação coletiva em contextos de ausência

Este subtema centra-se na forma como os participantes descrevem dinâmicas de liderança no contexto da equipa, particularmente em situações associadas à ausência ou fragilidade da liderança formal.

A análise incide sobre os processos de organização coletiva que emergem no quotidiano clínico, explorando a forma como os profissionais descrevem a redistribuição de responsabilidades e a adaptação do trabalho em equipa nestes contextos.

Esta dinâmica torna-se evidente em relatos que descrevem processos de reorganização coletiva face à ausência de orientação clara:

> *"Houve uma fase em que aquilo estava muito desorganizado... não havia liderança, ou pelo menos não era sentida. E então começámos a organizar-nos entre nós, a dividir tarefas, a tentar perceber quem fazia o quê. Não era o ideal, mas foi a forma que encontrámos para conseguir trabalhar e manter o serviço a funcionar."* (P10)

Este excerto sugere que, na ausência de liderança formal, a equipa procura reconstruir condições mínimas de funcionamento através de mecanismos de coordenação informal. A organização do trabalho é descrita como deixando de ser sustentada por uma referência central, passando a emergir da negociação, adaptação e distribuição contingente de responsabilidades entre os profissionais.

Para além da dimensão organizativa, os participantes sublinham o papel central do suporte mútuo como elemento estruturante desta reorganização:

> *"Nessas alturas, acabamos por nos apoiar mais uns aos outros. Há sempre alguém que assume mais responsabilidade, que tenta organizar as coisas, mas isso é muito partilhado. Não é uma liderança formal, é mais uma entreajuda constante, uma tentativa de manter as coisas a funcionar."* (P10)

> *"O que nos salva muitas vezes é a equipa... é sabermos que podemos contar uns com os outros, mesmo quando não há liderança. Isso faz com que consigamos continuar, mesmo em fases mais difíceis. Se eu sei que o enfermeiro que está comigo está atento, se eu sinto que nos apoiamos uns aos outros quando um doente morre, isso dá-me força. A liderança devia promover isto, mas muitas vezes a gente sobrevive apesar da liderança, e não por causa dela."* (P9)

Nestes relatos, a coesão e a entreajuda surgem como recursos mobilizados pela equipa para sustentar a continuidade do trabalho em contextos de fragilidade estrutural.

Os dados parecem sugerir, contudo, que esta compensação não ocorre sem custo. A responsabilidade pela organização do trabalho é redistribuída de forma difusa, sendo descrita como recaindo sobre os próprios profissionais, que assumem tarefas adicionais de coordenação, negociação e suporte.

Em alguns casos, esta reorganização coletiva é descrita como tendo efeitos paradoxais, podendo simultaneamente atenuar a ausência de liderança e reforçar a coesão da equipa:

> *"Acabámos por nos juntar mais como equipa... houve um maior espírito de entreajuda. Claro que não substitui uma boa liderança, mas naquele momento ajudou-nos a manter as coisas a funcionar e até a sentirmo-nos mais unidos enquanto equipa."* (P10)

Este excerto sugere que a ausência de liderança formal pode, temporariamente, favorecer a aproximação entre profissionais e o reforço do sentido de pertença e apoio mútuo. Contudo, esta aproximação ocorre num contexto de fragilidade estrutural, sendo sustentada mais por necessidade do que por condições organizacionais estáveis.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta ambivalência, evidenciando que os relatos associados à liderança emergente são frequentemente acompanhados por uma valorização da entreajuda, coexistindo com a consciência da sua insuficiência enquanto resposta organizacional.

Os participantes reconhecem os limites destas dinâmicas informais:

> *"Isto funciona durante algum tempo, mas depois começa a ser difícil... porque não há uma visão comum, não há alguém que assegure a continuidade. Acaba por depender muito das pessoas que estão naquele turno, naquele momento, e isso torna tudo muito instável. O perigo é habituarmo-nos ao mau. Se a liderança não consegue mudar o contexto, ela acaba por validar a mediocridade por cansaço. A motivação requer esperança de mudança. Quando o contexto mata a esperança, o profissional 'desliga' e entra em modo automático. É o que vejo acontecer a muitos colegas excelentes."* (P3)

Estes excertos sugerem que, embora a liderança informal possa sustentar temporariamente o funcionamento da equipa, não constitui uma solução sustentável. A sua continuidade depende das pessoas presentes e das circunstâncias de cada momento. Os participantes descrevem esta solução como instável e insuficiente para assegurar consistência a longo prazo.

Para além da dimensão organizacional, os dados sugerem que esta instabilidade é também associada a redução progressiva do envolvimento subjetivo no trabalho. O "modo automático" referido pelos participantes surge como forma de adaptação a um contexto vivido como pouco responsivo e com limitada capacidade de mudança.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta interpretação, evidenciando que os relatos associados à liderança emergente são frequentemente acompanhados de ambivalência: por um lado, valorização da entreajuda e da capacidade adaptativa da equipa; por outro, reconhecimento da sua insuficiência e do risco de normalização de contextos subótimos.

5.2 A experiência do engagement

Este tema centra-se na forma como o engagement profissional é descrito e experienciado pelos participantes no quotidiano clínico, considerando a sua relação com o trabalho, a equipa, a liderança e as condições organizacionais.

A análise incide sobre a forma como esta experiência é caracterizada em diferentes contextos, explorando variações associadas às condições de trabalho, às relações estabelecidas e à organização do contexto clínico.

5.2.1 Engagement profissional como experiência relacional: entre envolvimento, pertença e sentido

Neste subtema, o engagement profissional é descrito pelos participantes como uma experiência relacional, construída na interação quotidiana com a equipa, a liderança e o próprio trabalho. Os relatos associam-no a formas de presença ativa, implicação no trabalho, sentimento de pertença e significado atribuído ao que é feito.

Em vários testemunhos, os participantes associam o engagement a uma vivência de implicação genuína no trabalho, marcada por investimento emocional e sentido de responsabilidade:

"Quando estamos envolvidos, não é só vir trabalhar e cumprir. É preocuparmo-nos realmente com o que estamos a fazer, com os doentes, com a equipa. É querer que as coisas corram bem, é estar presente de verdade, não apenas cumprir tarefas." (P1)

"Há um compromisso que vai para além do horário... não é só fazer o que está na escala. É sentir que aquilo depende de nós, que temos um papel importante ali. E isso faz com que nos envolvamos muito mais." (P8)

Nestes excertos, o engagement é descrito como algo que ultrapassa o cumprimento técnico das tarefas. Os participantes falam de preocupação real com o trabalho, com os doentes e com a equipa, bem como de uma disponibilidade para investir para além do estritamente exigido. O profissional não se limita a executar, mas envolve-se ativamente naquilo que faz, estabelecendo uma ligação significativa com o trabalho, os doentes e a equipa. O engagement traduz-se, assim, numa disponibilidade para investir para além do mínimo exigido, sustentada por um sentido de responsabilidade e implicação pessoal.

Esta experiência de envolvimento é frequentemente mediada pelo sentimento de pertença à equipa, que surge como elemento relevante na forma como os profissionais vivem o trabalho:

"Quando sentimos que fazemos parte da equipa, que somos ouvidos, que contamos para alguma coisa, a forma como trabalhamos muda completamente. Há mais vontade, mais disponibilidade, mais entrega... sentimos que aquilo também é nosso." (P2)

"A minha motivação depende muito de sentir que a minha liderança clínica me defende. Se há um conflito com uma família ou uma decisão ética difícil, eu preciso de saber que o meu líder está lá para me validar. Se me sinto exposta, o meu compromisso com a instituição quebra. Passo a fazer medicina defensiva." (P11)

Nestes testemunhos, o engagement aparece intrinsecamente ligado à forma como o profissional se sente posicionado no interior da equipa e na relação com a liderança. Ser ouvido, validado e protegido em situações difíceis é descrito como algo que altera diretamente a forma de estar no trabalho. Quando estas condições não estão presentes, desencadeiam retração e estratégias de autoproteção.

Adicionalmente, os participantes evidenciam que o engagement é altamente sensível às condições do contexto:

"Quando o ambiente não é bom, quando não há apoio, quando sentimos que ninguém valoriza o nosso trabalho... é muito difícil manter a motivação. As pessoas acabam por se desligar, fazem o mínimo e vão embora, porque não sentem que vale a pena dar mais." (P5)

"Como é que eu posso pedir engagement a um enfermeiro que está a fazer o dobro das horas porque não há pessoal? A liderança aqui é gerir o caos. Não há tempo para o relacional, só há tempo para a sobrevivência clínica. O contexto engole as boas intenções. Se o contexto é de guerra, o líder é um general, não é um guia. E o engagement? O engagement é o que sobra depois de estarmos exaustos." (P10)

"Houve uma situação de uma troca de medicação... a primeira reação de quem chefiava não foi 'quem é que fez isto?', mas sim 'o que é que falhou no nosso circuito para isto ter acontecido?'. Quando sentes que o teu líder não te atira aos lobos, mas que se põe à tua frente para perceber o processo, tu ganhas uma confiança cega naquela pessoa. O engagement dispara, porque tu sentes que podes ser humano, podes falhar, e que a equipa te segura. É essa segurança que nos faz querer ser melhores e não apenas cumpridores de tarefas." (P12)

Estes testemunhos sugerem que o engagement não depende apenas da motivação individual, mas é profundamente condicionado pelas condições organizacionais e relacionais. A presença de apoio, proteção e confiança parece favorecer maior implicação, enquanto a exaustão, a ausência de valorização e a insuficiência de recursos são associadas a desligamento progressivo.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta interpretação, evidenciando que os relatos associados a maior envolvimento tendem a ser mais expressivos, fluidos e emocionalmente implicados, enquanto os discursos associados a desmotivação surgem mais contidos e distanciados.

Para além da pertença e do reconhecimento, os participantes destacam a importância do sentido atribuído ao trabalho:

"Apesar de tudo, continuamos porque sabemos que o que fazemos é importante. Há um sentido no trabalho que nos faz continuar, mesmo quando as condições não são as melhores. Sabemos que aquilo tem impacto real e isso dá-nos alguma força." (P8)

"Trabalhar aqui tem um peso... mas também tem um significado muito grande. Sabemos que aquilo que fazemos faz diferença, e isso acaba por nos manter ligados ao trabalho." (P1)

"Eu digo sempre: se houver um erro, o erro é meu, porque eu sou muitas vezes responsável pela unidade, pela equipa. Se eu os protejo a equipa, eles dão um pouco mais no dia-a-dia. Se eu os culpo, acabo por os perder. A liderança é isto, é assumir que somos uma equipa. É assim que tento, pelo menos, manter a equipa motivada e focada, mesmo com o cansaço que todos temos." (P6)

Nestes excertos, o significado do trabalho aparece associado à perceção de impacto real na vida dos doentes e à ideia de responsabilidade partilhada. Os participantes descrevem esse sentido como algo que ajuda a manter a ligação ao trabalho mesmo em contextos difíceis.

Os dados sugerem, no entanto, que esse significado não é vivido como suficiente em todos os contextos. Quando se acumulam experiências de falta de suporte, ausência de reconhecimento ou fragilidade relacional, os participantes descrevem dificuldades em manter esse envolvimento ao longo do tempo.

5.2.2 Desengajamento e desgaste profissional: a erosão relacional do envolvimento

Para além das experiências de envolvimento, os discursos dos participantes descrevem processos de desengajamento e desgaste profissional que emergem de forma gradual e contextualizada, frequentemente associados a contextos percebidos como fragilizados do ponto de vista relacional e organizacional.

Em vários relatos, os participantes descrevem uma transição gradual entre um envolvimento inicial elevado e um distanciamento crescente face ao trabalho:

> *"Chega a uma altura em que começamos a perder a motivação... não é de um dia para o outro, é aos poucos. Vamos percebendo que o esforço não é reconhecido, que as coisas não mudam, e começamos a desligar um bocadinho. Continuamos a trabalhar, claro, mas já não é com o mesmo entusiasmo nem com a mesma entrega."* (P4)

> *"Numa UCI, o erro pode ser fatal e isso pesa-nos todos os dias. Se a liderança castiga o erro em vez de o analisar com a equipa, as pessoas escondem as falhas. É humano. Mas a motivação requer confiança absoluta. Se eu não confio que o meu líder me protege quando eu sou honesto, eu desligo-me do projeto. Passo a trabalhar para não falhar, e não para o doente ser bem tratado. É a diferença entre medicina de excelência e medicina defensiva."* (P12)

Estes excertos sugerem que o desengajamento é descrito como um processo cumulativo. Os participantes falam de repetição de experiências de não reconhecimento, ausência de mudança e quebra de confiança, especialmente em situações em que o erro é vivido em contexto de exposição ou punição.

Este deslocamento é descrito não como abandono do trabalho, mas como alteração do modo de estar no trabalho. Os profissionais continuam a cumprir as suas funções, mas descrevem menor entusiasmo, menor entrega e menor identificação com o projeto coletivo.

A experiência de desengajamento é frequentemente descrita como uma forma de adaptação defensiva:

"Às tantas temos que nos proteger um bocadinho... se nos envolvemos demasiado, acabamos por sofrer mais. Então há uma fase em que começamos a criar alguma distância, a fazer o nosso trabalho, mas sem nos envolver tanto como antes. É uma forma de conseguir continuar." (P3)

"Há momentos em que é mesmo uma questão de sobrevivência... fazemos o nosso trabalho, mas com alguma distância, porque se nos envolvemos demasiado, torna-se muito pesado. É uma forma de conseguir aguentar." (P6)

Nestes testemunhos, o distanciamento não é descrito como falta de compromisso, mas como forma de proteção. Os participantes falam de criar distância para conseguir continuar a trabalhar num contexto vivido como exigente e emocionalmente pesado.

Os participantes associam também o desgaste profissional a fatores organizacionais e relacionais, nomeadamente desorganização, falhas de liderança e comunicação ineficaz:

"É muito desgastante trabalhar num ambiente em que sentimos que as coisas não estão organizadas, que não há liderança, que a comunicação falha constantemente. Isso cansa muito mais do que o próprio trabalho clínico, porque é um desgaste contínuo." (P10)

Este excerto mostra que o desgaste não é atribuído apenas à exigência clínica inerente aos cuidados intensivos. Os participantes identificam também a forma como o trabalho é organizado, sustentado e coordenado como fonte de desgaste continuado.

Em alguns relatos, o desengajamento traduz-se numa redução intencional do investimento no trabalho:

"Há pessoas que chegam a um ponto em que fazem apenas o que lhes compete, sem se envolverem mais do que isso. Não porque não queiram, mas porque já não têm energia para dar mais. É uma forma de sobreviver no meio disto tudo...Numa UCI, o erro pode ser fatal. Se a liderança castiga o erro em vez de o analisar com a equipa, as pessoas escondem as falhas. Estar motivado requer confiança. Se eu não confio que o meu líder me protege quando eu sou honesto, eu desligo-me do projeto." (P6)

"Há chefias que usam o erro como uma arma. Se falhas um registo ou uma administração, isso é-te atirado à cara na reunião de serviço. O resultado? Toda a gente fica tensa. Ninguém quer propor nada novo porque quem faz, erra. E se erras, és marcado. O engagement aqui é zero, é um ambiente de medo. Trabalhamos com o coração nas mãos, não por causa do doente, mas por causa da chefia." (P5)

Nestes testemunhos, a redução do investimento não surge como desinteresse puro, mas como resposta a um contexto descrito como punitivo, em que a exposição, a iniciativa e o erro são sentidos como risco. A forma como o erro é enquadrado pela liderança aparece repetidamente associada à disponibilidade, ou indisponibilidade, para participar e investir no trabalho coletivo.

As notas reflexivas do investigador acompanham esta leitura, evidenciando que os relatos de desgaste são frequentemente acompanhados por alterações no ritmo e na expressividade do discurso, incluindo pausas prolongadas e maior contenção emocional.

Importa salientar que, apesar destas experiências de desgaste, os participantes mantêm frequentemente um forte compromisso com a qualidade dos cuidados prestados:

> *"Mesmo quando estamos cansados ou desmotivados, sabemos que temos uma responsabilidade muito grande. E isso faz com que continuemos a dar resposta, mas muitas vezes à custa de um esforço pessoal enorme, que não é sustentável a longo prazo."* (P8)

Este excerto evidencia uma tensão recorrente nos discursos: a manutenção da resposta assistencial continua a acontecer, mas muitas vezes à custa de esforço acrescido, suportado mais pelo sentido de responsabilidade individual do que por condições organizacionais favoráveis.

5.2.3 Fatores promotores de engagement: liderança como recurso relacional e organizacional

Para além das experiências de envolvimento e dos processos de desgaste, os participantes descrevem um conjunto de condições associadas a maior envolvimento profissional, entre as quais surge recorrentemente a liderança. A liderança é descrita não apenas como uma estrutura formal de decisão, mas também como um elemento que parece moldar ativamente a forma como os profissionais se posicionam face ao trabalho, à equipa e à própria organização.

Nos discursos dos participantes, a presença de uma liderança próxima, acessível e responsiva surge como um dos principais elementos associados a maior envolvimento no trabalho:

> *"Quando sentimos que temos uma chefia que está presente, que nos apoia, que está disponível para ouvir e para ajudar, isso faz toda a diferença. Sentimo-nos mais seguros, mais confiantes, e isso reflete-se na forma como trabalhamos no dia-a-dia, porque temos uma base de apoio."* (P2)

Este excerto sugere que o suporte da liderança é experienciado como um recurso relacional estruturante, como base de apoio que confere maior segurança aos profissionais e influencia a forma como se implicam no trabalho.

Para além do suporte, a clareza na comunicação e na definição de objetivos emerge como um elemento valorizado:

> *"Quando sabemos exatamente o que é esperado de nós, quando há orientação clara, tudo se torna mais fácil. Há menos stress, menos incerteza, e conseguimos focar-nos melhor no trabalho e naquilo que realmente importa."* (P4)

Neste testemunho, a liderança aparece associada à organização do trabalho e à redução da ambiguidade, permitindo aos profissionais orientarem melhor a sua ação.

O reconhecimento do trabalho realizado assume igualmente um papel central nos discursos:

> *"Quando o nosso trabalho é reconhecido, quando sentimos que aquilo que fazemos é valorizado, isso dá-nos energia para continuar. Mesmo em dias difíceis, esse reconhecimento faz muita diferença e ajuda-nos a manter o foco."* (P5)

Neste excerto, o reconhecimento é descrito como um mecanismo de validação que reforça a ligação dos profissionais ao trabalho e à equipa. Mais do que um reforço pontual, parece atuar como um fator que ajuda a sustentar o investimento ao longo do tempo, mesmo em dias particularmente exigentes.

Adicionalmente, os participantes destacam a importância da criação de um ambiente de confiança e segurança relacional:

> *"Quando há um ambiente em que podemos falar abertamente, em que não temos medo de errar ou de colocar questões, sentimo-nos mais à vontade e mais envolvidos. Isso depende muito da forma como a liderança se posiciona e da abertura que dá à equipa."* (P3)

Neste testemunho, o envolvimento aparece associado à possibilidade de falar, errar e colocar questões sem receio de exposição ou punição. A abertura promovida pela liderança surge ligada à participação e à maior disponibilidade para o trabalho em equipa.

Para além destas dimensões, os dados parecem sugerir que o engagement é reforçado quando diferentes práticas de liderança são vividas de forma coerente:

> *"Quando tudo isto está alinhado, quando há alinhamento entre liderança, comunicação e apoio, o trabalho torna-se mais leve, apesar de ser exigente. Sentimos que fazemos parte de algo, que estamos a trabalhar em conjunto, e isso motiva-nos a dar mais e a investir mais no trabalho."* (P2)

Este excerto mostra que os participantes não descrevem o engagement como resultado de um fator isolado, mas como experiência favorecida pela articulação entre apoio, comunicação, reconhecimento e orientação.

As notas reflexivas do investigador reforçam esta interpretação, evidenciando que os relatos associados a experiências positivas de liderança são mais fluidos e emocionalmente implicados, sugerindo uma maior ligação dos participantes ao seu trabalho e à equipa.

6. Discussão

6.1 Liderança relacional como processo organizacional em contextos de elevada complexidade

A análise dos resultados evidencia que, no contexto das UCIs, a liderança é predominantemente experienciada como um processo relacional situado, construído nas interações quotidianas entre profissionais, mais do que simples expressão de autoridade formal. É reconhecida através da presença no terreno, da proximidade e da capacidade de escuta, mediação e orientação (Denis et al., 2012; Brewster et al., 2020).

Esta leitura aproxima-se da perspetiva da liderança relacional proposta por Uhl-Bien (2006), que entende a liderança como um fenômeno social dinâmico e emergente das interações no contexto organizacional. Contudo, os dados permitem aprofundar esta conceptualização ao evidenciar que, em contextos de elevada complexidade clínica, a liderança assume também uma função estruturante na organização da ação coletiva.

De forma consistente, os participantes associam a presença da liderança à capacidade de conferir direção, coerência e previsibilidade ao trabalho clínico. Mais do que coordenar tarefas, a liderança parece desempenhar um papel central na construção de sentido em contextos marcados por incerteza, contribuindo para que a equipa não apenas execute, mas compreenda e articule a sua ação. Esta dimensão aproxima-se das leituras sobre *sensemaking* organizacional, sendo, no entanto, aqui vivida não apenas no plano cognitivo, mas também como processo relacional e emocionalmente mediado (Cunliffe & Eriksen, 2011; Denis et al., 2012).

Por outro lado, a ausência ou fragilidade da liderança não é descrita apenas como falha de coordenação, mas como perda de referência coletiva. Os dados evidenciam que, nestes contextos, a ação tende a fragmentar-se, emergindo decisões desarticuladas, aumento da tensão interpessoal e dificuldade em sustentar práticas consistentes. Esta leitura reforça a ideia de que, em sistemas altamente interdependentes, a liderança atua como elemento regulador das dinâmicas coletivas (Reader et al., 2011; Gittell et al., 2010), assumindo simultaneamente uma função organizacional e relacional.

Adicionalmente, os resultados chamam a atenção para uma dimensão menos enfatizada na literatura: a função reguladora da liderança ao nível emocional (Brewster et al., 2020; Timmins et al., 2023). Os participantes descrevem-na como elemento que contém a tensão inerente ao contexto clínico,

funcionando como referência não apenas para a ação, mas também para a forma como essa ação é vivida. A sua ausência é associada a experiências de abandono, desgaste e desmotivação, sugerindo que a liderança contribui para a sustentação emocional da equipa.

Importa ainda considerar que, em contextos de fragilidade da liderança formal, emergem formas de liderança distribuída, assumidas pelos próprios profissionais através de mecanismos informais de coordenação e suporte mútuo. Estas dinâmicas, embora consistentes com conceções de liderança partilhada (Uhl-Bien, 2006; Brewster et al., 2020), revelam um carácter ambivalente. Por um lado, permitem sustentar temporariamente o funcionamento da equipa e reforçar a coesão; por outro, revelam limitações ao nível da sua continuidade, consistência e legitimidade.

Neste sentido, os dados sugerem que a liderança em contexto de cuidados intensivos não pode ser compreendida como uma escolha entre modelos formais e informais, mas como uma articulação entre orientação estruturada e processos emergentes, cuja eficácia depende da capacidade de integrar direção, participação e sustentação relacional da equipa.

6.2 Liderança relacional como geradora de recursos organizacionais: articulação com o modelo JD-R

Os resultados podem ser interpretados à luz do modelo JD-R, que conceptualiza o engagement profissional como resultado da interação entre exigências do trabalho e recursos disponíveis no contexto organizacional (Bakker & Demerouti, 2017). Contudo, a análise permite aprofundar esta leitura ao evidenciar não apenas a relevância dos recursos, mas a forma como estes são produzidos e experienciados em contextos clínicos de elevada complexidade.

De forma consistente, o engagement profissional emerge como uma experiência altamente dependente das condições contextuais, sendo particularmente sensível a recursos de natureza relacional. Neste contexto, uma parte significativa dos recursos relevantes não assume forma estrutural ou material, sendo antes construída e sustentada nas interações quotidianas, particularmente através das práticas de liderança (Bakker & Demerouti, 2017; Cunliffe & Eriksen, 2011; Brewster et al., 2020).

Práticas como a presença da liderança, o suporte, a comunicação clara, o reconhecimento e a promoção de confiança configuram-se como recursos que não apenas facilitam o desempenho, mas sustentam o envolvimento dos profissionais (Bakker & Albrecht, 2018; O'Donovan & McAuliffe, 2020b; Timmins et

al., 2023). Estes recursos não aparecem como elementos estáticos do sistema organizacional, mas como realidades continuamente produzidas na relação entre liderança e equipa.

Neste enquadramento, os resultados permitem avançar uma leitura mais processual do modelo JD-R, sugerindo que a liderança relacional pode ser compreendida não apenas como recurso, mas como mecanismo gerador e regulador de recursos organizacionais (Bakker & Demerouti, 2017; Brewster et al., 2020). A liderança não se limita, assim, a disponibilizar condições favoráveis; participa ativamente na sua construção e sustentação no interior da equipa.

Esta dimensão torna-se particularmente evidente na gestão do erro. Contextos em que o erro é abordado de forma construtiva estão associados a maior abertura, confiança e participação, enquanto abordagens punitivas favorecem retração, ocultação de falhas e redução do envolvimento (Edmondson, 2019; O'Donovan & McAuliffe, 2020a; Ito et al., 2022). Assim, a forma como a liderança enquadra o erro reconfigura as condições relacionais em que o trabalho é vivido e nas quais o engagement se torna possível.

Neste sentido, estas dinâmicas aproximam-se do conceito de segurança psicológica (Edmondson, 2019), aqui interpretado como um recurso relacional dinâmico, produzido e regulado pelas práticas de liderança.

Adicionalmente, os resultados evidenciam que a ausência ou fragilidade da liderança não apenas reduz a disponibilidade de recursos, mas altera qualitativamente a forma como os profissionais se relacionam com o trabalho. A diminuição do suporte, da comunicação eficaz e do reconhecimento não conduz apenas a menor engagement, mas associa-se a processos de retração e distanciamento, sugerindo que a ausência de recursos relacionais produz efeitos que vão além da sua simples escassez.

Deste modo, os dados sugerem que o modelo JD-R beneficia aqui de uma leitura mais processual e relacional, na qual os recursos organizacionais são compreendidos como construções emergentes das interações, sendo a liderança um elemento central nesse processo (Bakker & Demerouti, 2017; Brewster et al., 2020).

6.3 Engagement profissional como fenómeno relacional e dinâmico

A análise sugere que o engagement profissional, no contexto das UCIs, deve ser compreendido como um fenómeno relacional, dinâmico e processual, construído na interação contínua entre o indivíduo e o seu contexto organizacional (Bakker & Demerouti, 2017; Perreira et al., 2019; Saks, 2022).

Nos discursos dos participantes, o engagement emerge como uma experiência que integra envolvimento ativo, sentimento de pertença e sentido atribuído ao trabalho (Rosso et al., 2010; Saks, 2022). Estes elementos não surgem como características estáveis dos profissionais, sendo continuamente produzidos e transformados em função das condições relacionais e organizacionais.

Esta leitura, embora consistente com o modelo JD-R (Bakker & Demerouti, 2017), ao reconhecer a importância dos recursos organizacionais na sustentação do engagement, permite acrescentar que o engagement não é apenas influenciado pelos recursos disponíveis, mas pela forma como estes são experienciados e construídos no quotidiano das relações de trabalho.

Em particular, o sentimento de pertença à equipa e a qualidade da relação com a liderança emergem como dimensões centrais. A inclusão, o reconhecimento e a validação permitem aos profissionais reconhecer-se no trabalho e sustentar o seu envolvimento, enquanto a sua ausência conduz a distanciamento progressivo (Saks, 2022; Perreira et al., 2019).

Os resultados evidenciam ainda que o engagement não é estático, apresentando variações ao longo do tempo, em função das experiências vividas no contexto de trabalho (Bakker & Albrecht, 2018; Saks, 2022). As trajetórias descritas pelos participantes mostram evolução progressiva, sensível tanto a experiências de suporte como à acumulação de frustração e ausência de reconhecimento.

Neste contexto, o desengajamento não surge como uma simples ausência de engagement, mas como um processo ativo de erosão do envolvimento (Maslach & Leiter, 2016; Bakker & de Vries, 2021; Saks, 2022). Esta erosão ocorre de forma gradual e está frequentemente associada à perda de confiança na liderança, à fragilidade das relações na equipa e à ausência de resposta às dificuldades enfrentadas no quotidiano clínico.

Importa salientar que este processo é frequentemente acompanhado pela adoção de estratégias de distanciamento, que permitem manter o desempenho funcional. O distanciamento surge, assim, como forma de regulação emocional e adaptação ao contexto, e não apenas como expressão de desmotivação (Maslach & Leiter, 2016; Bakker & de Vries, 2021).

Esta leitura acrescenta nuance à literatura sobre engagement e burnout ao sugerir que o desengajamento pode assumir uma função adaptativa a curto prazo, permitindo preservar a capacidade funcional dos profissionais em contextos adversos, embora com implicações negativas quando prolongado. Os resultados indicam que, quando prolongado, este processo pode comprometer o envolvimento, a iniciativa e a qualidade da participação na equipa, configurando um risco para o funcionamento organizacional (Maslach & Leiter, 2016; Bakker & de Vries, 2021).

Adicionalmente, o sentido atribuído ao trabalho surge como recurso relevante, particularmente pela perceção de impacto real na vida dos doentes (Rosso et al., 2010; Schnell et al., 2013). No entanto, os dados sugerem que este sentido, embora relevante, não é suficiente, por si só, para compensar de forma sustentada a ausência de recursos relacionais e sustentar o engagement em contextos relacionalmente fragilizados (Bakker & Demerouti, 2017; Rosso et al., 2010; Saks, 2022).

6.4 Integração dos resultados: liderança relacional como elemento estruturante do engagement em cuidados intensivos

A leitura integrada dos resultados sugere que a liderança relacional constitui um elemento estruturante do funcionamento organizacional e da experiência profissional em UCIs, influenciando simultaneamente a organização da ação coletiva, a qualidade das interações e a forma como os profissionais se relacionam com o seu trabalho (Uhl-Bien, 2006; Denis et al., 2012; Brewster et al., 2020).

Mais do que um conjunto de práticas isoladas, a liderança emerge como um processo relacional contínuo, através do qual se configuram as condições em que o trabalho é experienciado (Uhl-Bien, 2006; Brewster et al., 2020). Neste enquadramento, o engagement profissional não surge como uma característica individual estável, mas como uma experiência situada, particularmente sensível à qualidade e consistência das dinâmicas relacionais no contexto clínico (Bakker & Demerouti, 2017; Saks, 2022).

Os resultados indicam que práticas de proximidade, comunicação, reconhecimento e suporte contribuem para a construção de um contexto relacional que favorece o envolvimento dos profissionais. Por contraste, a sua ausência ou fragilidade é associada a experiências de desorganização, fragmentação relacional e desgaste, que parecem conduzir a processos de retração progressiva e diminuição da implicação no trabalho.

Importa salientar que esta relação não se apresenta como linear nem unidirecional. O engagement emerge como resultado de um equilíbrio dinâmico entre exigências e recursos, sendo particularmente sensível à forma como estes são experienciados no quotidiano das relações de trabalho (Bakker & Demerouti, 2017; Uhl-Bien, 2006). Neste sentido, a liderança relacional pode ser compreendida como um elemento mediador entre o contexto organizacional e a experiência dos profissionais, contribuindo para a construção e sustentação de recursos relacionais relevantes para o funcionamento da equipa (Reader et al., 2011; Gittell et al., 2010).

Adicionalmente, os dados sugerem que, na ausência de condições organizacionais favoráveis, os profissionais desenvolvem estratégias adaptativas que permitem manter o desempenho funcional, embora com redução do envolvimento subjetivo. Este padrão reforça a ideia de que o desengajamento não implica abandono do trabalho, mas uma reconfiguração da forma como este é vivido, podendo assumir uma função adaptativa a curto prazo, ainda que com implicações negativas quando prolongado (Maslach & Leiter, 2016; Bakker & de Vries, 2021).

Por fim, importa considerar a articulação entre liderança formal e dinâmicas informais. Embora a liderança emergente permita sustentar temporariamente a ação coletiva, os resultados sugerem a necessidade de uma liderança formal capaz de integrar, orientar e dar continuidade a essas práticas, assegurando consistência e sustentabilidade ao funcionamento da equipa (Uhl-Bien, 2006; Brewster et al., 2020).

7. CONCLUSÕES, CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS

7.1 Conclusões principais

A análise dos resultados permite responder à questão de investigação, evidenciando que a liderança, no contexto das UCIs, é predominantemente experienciada como um processo relacional situado, construído nas interações quotidianas entre profissionais. Mais do que uma função formal, a liderança é vivida como presença, ou ausência, com impacto direto na organização da ação coletiva e na forma como o trabalho é compreendido e coordenado no interior da equipa.

No que respeita ao engagement profissional, os resultados indicam que este emerge como uma experiência dinâmica e situada, profundamente sensível à qualidade das relações no contexto de trabalho. O envolvimento dos profissionais é sustentado por práticas de liderança associadas a suporte, comunicação, reconhecimento e inclusão, enquanto a sua fragilidade se associa a processos de retração progressiva, nos quais o desempenho é mantido, mas com redução do investimento subjetivo.

De forma integrada, os resultados sugerem que a liderança relacional assume um papel central na configuração das condições em que o engagement se desenvolve, sendo particularmente relevante na construção de contextos de trabalho que favorecem o envolvimento dos profissionais. Adicionalmente, o desengajamento é compreendido como um processo gradual de erosão do envolvimento, frequentemente acompanhado por estratégias de distanciamento que permitem a adaptação a contextos exigentes, embora com implicações negativas quando prolongadas.

7.2 Contributos teóricos

A presente investigação contribui para o aprofundamento da compreensão da liderança e do engagement profissional em contextos de elevada complexidade clínica, propondo uma leitura integrada que articula a perspetiva da liderança relacional com o modelo JD-R, a partir de uma abordagem fenomenológica interpretativa.

Em primeiro lugar, o estudo reforça e aprofunda a conceptualização da liderança relacional, ao evidenciar que, em UCIs, a liderança não se limita a emergir das interações, assumindo também uma função estruturante na organização da ação coletiva. Para além da sua natureza relacional, a liderança é compreendida como elemento que contribui para conferir direção e coerência ao trabalho em contextos marcados por elevada incerteza, alargando a perspetiva proposta por Uhl-Bien (2006).

Em segundo lugar, os resultados permitem avançar uma leitura mais processual do modelo JD-R, ao evidenciar que os recursos organizacionais relevantes são, em larga medida, de natureza relacional e co-construídos no quotidiano das interações. Neste sentido, a liderança relacional pode ser compreendida não apenas como um recurso, mas como um mecanismo gerador e regulador desses recursos, contribuindo para uma compreensão mais dinâmica do modelo.

Em terceiro lugar, o estudo contribui para a conceptualização do engagement profissional, ao reforçar a sua natureza relacional, dinâmica e contextualmente situada. O engagement emerge como um processo continuamente (re)construído nas interações entre profissionais, liderança e contexto organizacional, integrando dimensões como pertença, reconhecimento e sentido numa experiência relacional coerente.

Por fim, a investigação acrescenta nuance à literatura ao evidenciar o desengajamento como um processo gradual de erosão do envolvimento, que pode assumir, em determinados contextos, uma função adaptativa de regulação emocional. Esta perspetiva permite compreender o distanciamento não apenas como ausência de engagement, mas como reconfiguração da relação com o trabalho, particularmente em contextos de elevada exigência clínica.

7.3 Implicações para a prática clínica e organizacional

Os resultados desta investigação apresentam implicações relevantes para a gestão e organização de UCIs, particularmente no que respeita à liderança, ao funcionamento das equipas e à promoção do engagement profissional em contextos de elevada complexidade.

Em primeiro lugar, os resultados reforçam a necessidade de compreender a liderança para além da sua dimensão formal e hierárquica. A liderança surge como um processo relacional contínuo, cuja eficácia depende da presença no terreno, da proximidade às equipas e da capacidade de comunicação, escuta e mediação. Neste sentido, a prática organizacional deve valorizar modelos de liderança acessíveis, consistentes e orientados para a construção de confiança relacional, reconhecendo que a ausência destas dimensões compromete a coordenação do trabalho clínico e o funcionamento das equipas.

Em segundo lugar, a liderança assume um papel central na criação e sustentação de condições que favorecem o envolvimento dos profissionais. Práticas como o reconhecimento do trabalho, a clareza na comunicação e a promoção de ambientes seguros para a expressão de dúvidas e erros revelam-se particularmente relevantes. Neste contexto, torna-se, assim, essencial investir no desenvolvimento de

competências relacionais nos líderes clínicos, nomeadamente na comunicação interpessoal, na gestão do erro e na criação de contextos de segurança psicológica.

Em terceiro lugar, a identificação de processos de desengajamento como resposta adaptativa a contextos adversos reforça a importância de uma abordagem preventiva ao desgaste profissional. A monitorização precoce de sinais como distanciamento, redução de iniciativa e da implicação no trabalho pode permitir intervenções atempadas ao nível da organização e da liderança. A criação de espaços de escuta, validação e suporte às equipas assume, neste âmbito, particular relevância.

Adicionalmente, os resultados evidenciam a importância da coerência entre diferentes níveis de liderança, particularmente em contextos interprofissionais. A articulação entre liderança médica e de enfermagem revela-se crítica para a clareza das orientações, a estabilidade das práticas e a confiança das equipas, sendo desejável a promoção de modelos de liderança mais integrados e alinhados.

Por fim, embora as equipas demonstrem capacidade de adaptação na ausência de liderança formal, estes mecanismos surgem como soluções contingentes e potencialmente instáveis. Assim, a existência de estruturas de liderança formal capazes de sustentar, enquadrar e dar continuidade a estas dinâmicas revela-se fundamental para assegurar consistência e sustentabilidade organizacional.

De forma global, os resultados sugerem que a promoção do engagement profissional depende, em larga medida, de condições organizacionais e relacionais que podem ser ativamente desenvolvidas. O investimento em práticas de liderança que integrem suporte, reconhecimento, clareza e participação constitui, assim, um elemento estratégico para a qualidade dos cuidados, a segurança do doente e a sustentabilidade das equipas.

7.4 Limitações do estudo e sugestões para investigação futura

Apesar dos contributos apresentados, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

A recolha de dados baseou-se exclusivamente em entrevistas, podendo estar sujeita a vieses associados à memória, à interpretação e à desejabilidade social, influenciando a forma como os participantes constroem e comunicam as suas experiências.

Adicionalmente, a análise interpretativa dos dados é influenciada pelo posicionamento do investigador. Embora tenham sido adotadas estratégias de reflexividade ao longo do processo analítico,

nomeadamente através do registo sistemático de notas reflexivas, não é possível eliminar totalmente a influência das perspetivas e pressupostos do investigador na construção dos resultados.

Os resultados desta investigação abrem, assim, várias possibilidades para investigação futura.

Em primeiro lugar, seria relevante desenvolver estudos quantitativos que permitam testar empiricamente as relações identificadas entre liderança relacional, recursos organizacionais e engagement profissional, contribuindo para a validação e generalização dos resultados.

Em segundo lugar, investigações futuras poderão explorar estas dinâmicas em diferentes contextos clínicos e organizacionais, permitindo analisar a influência de fatores contextuais na relação entre liderança e engagement.

Em terceiro lugar, seria pertinente aprofundar o estudo das dinâmicas de liderança distribuída em equipas de saúde, analisando o seu impacto no funcionamento organizacional, na qualidade dos cuidados e no bem-estar dos profissionais.

Por fim, estudos longitudinais poderão contribuir para uma melhor compreensão da evolução do engagement e do desgaste ao longo do tempo, permitindo captar a sua natureza dinâmica e processual.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, *60*(1), 421–449. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621

Bakker, A. B., & Albrecht, S. (2018). Work engagement: current trends. *Career Development International*, *23*(1), 4–11. https://doi.org/10.1108/cdi-11-2017-0207

Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job Demands–Resources Theory and self-regulation: New Explanations and Remedies for Job Burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, *34*(1), 1–21. https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a Model of Work Engagement. *Career Development International*, *13*(3), 209–223. https://doi.org/10.1108/13620430810870476

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(3), 273–285. https://doi.org/10.1037/ocp0000056

Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational Leadership* (2nd ed.). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781410617095

Brewster, D. J., Butt, W. W., Gordon, L. J., & Rees, C. E. (2020). Leadership in intensive care: A review. *Anaesthesia and Intensive Care*, *48*(4), 266–276. https://doi.org/10.1177/0310057x20937319

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2025). *Qualitative inquiry and research design* (5th ed.). SAGE Publications.

Cunliffe, A. L., & Eriksen, M. (2011). Relational leadership. *Human Relations*, *64*(11), 1425–1449. https://doi.org/10.1177/0018726711418388

Denis, J.-L., Langley, A., & Sergi, V. (2012). Leadership in the Plural. *The Academy of Management Annals*, *6*(1), 211–283. https://doi.org/10.1080/19416520.2012.667612

Dorine, Petra, Groeneveld, S., Stiggelbout, A. M., & van. (2023). Relational coordination in value-based health care. *Health Care Management Review*, *48*(4), 334–341. https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000381

Du, H., Huang, H., Li, D., & Zhang, X. (2024). The effect of inclusive leadership on turnover intention of intensive care unit nurses: the mediating role of organization-based self-esteem and interactional justice. *BMC Nursing*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-024-02345-6

Eatough, V., & Smith, J. A. (2017). Interpretative Phenomenological Analysis. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*, 193–209. https://doi.org/10.4135/9781526405555.n12

Edmondson, A. C. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons, Inc.

Fiedler, F. E. (1978). The Contingency Model and the Dynamics of the Leadership Process. *Advances in Experimental Social Psychology*, *11*(1), 59–112. ScienceDirect. https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60005-2

Fleishman, E. A. (1953). Leadership Climate, Human Relations Training, and Supervisory Behavior. *Personnel Psychology*, *6*(2), 205–222. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1953.tb01040.x

Gadamer, H.-G., Weinsheimer, J., & Marshall, D. G. (2004). *Truth and method*. Continuum.

Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, *27*(3), 210–213. https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564

Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science*, *21*(2), 490–506. https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0446

Hawley, R., & Wall, T. (2024). Leading across healthcare silos: why relational leadership matters? *BMJ Leader*, *9*(1),1-3. https://doi.org/10.1136/leader-2023-000859

Hersey, P., & Blanchard, K. (1993). *Management of organizational behavior: utilizing human resources* (6th ed.). Englewood Cliffs, Nj Prentice Hall.

Huang, Q., Wang, L., Huang, H., Tang, H., Liu, J., & Chen, C. (2025). Transformational leadership, psychological empowerment, work engagement and intensive care nurses' job performance: a cross-sectional study using structural equation modeling. *BMC Nursing*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-025-03685-7

Ito, A., Sato, K., Yumoto, Y., Sasaki, M., & Ogata, Y. (2022). A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care. *ProQuest*, *9*(1), 467–489. https://doi.org/10.1002/nop2.1086

Kadosh, E., & Rozani, V. (2025). Impact of Leadership Style and Structural Empowerment on Nursing Group Power in ICU Settings: A Cross-Sectional Study. *PubMed*, *30*(5), e70140–e70140. https://doi.org/10.1111/nicc.70140

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 102–120. https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa

Liden, R. C., Wang, X., & Wang, Y. (2025). The evolution of leadership: Past insights, present trends, and future directions. *Journal of Business Research*, *186*(115036), 1–18. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2024.115036

Manen, M. van. (2016). *Researching Lived Experience, Second Edition*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315421056

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the Burnout experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(2), 103–111. https://doi.org/10.1002/wps.20311

Maritsa, E., Goula, A., Psychogios, A., & Pierrakos, G. (2022). Leadership development: Exploring relational leadership implications in healthcare organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(23), 1–14. https://doi.org/10.3390/ijerph192315971

Murray, J. (2024). The Role of High Reliability Organization Foundational Practices in Building a Culture of Safety. *Federal Practitioner*, *41*(7). https://doi.org/10.12788/fp.0486

Nguyen, N. (2021). The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth. *The Learning Organization*, *28*(3), 321–323. https://doi.org/10.1108/tlo-04-2021-266

O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020a). A systematic review exploring the content and outcomes of interventions to improve psychological safety, speaking up and voice behaviour. *BMC Health Services Research*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-020-4931-2

O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020b). Exploring psychological safety in healthcare teams to inform the development of interventions: combining observational, survey and interview data. *BMC Health Services Research*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-020-05646-z

Papazian, L., Hraiech, S., Loundou, A., Herridge, M. S., & Boyer, L. (2023). High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, *49*(4). https://doi.org/10.1007/s00134-023-07025-8

Perreira, T., Perrier, L., Prokopy, M., Neves-Mera, L., & Persaud, D. D. (2019). Physician engagement: a concept analysis. *Journal of Healthcare Leadership*, *Volume 11*, 101–113. https://doi.org/10.2147/jhl.s214765

Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A Practical Guide to Using Interpretative Phenomenological Analysis in Qualitative Research Psychology. *Psychological Journal*, *20*(1), 7–14. https://doi.org/10.14691/CPPJ.20.1.7

PlanAPP – Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública. (2024). *Os profissionais do SNS: Retrato e evolução*. https://www.planapp.gov.pt

Prenestini, A., Palumbo, R., Grilli, R., & Lega, F. (2023). Exploring physician engagement in health care organizations: a scoping review. *BMC Health Services Research*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-023-09935-1

Quesada-Puga, C., Izquierdo-Espin, F. J., Membrive-Jiménez, M. J., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., Romero-Béjar, J. L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2024). Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, *82*(82), 103660. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103660

Reader, T. W., Flin, R., & Cuthbertson, B. H. (2011). Team leadership in the intensive care unit: The perspective of specialists*. *Critical Care Medicine*, *39*(7), 1683–1691. https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318218a4c7

Likert, R. (1961). *New patterns of management.* New York, Mcgraw-Hill.

Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, *30*(30), 91–127. https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.09.001

Saks, A. M. (2022). Caring human resources management and employee engagement. *Human Resource Management Review*, *32*(3), 100835. Sciencedirect. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2021.100835

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in Qualitative Research: Exploring Its Conceptualization and Operationalization. *Quality & Quantity*, *52*(4), 1893–1907. https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, *25*(3), 293–315. https://doi.org/10.1002/job.248

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, *3*(1), 71–92. https://doi.org/10.1023/a:1015630930326

Schnell, T., Höge, T., & Pollet, E. (2013). Predicting meaning in work: Theory, data, implications. *The Journal of Positive Psychology*, *8*(6), 543–554. https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830763

Shuck, B., Osam, K., Zigarmi, D., & Nimon, K. (2017). Definitional and Conceptual Muddling: Identifying the Positionality of Employee Engagement and Defining the Construct. *Human Resource Development Review*, *16*(3), 263–293. https://doi.org/10.1177/1534484317720622

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. *Qualitative Research in Psychology*, *6*(4), 346–347. https://doi.org/10.1080/14780880903340091

Smith, K., & Bhavsar, M. (2021). A New Era of Health Leadership. *Healthcare Management Forum*, *34*(6), 332–335. https://doi.org/10.1177/08404704211040817

Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. *Doing Social Psychology Research*, *5*(5), 229–254. https://doi.org/10.1002/9780470776278.ch10

Stogdill, R. M. (1948). Personal Factors Associated with Leadership: a Survey of the Literature. *The Journal of Psychology*, *25*(1), 35–71. https://doi.org/10.1080/00223980.1948.9917362

Timmins, F., Green, C., Stelios Parissopoulos, & Thompson, D. R. (2023). Management and leadership of intensive care units for the future. *Nursing in Critical Care*, *28*(2), 149–152. https://doi.org/10.1111/nicc.12892

Tourish, D. (2013). *The Dark Side of Transformational Leadership*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203558119

Uhl-Bien, M. (2006). Relational Leadership Theory: Exploring the Social Processes of Leadership and Organizing. *The Leadership Quarterly*, *17*(6), 654–676. https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.10.007

Uhl-Bien, M. (2023). Relational Leadership Theory: Exploring the Social Processes of Leadership and Organizing. *Issues in Business Ethics, 63*, 131–165. Springer Science and Business Media B.V. https://doi.org/10.1007/978-3-031-24445-2_7

Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, *16*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4

Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology*, *5*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261

Warren, O. J., & Carnall, R. (2010). Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgraduate Medical Journal*, *87*(1023), 27–32. https://doi.org/10.1136/pgmj.2009.093807

Yamamoto, K. (2022). Association Between Interdisciplinary Collaboration and Leadership Ability in Intensive Care Unit Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Research*, *30*(2), e202. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000483

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, *15*(2), 215–228. https://doi.org/10.1080/08870440008400302

Yukl, G. A. (2013). *Leadership in Organizations* (8th ed.). Pearson.

Zhang, L., Han, L., Liang, X., Wang, R., Fan, H., Jia, Y., Li, S., & Jiang, X. (2025). The relationship between transformational leadership and work engagement among intensive care unit nurses: the mediating function of organizational climate. *BMC Nursing*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-025-03057-1

APÊNDICES

Apêndice A - Guião da Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Liderança Relacional e Engagement em Cuidados Intensivos: Um Estudo Fenomenológico Interpretativo

ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS GERAIS

- O guião funciona como orientação flexível, não como protocolo rígido
- Privilegiar a experiência vivida e os significados atribuídos pelo participante
- Seguir o fluxo narrativo emergente, adaptando questões ao discurso
- Evitar conceitos teóricos académicos (liderança relacional, engagement, coordenação relacional)
- Utilizar linguagem natural do contexto clínico
- Valorizar silêncios reflexivos, pausas e reformulações espontâneas
- Atenção à linguagem emocional, metáforas e expressões não-verbais
- Registar tom emocional, hesitações e momentos de intensidade narrativa

Estrutura Temporal:

- Duração prevista: 60-90 minutos
- Gravação áudio mediante consentimento informado
- Notas de campo sobre contexto, linguagem corporal e ambiente

ABERTURA DA ENTREVISTA

"Muito obrigado/a por aceitar participar neste estudo. Gostava que conversássemos sobre a sua experiência de trabalho em cuidados intensivos - o que vive no dia-a-dia, as relações que estabelece, a forma como a equipa funciona e como sente as lideranças na unidade. Não existem respostas certas ou erradas. O que me interessa é a sua perspetiva pessoal, as suas experiências e os significados que atribui ao que acontece no seu contexto de trabalho. Pode falar livremente e interromper a qualquer momento.

Questão de Aquecimento:

Para começar, gostava que me falasse um pouco sobre o seu percurso em cuidados intensivos. Como chegou a trabalhar neste contexto e há quanto tempo está aqui?

Objetivo: Estabelecer confiança, permitir familiarização com gravação, obter contexto biográfico.

DIMENSÃO I: EXPERIÊNCIAS DE LIDERANÇA NO QUOTIDIANO

Âncoras Teóricas: Uhl-Bien (2006, 2023); Brewster et al. (2020); Reader et al. (2011); Timmins et al. (2023)

Objetivo: Explorar como o participante percebe e experiencia as formas de liderança presentes na UCI - como se manifestam, constroem e que significados lhes atribui.

Questão Nuclear:

"Quando pensa na liderança na vossa Unidade de Cuidados Intensivos, o que lhe vem imediatamente à cabeça? Como descreveria a forma como a liderança se faz sentir no dia-a-dia?"

Questões de Aprofundamento:

1. "Pode descrever um episódio recente que ilustre bem a forma como a liderança se manifesta no quotidiano?"
   - O que aconteceu especificamente?
   - Como se sentiu nessa situação?
   - O que tornou esse momento significativo?
2. "Que gestos, atitudes ou comportamentos mais marcam a forma como a liderança se manifesta?"
   - Pode dar exemplos concretos?
   - Como reage habitualmente a esses comportamentos?
3. "Quem tende a assumir naturalmente um papel de liderança na equipa?"
   - Isso muda conforme as situações?
   - Pode descrever situações diferentes?
   - Como se sente quando isso acontece?
4. "Há diferenças entre os estilos de liderança que experiencia? Como são vividos ou percebidos pela equipa?"
   - Pode contrastar experiências diferentes?
   - Que impacto têm essas diferenças?
5. "Como descreveria a liderança ideal, aquela que considera necessária ou desejada neste contexto?"
   - O que a tornaria ideal?
   - Já experienciou momentos assim? Pode descrever?
6. "Em que momentos sente que a liderança contribui positivamente para o trabalho coletivo?"

- Pode dar um exemplo concreto?
- O que fez a diferença?

7. "E quando a liderança falha ou está ausente - o que acontece à equipa?"
   - Como se manifesta essa ausência?
   - Como afeta o trabalho e as pessoas?
   - Pode partilhar uma experiência?

Nota Interpretativa para Análise: Explorar contrastes entre liderança vivida e desejada. Atenção especial à linguagem emocional ("confiança", "apoio", "pressão", "injustiça", "segurança", "medo"). Captar processos relacionais emergentes (escuta, influência mútua, presença/ausência, reconhecimento, reciprocidade). Observar quando surgem referências a segurança psicológica, voz ativa, ou deferência à expertise sem nomeação explícita desses conceitos.

DIMENSÃO II: COMUNICAÇÃO, COORDENAÇÃO E RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

Âncoras Teóricas: Gittell et al. (2010, 2016); Edmondson (2019); Nembhard & Edmondson (2006); Brewster et al. (2020)

Objetivo: Compreender como as relações e comunicação entre profissionais estruturam o funcionamento da equipa e a perceção de liderança.

Questão Nuclear:

"Como é que, no dia-a-dia, se articulam e comunicam os vários profissionais da unidade, médicos, enfermeiros, e outros profissionais?"

Questões de Aprofundamento:

8. "Há momentos em que sente que a equipa funciona verdadeiramente como um todo? O que torna esses momentos possíveis?"
   - Pode descrever uma dessas situações?
   - Como se sente quando isso acontece?
   - Qual o papel de cada pessoa nesses momentos?
9. "Quando surgem tensões ou falhas na comunicação, o que costuma acontecer?"
   - Pode dar um exemplo?
   - Como são geridas essas situações?
   - Como afeta o trabalho e as pessoas?

10. "Como é feita a coordenação das decisões clínicas, especialmente em situações de pressão ou emergência?"*
    - Quem participa nessas decisões?
    - Sente que pode contribuir? Como?
    - Alguma vez a liderança passou para diferentes pessoas conforme a situação?
11. "Que papel têm as chefias formais e informais na forma como as equipas se articulam?"
    - Pode distinguir esses papéis com exemplos?
    - Como influenciam a coordenação?
12. "Existem espaços ou momentos de diálogo ou reflexão coletiva? São valorizados?"
    - Como funcionam?
    - Que impacto têm?
    - O que gostaria que fosse diferente?
13. "Sente-se confortável para expressar preocupações, questionar decisões ou reportar erros?"
    - Pode partilhar uma experiência que ilustre isso?
    - O que torna isso fácil ou difícil?
    - Como reagem habitualmente as lideranças e colegas?
14. "De que forma a qualidade da comunicação influencia o clima da equipa e a segurança do doente?"*
    - Pode dar exemplos concretos dessa influência?

Nota Interpretativa para Análise:

Observar como o discurso sobre comunicação revela dinâmicas de poder, confiança, pertença e colaboração. A liderança relacional tende a emergir como facilitadora de escuta e alinhamento interprofissional. Atenção a narrativas sobre segurança psicológica (sem o termo), confiança interprofissional, conhecimento partilhado de papéis. Captar quando a coordenação funciona por relações vs. hierarquia.

DIMENSÃO III: ENVOLVIMENTO, MOTIVAÇÃO E ENERGIA PROFISSIONAL

Âncoras Teóricas: Schaufeli & Bakker (2004); Bakker & Demerouti (2017); Spurgeon et al. (2015); Perreira et al. (2019); Du et al. (2024); Zhang et al. (2025)

Objetivo: Explorar perceções de vitalidade, motivação, significado e sentido no trabalho, e como influenciam a permanência ou saída da unidade.

Questão Nuclear:

"**O que o/a faz continuar a trabalhar em cuidados intensivos? O que o/a mantém ligado/a a este contexto?"**

Questões de Aprofundamento:

15. "Que aspetos do trabalho lhe dão mais satisfação e sentido?"
    - Pode descrever um momento que capture isso?
    - Com que frequência experiencia esses momentos?
16. "Há momentos em que sente que vale a pena, apesar de toda a exigência? Que fatores contribuem para isso?"*
    - Pode partilhar uma experiência específica?
    - O que sentiu nesse momento?
17. "Pense em momentos em que se sentiu verdadeiramente envolvido/a e energizado/a no trabalho. Pode descrever?"
    - O que contribuiu para se sentir assim?
    - Como descreve essa energia?
    - O ambiente e as pessoas influenciaram? Como?
18. "Alguma vez experienciou momentos em que estava tão absorvido/a que o tempo parecia 'voar'?"
    - O que caracterizava essas situações?
    - Quem estava envolvido?
19. "E quando sente vontade de sair ou desmotivação, o que a provoca?"
    - Pode descrever uma situação assim?
    - Houve algo específico que desencadeou isso?
20. "Que papel têm os colegas e a liderança nessas fases de maior ou menor energia?"*
    - Pode dar exemplos do impacto positivo?
    - E do impacto negativo?
21. "Como descreveria o ambiente da unidade em termos de motivação coletiva da equipa?"
    - Isso mudou ao longo do tempo?
    - O que influencia essa motivação coletiva?
22. "O que ajudaria, na sua opinião, a tornar o trabalho mais sustentável e a reduzir a vontade de sair?"
    - Que mudanças gostaria de ver?
    - O que considera essencial?

Nota Interpretativa para Análise: Evitar mencionar "engagement", "vigor", "dedicação", "absorção". Deixar emergir espontaneamente expressões como "energia", "envolvimento", "motivação", "orgulho", "exaustão", "cansaço", "vontade de mudar/sair". Observar indicadores das três dimensões do engagement: vigor (energia, resiliência), dedicação (significado, orgulho, entusiasmo), absorção (imersão, tempo passa rápido). Captar fatores organizacionais (autonomia, reconhecimento, feedback, suporte) e relacionais que influenciam engagement.

DIMENSÃO IV: RELAÇÕES ENTRE LIDERANÇA E ENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Âncoras Teóricas: Uhl-Bien (2006); Spurgeon et al. (2015); Prenestini et al. (2023); Du et al. (2024); Zhang et al. (2025)

Objetivo: Aprofundar como práticas e comportamentos de liderança influenciam clima, motivação, envolvimento e permanência das equipas.

Questão Nuclear:

"Na sua experiência, de que modo a forma como é exercida a liderança afeta o ambiente de trabalho e a vontade das pessoas de se manterem na unidade?"

Questões de Aprofundamento:

23. "Pode recordar uma situação em que a liderança tenha contribuído para reforçar a coesão e o compromisso da equipa?"
    - O que aconteceu especificamente?
    - Qual foi o impacto?
    - Como se sentiu?
24. "E alguma situação em que o estilo de liderança tenha gerado desmotivação ou afastamento?"
    - Pode descrever?
    - Qual foi o efeito na equipa?
    - E em si?
25. "Que comportamentos de liderança o/a fazem sentir reconhecido/a e valorizado/a?"
    - Pode dar exemplos concretos?
    - Que impacto tem isso no seu trabalho?
26. "Como descreveria o papel do reconhecimento e feedback no seu quotidiano profissional?"
    - Como recebe feedback? De quem?
    - Pode partilhar uma experiência significativa de reconhecimento?

27. "Que atitudes ou práticas considera que desgastam a equipa ou aumentam a vontade de sair?"

- Pode ilustrar com exemplos?
- Como lida com isso?

28. "Em que medida sente que a liderança tem consciência do impacto das suas ações no bem-estar dos profissionais?"

- Há sinais dessa consciência? Quais?
- O que gostaria que fosse diferente?

Nota Interpretativa para Análise: Explorar perceções de reciprocidade, justiça organizacional, reconhecimento, apoio emocional. Captar narrativas de retenção vs. intenção de saída. Observar mecanismos mediadores: confiança, segurança psicológica, sentido de pertença, empoderamento. A relação liderança-engagement é central para compreender sustentabilidade das equipas e rotatividade.

DIMENSÃO V: BEM-ESTAR, SIGNIFICADO E SUSTENTABILIDADE

Âncoras Teóricas: Edmondson (2019); Timmins et al. (2023); Brewster et al. (2020); Du et al. (2024); Zhang et al. (2025)

Objetivo: Compreender como o participante experiencia equilíbrio emocional, suporte interpessoal e sentido de pertença, especialmente em contextos de stress elevado.

Questão Nuclear:

"Como é que a unidade, e em particular a forma como é liderada, influencia o seu bem-estar e o da equipa?"

Questões de Aprofundamento:

29. "Quais os principais fatores de desgaste emocional ou físico no dia-a-dia?"

- Pode descrever situações concretas?
- Como afetam as pessoas?

30. "O que ajuda a manter o equilíbrio e o sentido, mesmo em momentos difíceis?"

- Pode dar exemplos?
- Que papel têm as pessoas à sua volta?

31. "Que papel têm os colegas e os líderes nesse suporte?"

- Pode partilhar uma experiência de suporte efetivo?

- E uma de ausência de suporte?

32. "Há práticas ou atitudes que tornam o ambiente mais humano ou solidário?"

- Quais?
- Como se manifestam?
- Que impacto têm?

33. "Como sente que as dinâmicas de liderança na UCI afetam o seu bem-estar pessoal e profissional?"

- Há momentos de maior resiliência? O que ajudou?
- E momentos de maior desgaste? O que contribuiu?

34. "Na sua perspetiva, como é que a forma como a equipa é liderada influencia a qualidade dos cuidados prestados aos doentes?"

- Consegue pensar em situações concretas?
- Como se sente em relação a essa influência?

35. "Olhando para o futuro, o que considera essencial para tornar o trabalho em UCI sustentável para si e para os seus colegas?"

- Que mudanças gostaria de ver?
- Como imagina uma cultura de liderança que promova o cuidado com quem cuida?

Nota Interpretativa para Análise:

Observar metáforas de fadiga, pertença, resiliência, "família", "equipa unida". Bem-estar surge como indicador da qualidade das relações e sustentabilidade da liderança. Captar conexão entre liderança relacional, engagement e outcomes (bem-estar individual, performance de equipa, qualidade assistencial). Atenção a narrativas sobre burnout, stress moral, mas também resiliência e crescimento.

FECHO DA ENTREVISTA

36. "Se tivesse de descrever numa frase o que considera essencial para que uma equipa de cuidados intensivos funcione bem e as pessoas queiram continuar nela, o que diria?"

37. "Há algo mais sobre o ambiente, a liderança ou a vida na unidade que ache importante partilhar e que não tenha tido oportunidade de falar?"

38. "Ao refletir sobre esta conversa, que sentimentos ou pensamentos emergem para si?"

Agradecimento:

"Muito obrigado/a por partilhar as suas experiências e perspetivas de forma tão aberta e reflexiva. O seu contributo é muito valioso para compreender melhor estas dinâmicas nos cuidados intensivos. Se após a entrevista lhe ocorrer algo que gostaria de acrescentar, pode sempre contactar-me. Tem alguma questão ou comentário?"

Nota Metodológica:

Permitir espaço de síntese pessoal e reflexão. Registar cuidadosamente tom emocional, pausas significativas, metáforas espontâneas e reformulações.

QUESTÕES ADICIONAIS PARA APROFUNDAMENTO CONTEXTUAL

Sobre Experiência Subjetiva:

- "Como se sentiu nessa situação?"
- "O que significou isso para si?"
- "Como interpretou o que estava a acontecer?"

Sobre Significados:

- "O que pensa que tornou essa experiência significativa?"
- "Como dá sentido a isso?"
- "Isso mudou algo na forma como vê o trabalho/equipa/liderança?"

Sobre Contexto Situacional:

- "Como era o ambiente nessa altura?"
- "Quem mais estava envolvido?"
- "Isso é típico ou foi excecional?"

Sobre Contraste:

- "Como compara isso com outras experiências?"
- "Isso é diferente de situações anteriores?"
- "Houve mudanças ao longo do tempo?"

Sobre Impacto:

- "Que impacto teve isso?"
- "Como afetou a forma como trabalha?"
- "O que resultou disso?"

NOTAS PÓS-ENTREVISTA (Para Reflexão do Investigador)

Reflexão Imediata:

- Principais temas emergentes não antecipados
- Momentos emocionalmente intensos ou significativos
- Linguagem não-verbal relevante (gestos, expressões, postura)
- Silêncios prolongados ou hesitações marcantes
- Aspectos surpreendentes ou contraditórios
- Metáforas e linguagem expressiva utilizada
- Reflexão sobre a própria postura e reações enquanto entrevistador
- Questões ou temas para explorar em futuras entrevistas

Dados Contextuais:

- Duração efetiva da entrevista
- Local, condições ambientais, privacidade
- Interrupções ou particularidades do contexto
- Estado emocional percebido do participante