INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Desenvolvimento de um Centro de Investigação e Inovação na ULS Loures-Odivelas

Catarina Neves dos Santos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Associada, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

março, 2026

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Desenvolvimento de um Centro de Investigação e Inovação na ULS Loures-Odivelas

Catarina Neves dos Santos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Associada, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

março, 2026

Ao Tiago, por caminhar sempre ao meu lado.

Ao Henrique e à Margarida, que dão sentido a tudo e me inspiram a ser melhor.

Agradecimento

A elaboração desta tese representa o culminar de um percurso que foi possível graças ao apoio, incentivo e colaboração de várias pessoas, às quais gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Generosa do Nascimento, pela orientação científica, pela disponibilidade constante e pelo estímulo ao pensamento crítico que sempre incentivou ao longo deste processo.

À instituição onde este estudo foi desenvolvido e a todos os profissionais que contribuíram para a sua concretização, pela disponibilidade, colaboração e partilha de conhecimento.

À Fátima e ao Bruno, pelas conversas inspiradoras e por tornarem os meus dias mais leves.

À Marília e à Rute, pela amizade e apoio nos momentos mais exigentes.

À minha família, pelo amor, paciência e incentivo permanentes. O seu apoio foi essencial para tornar possível a concretização deste trabalho.

Resumo

A investigação e inovação em saúde desempenham um papel central na melhoria da qualidade, eficiência e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Contudo, a investigação clínica enfrenta frequentemente barreiras organizacionais, estruturais e individuais que limitam a sua integração na prática assistencial.

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um modelo organizacional para a criação de um centro de investigação na Unidade Local de Saúde (ULS) Loures-Odivelas. Foi adotada uma metodologia de estudo de caso que combinou revisão da literatura, *focus groups* multidisciplinares com profissionais da instituição e entrevistas de *benchmarking* com centros de investigação nacionais e internacionais. Os dados qualitativos foram analisados através de análise temática reflexiva, complementada por estratégias de triangulação metodológica e teórica.

Os resultados evidenciaram um elevado interesse dos profissionais na realização de investigação, mas também a presença de barreiras relevantes, incluindo falta de tempo protegido, complexidade burocrática, ausência de apoio metodológico e escassez de financiamento. A análise de *benchmarking* identificou fatores críticos para o sucesso de centros de investigação, nomeadamente autonomia institucional, diversificação de financiamento, maturidade operacional e existência de estruturas de suporte especializadas.

Com base nestes resultados, foi desenvolvido um projeto de intervenção que propõe a criação de um centro de investigação orientado para investigação translacional e inovação organizacional, integrado no funcionamento da ULS e alinhado com o conceito de *Learning Health System*.

A implementação deste modelo poderá reforçar a capacidade científica institucional, promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e aumentar a competitividade da instituição na captação de financiamento e desenvolvimento de parcerias estratégicas.

Palavras-chave: investigação clínica; inovação em saúde; centros de investigação; sistemas de saúde; *learning health systems.*

Classificação JEL: I18; O32.

Abstract

Health research and development plays a central role in improving the quality, efficiency and sustainability of healthcare systems. However, research conducted within clinical settings often faces organizational, structural and individual barriers that limit its integration into routine healthcare practice.

This study aimed to develop an organizational model for establishing a research center within the Loures-Odivelas Local Health Unit (ULS). A case study methodology was adopted, combining a literature review, multidisciplinary focus groups with healthcare professionals from the institution, and benchmarking interviews with national and international research centers. Qualitative data were analyzed using reflexive thematic analysis, complemented by methodological and theoretical triangulation strategies.

The results revealed a strong interest among healthcare professionals in engaging in research activities, but also highlighted significant barriers, including lack of protected research time, bureaucratic complexity, insufficient methodological support and limited funding opportunities. Benchmarking analysis identified key success factors for research centers, namely institutional autonomy, diversification of funding sources, operational maturity and the availability of specialized support structures.

Based on these findings, an intervention project was developed proposing the creation of a research center focused on translational research and organizational innovation, integrated within the functioning of the ULS and aligned with the concept of a Learning Health System.

The implementation of this model may strengthen institutional research capacity, promote continuous improvement in healthcare quality and enhance the institution's competitiveness in attracting research funding and developing strategic partnerships.

Keywords: clinical research; health innovation; research centers; healthcare systems; learning health systems.

JEL Classification: I18; O32.

Índice

Agradecimento iii
Resumo v
Abstract vii
Índice ix
Índice de quadro e figuras x
Glossário de siglas e acrónimos xi
Introdução 1
CAPÍTULO 1 3
Revisão da literatura 3
1.1. O papel estratégico da I&D em saúde 3
1.2. Barreiras e facilitadores à investigação e inovação em contexto clínico 5
1.3. Modelos organizacionais de investigação em saúde 8
1.4. Gestão, financiamento e sustentabilidade 11
1.5. Envolvimento de s*takeholders* e co-criação 14
CAPÍTULO 2 15
Metodologia 15
2.1. Tipo de estudo e questões orientadoras 15
2.2. Estratégia de investigação e fontes de evidência 15
2.3. Técnicas de tratamento de dados 17
CAPÍTULO 3 19
Diagnóstico 19
3.1. Caracterização da ULS Loures-Odivelas 19
3.2. Caracterização das estruturas de I&D no ACeS Loures-Odivelas e Hospital Beatriz Ângelo 19
3.3. Estudo de *benchmarking* 20
3.4. Expectativas dos profissionais da ULS Loures-Odivelas 23
3.5. Análise crítica dos resultados 27
CAPÍTULO 4 29
Projeto de intervenção 29
4.1. Posicionamento estratégico do Centro de Investigação Clínica da ULS Loures-Odivelas 29
4.2. Estrutura organizacional e gestão 33
4.3. Controlo de gestão 37

4.4. Estratégia de comunicação 42
4.5. Cronograma e Impacto 45
Conclusões.....47
Referências Bibliográficas 51
Anexos.....59
Anexo A – Guião de apoio à dinamização dos *focus group* 61
Anexo B – Guião de entrevista semi-estruturada 63
Anexo C – Consentimento informado dos *focus group*.....67
Anexo D – Consentimento informado das entrevistas.....69
Anexo E – Parecer da Comissão de Ética do ISCTE.....71
Anexo F – Autorização da Direção Clínica da ULS Loures-Odivelas.....73
Anexo G – Resultado da Análise Temática dos *focus groups*.....75

Índice de quadros e figuras

Quadros

Quadro 1 - Matriz caso*tema do estudo de *benchmarking.*.....22
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais que participaram nos *focus groups*.....24
Quadro 3 - Scorecard InovaLO.....40
Quadro 4 - Estratégia de comunicação do InovaLO.....43

Figuras

Figura 1 - Logotipo do Centro de Investigação e Inovação Clínica InovaLO.....32
Figura 2 - Organograma do InovaLO. 36
Figura 3 - Mapa estratégico do InovaLO. 38

Glossário de siglas e acrónimos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BSC – *Balanced Scorecard*

CAC – Centro Académico Clínico

CIC – Centro de Investigação Clínica

CRO – *Contract Research Organization*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS – Cuidados de Saúde Secundários

GPIR – Gabinete Patient Innovation and Research

I&D – Investigação Científica e Desenvolvimento Tecnológico

LOD – Loures-Odivelas

MeSH – Descritores controlados do vocabulário *Medical Subject Headings*

NIHR – National Institute for Health Research

NHS – National Health Service

PBRN – *Practice-Based Research Networks*

PIB – Produto Interno Bruto

PPI – *Patient and Public Involvement*

PREM – *Patient-Reported Experience Measures*

PROM – *Patient-Reported Outcome Measures*

SIFIDE – Sistema de Incentivos Fiscais à Investigação e Desenvolvimento Empresarial

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

A investigação e desenvolvimento tecnológico (I&D) são fundamentais para um desenvolvimento sustentável, promovendo crescimento económico, sustentabilidade ambiental e bem-estar social. A investigação gera novos conhecimentos que resultam em produtos, processos e serviços inovadores, aumentando a produtividade e a competitividade, beneficiando assim a prosperidade económica (ANI, 2021; ANI & INOVA +, 2019; Kubitskyi *et al*., 2024; Mohamed *et al*., 2022; Omri, 2020). A aposta em I&D é considerada essencial para a criação de empregos qualificados e bem remunerados, alinhando-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, promovidos pelas Nações Unidas e União Europeia (UE) (Abudu *et al*., 2022; United Nations, 2015).

A I&D em saúde assume atualmente uma natureza estratégica para os sistemas de saúde. Organizações com maior capacidade de investigação tendem a apresentar melhores resultados clínicos, maior equidade no acesso e utilização mais eficiente de recursos, reforçando o papel da I&D como promotora de *value-based healthcare* (Boaz *et al*., 2015; Bouzalmate-Hajjaj *et al*., 2022; Clarke & Loudon, 2011; Porter, 2010). A I&D oferece também benefícios significativos para os profissionais e organizações, ao contribuir para o desenvolvimento de competências, satisfação no trabalho e atratividade das instituições (Adler *et al*., 2020; Boaz *et al*., 2015; Bouzalmate-Hajjaj *et al*., 2022; O'Hara *et al*., 2025; Pager *et al*., 2012). Estes fatores podem ter um importante papel na fixação e satisfação dos profissionais de saúde em Portugal e, especialmente, no Sistema Nacional de Saúde (SNS). É por estes motivos que a inovação é parte central da Estratégia de Intervenção sobre os Determinantes de Saúde no Plano Nacional de Saúde 2030 (DGS, 2024).

Contudo, a investigação em contexto clínico desenvolve-se num ambiente de elevada complexidade organizacional e pressão assistencial. Persistem barreiras sistémicas, organizacionais e individuais que condicionam a transformação do conhecimento em valor clínico, social e económico. Entre estas destacam-se o financiamento insuficiente, barreiras regulatórias e burocráticas, escassez de percursos de carreira em investigação, falta de tempo protegido e insuficiência de estruturas de apoio metodológico. A necessidade de diversificar fontes de financiamento, incluindo financiamento privado, levanta ainda desafios relacionados com integridade e independência científica (Bonfim *et al*., 2023; Conde *et al*., 2024; Hummers-Pradier *et al*., 2008; Vassie *et al*., 2020).

Apesar do crescimento significativo da produção científica portuguesa nas últimas décadas, o investimento global em I&D permanece abaixo da média europeia, com particular fragilidade no investimento privado. Esta realidade reforça a necessidade de modelos organizacionais robustos, sustentáveis e orientados por missão, capazes de articular governação eficaz, cultura institucional

favorável à inovação e financiamento diversificado. O desafio assume contornos específicos na atual organização do SNS em Unidades Locais de Saúde (ULS), que integram cuidados de saúde primários e cuidados de saúde secundários (CSS) sob gestão única, privilegiando proximidade, continuidade e integração de cuidados (Decreto-Lei 102/2023). A ligação com instituições académicas é sugerida como uma potencial solução para muitas das barreiras apontadas, mas as diferenças entre a agenda académica e as necessidades de saúde da comunidade, a fraca conexão entre academia e os cuidados de saúde primários (CSP), e o facto de apenas 8 das 37 ULS englobarem Hospitais Universitários são barreiras significativas a este modelo (Bonfim *et al*., 2023; Conde *et al*., 2024). Assim, torna-se particularmente relevante desenvolver estruturas próprias de apoio à investigação que não dependam exclusivamente da ligação formal à academia.

A ULS Loures-Odivelas (LOD) situa-se na Grande Área Metropolitana de Lisboa. É composta pelo Hospital Beatriz Ângelo, E.P.E e os Centros de Saúde do concelho de Odivelas e parte das freguesias do concelho de Loures. A ULS LOD serve 235 679 utentes, englobando áreas urbanas e rurais e uma grande diversidade social e étnica, pelo que reúne condições propícias ao desenvolvimento de iniciativas de investigação com elevada relevância contextual. Contudo, a reorganização institucional associada à constituição da ULS implicou a extinção e reestruturação de estruturas previamente dedicadas à I&D. De forma a promover a inovação e fomentar um ambiente de co-criação e partilha de conhecimento, torna-se premente a criação de um Centro de Investigação e Inovação na ULS Loures-Odivelas. Esta estrutura permitirá oferecer melhores condições de trabalho para investigadores e profissionais de saúde, responder às necessidades emergentes da sociedade e reforçar a competitividade do setor.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo geral desenvolver um centro de investigação e inovação na ULS Loures-Odivelas. Para isso, serão abordados quatro objetivos específicos: (1) realizar um levantamento detalhado da atividade de investigação clínica e inovação na ULS, identificando áreas de atuação e principais desafios; (2) diagnosticar as expectativas e necessidades dos profissionais de saúde da ULS; (3) realizar um *benchmarking* de casos de sucesso, analisando experiências nacionais e internacionais que possam servir de referência para a otimização do modelo de funcionamento do centro; e (4) desenvolver um plano estratégico para a criação de um centro de investigação sustentável, alinhado com as melhores práticas e adaptado às especificidades da ULS.

O Capítulo 1 apresenta a revisão da literatura, enquadrando o papel estratégico da I&D em saúde, os modelos organizacionais e os principais fatores de gestão. O Capítulo 2 descreve a metodologia adotada. No Capítulo 3 é desenvolvida a análise das expectativas dos profissionais da ULS e o estudo de *benchmarking*. Por fim, o Capítulo 4 apresenta o projeto de intervenção, com o respetivo posicionamento estratégico, estrutura organizacional e mecanismos de implementação e avaliação.

CAPÍTULO 1

Revisão da literatura

1.1. O papel estratégico da I&D em saúde

A investigação e inovação em saúde assumem um papel estratégico na melhoria da qualidade dos sistemas de saúde. A adoção de uma estratégia de I&D associa-se a cuidados de saúde mais eficientes e melhores resultados em saúde das populações. Assim, as práticas de I&D potenciam o desenvolvimento económico e social do país, pelo que devem ser encaradas não como uma atividade acessória, mas como um instrumento central de governação baseada na evidência, orientado para a criação de valor e para a melhoria sustentada da prestação de cuidados.

1.1.1. Impacto macro e social

O crescimento económico europeu nas últimas décadas foi impulsionado, em cerca de dois terços, pela inovação, evidenciando o papel estruturante da I&D na competitividade e coesão económica. Neste contexto, o Programa Horizonte Europa assume particular relevância, estimando-se que cada euro investido possa gerar até 11 euros de retorno no PIB ao longo de 25 anos, e que conduza à criação de até 100 000 postos de trabalho (ANI, 2021; ANI & INOVA +, 2019).

Na área da saúde, a investigação e inovação desempenham um papel central na promoção da sustentabilidade dos sistemas de saúde e na concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular do objetivo "saúde de qualidade e bem-estar" (ODS 3), mas também de objetivos transversais como a redução das desigualdades (ODS 10), o desenvolvimento de comunidades sustentáveis (ODS 11) e o reforço de instituições eficazes (ODS 16). A investigação clínica permite gerar evidência contextualizada, apoiar a tomada de decisões baseadas na evidência, reduzir práticas de baixo valor e acelerar a adoção de intervenções custo-efetivas. Sistemas de saúde com maior capacidade de investigação apresentam melhores resultados em saúde, maior eficiência na utilização de recursos e maior equidade no acesso aos cuidados, contribuindo para a sustentabilidade económica, social e institucional a longo prazo. Para tal, o reforço da capacidade de investigação dos profissionais de saúde, preconizado desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio e consolidado na Agenda 2030, é reconhecido como um processo fundamental (Abudu *et al*., 2022; Bautista-Puig *et al*., 2021; Bilardi *et al*., 2021; Maher & Cometto, 2016; United Nations, 2015)

Por conseguinte, a I&D no setor da saúde é crescentemente reconhecida como um motor de desenvolvimento económico, contribuindo para o desenvolvimento de massa crítica, criação de emprego qualificado, geração de riqueza e competitividade (FCT, 2019).

1.1.2. Valor para o Sistema de Saúde

O objetivo fundamental dos sistemas de saúde deve ser maximizar o valor para o doente, entendido como a relação entre resultados em saúde e custos (Porter, 2010). Assim, a I&D orientada para o valor permite aumentar o numerador dessa equação, através do desenvolvimento de melhores intervenções, justificando o investimento institucional nesta área.

Os profissionais de saúde estão numa posição privilegiada para identificar necessidades clínicas e convertê-las em projetos de investigação translacional e inovação. No entanto, apenas uma pequena proporção das descobertas científicas chega à prática clínica diária, frequentemente com grande atraso temporal. Nesse sentido, a ciência da implementação reforça a necessidade de criar métodos que promovam a integração sistemática da evidência científica na prática clínica (Rubenstein, 2016). Existe evidência de que em modelos de *embedded research*, nos quais a investigação constitui um componente estrutural do sistema de saúde e a produção de conhecimento é contextualizada e diretamente alinhada com as necessidades locais, a integração da evidência científica na prática clínica é mais rápida e eficaz (Coates & Mickan, 2020).

O envolvimento institucional em I&D está associado a melhorias nos processos de cuidados e nos resultados em saúde, incluindo redução da mortalidade e da morbilidade. Estes benefícios estendem-se a todos os doentes tratados nestas instituições, e não apenas a participantes diretos dos estudos (Bouzalmate Hajjaj *et al*., 2022; Clarke & Loudon, 2011; O'Hara *et al*., 2025). As práticas académicas e de investigação funcionam como catalisadores de uma cultura organizacional mais crítica, reflexiva e orientada para a melhoria contínua, abrangendo todas as profissões de saúde e não apenas a classe médica (Newington, Alexander, *et al*., 2021; Newington, Wells, *et al*., 2021). Assim, as organizações que produzem conhecimento tendem a absorver e aplicar melhor conhecimento externo, a ter equipas mais atualizadas e que praticam medicina baseada na evidência, a seguir protocolos mais rigorosos e a apresentar uma maior eficácia organizacional, elevando o padrão global de cuidado (Boaz *et al*., 2015; Brandenburg *et al*., 2021; Reed *et al*., 2017). Transformam-se, portanto, em *Learning Health Systems*, sustentadas num ciclo virtuoso contínuo de recolha de dados da prática (*performance-to-data*), geração de conhecimento (*data-to-knowledge*) e aplicação desse conhecimento na melhoria dos cuidados (*knowledge-to-performance*) (Friedman *et al*., 2014).

No entanto, a maximização do valor em saúde implica integrar de forma sistemática a perspetiva do doente na produção e aplicação do conhecimento científico. Neste contexto, a investigação e inovação orientadas para o valor devem incorporar medidas reportadas pelos próprios doentes, como *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM) e *Patient-Reported Experience Measures* (PREM), que permitem captar dimensões essenciais dos cuidados não plenamente refletidas em indicadores clínicos tradicionais, nomeadamente qualidade de vida, funcionalidade e experiência do percurso assistencial (Black, 2013; Greenhalgh *et al*., 2018). A experiência dos *National Quality Registers* suecos

constitui um exemplo paradigmático deste modelo: a integração sistemática de PROM em registos clínicos nacionais permitiu gerar evidência diretamente aplicável à prática clínica, apoiar processos contínuos de melhoria da qualidade e impulsionar inovação organizacional centrada nos resultados relevantes para os doentes (Larsson *et al*., 2012; Nilsson *et al*., 2016). Quando integrados em ciclos de investigação aplicada e em modelos de *Learning Health Systems*, estes dados transformam a experiência reportada pelos doentes em conhecimento prático, reforçando o ciclo contínuo de aprendizagem organizacional e assegurando que a inovação desenvolvida responde efetivamente às necessidades e prioridades dos utentes (Friedman *et al*., 2014; Porter, 2010). Desta forma, a investigação orientada para PROM e PREM constitui um instrumento fundamental para alinhar resultados clínicos, experiência do doente e eficiência dos sistemas de saúde, contribuindo para uma prestação de cuidados verdadeiramente centrada na pessoa e orientada para o valor.

A participação em atividades de I&D associa-se também a benefícios relevantes para os profissionais de saúde e para as organizações. Os profissionais de saúde envolvidos em práticas de I&D relatam uma perceção mais elevada da qualidade dos cuidados prestados, maior satisfação profissional e melhor saúde física e mental, com níveis mais baixos de stress, ansiedade, depressão e exaustão emocional (Bouzalmate-Hajjaj *et al*., 2022; Fitzpatrick *et al*., 2020). Estes benefícios são transversais às várias profissões de saúde, e são mais marcados quando existe uma cultura organizacional orientada para a inovação e os profissionais têm tempo protegido para as atividades académicas e científicas (Newington, Wells, *et al*., 2021; O'Hara *et al*., 2025; Zhuang *et al*., 2022). A investigação fomenta a educação contínua, colaboração em rede e criação de percursos de carreira mais atrativos, contribuindo para a retenção de profissionais (Boaz *et al*., 2015; Bouzalmate-Hajjaj *et al*., 2022; Fitzpatrick *et al*., 2020; Newington, Wells, *et al*., 2021; O'Hara *et al*., 2025).

Paralelamente, a I&D contribui para o prestígio institucional, promovendo uma maior visibilidade, capacidade de atrair e reter talentos, acesso a equipamentos financiados externamente, melhoria das infraestruturas e maior capacidade de captação de financiamento competitivo (Adler *et al*., 2020; Boaz *et al*., 2015; Bouzalmate-Hajjaj *et al*., 2022)

1.2. Barreiras e facilitadores à investigação e inovação em contexto clínico

A I&D em contexto clínico desenvolve-se num ambiente marcado por elevada complexidade organizacional, pressão assistencial crescente e constrangimentos de recursos, fatores que dificultam a conciliação entre a prestação de cuidados e a produção de conhecimento científico. Nos sistemas públicos de saúde, estas dificuldades são amplificadas pela necessidade de cumprir metas de atividade e responder a uma população envelhecida, tornando particularmente desafiante a alocação de tempo, financiamento e infraestruturas à investigação (Conde *et al*., 2024; Hummers-Pradier *et al*., 2008).

Assim, a capacidade de transformar conhecimento científico em valor clínico, social e económico permanece condicionada por um conjunto de barreiras estruturais, organizacionais e individuais.

1.2.1. Barreiras sistémicas e estruturais

Em 2018, uma análise da OCDE ao sistema educativo e de investigação português identificou como principais problemas a instabilidade do financiamento público, a complexidade operacional decorrente da integração de múltiplos fluxos de financiamento com regras distintas e a concentração de I&D em poucas empresas, com um apoio governamental marginal à inovação empresarial (OECD, 2018). Já a Agenda Temática de Investigação e Inovação referiu como uma das principais barreiras sistémicas à investigação em saúde a ausência de um plano estratégico nacional integrado que alinhe políticas de saúde, ciência, educação e economia, conduzindo à definição de prioridades inconsistentes, à dispersão de iniciativas e à inexistência de mecanismos robustos de monitorização e avaliação. Acresce, ainda, um défice estrutural de financiamento, particularmente relevante na fase de translação do conhecimento, levando a um desaproveitamento do conhecimento gerado e, consequentemente, dos recursos gastos na produção do mesmo. Esta dificuldade em transformar o conhecimento em inovação e valor económico, evidenciada pelo reduzido número de ensaios clínicos, baixa rentabilização de patentes e escassa criação de *start-ups*, traduz também uma falha estrutural na interface entre ciência, regulação e mercado (FCT, 2019).

Outras barreiras sistémicas incluem a burocracia regulatória, nomeadamente tempos de resposta prolongados das comissões de ética e ausência de procedimentos harmonizados para estudos multicêntricos. Acrescem ainda os elevados custos de publicação científica e a escassez de bolsas de investigação compatíveis com o exercício clínico parcial (Conde *et al*., 2024). A limitada integração internacional e participação em redes de excelência restringem igualmente o acesso a financiamento competitivo e a transferência de conhecimento (FCT, 2019).

1.2.2. Barreiras organizacionais

Ao nível organizacional, são frequentemente identificadas limitações relacionadas com a escassez de percursos de carreira em investigação (Brandenburg *et al*., 2021; Hummers-Pradier *et al*., 2008). A investigação é frequentemente desvalorizada na progressão na carreira, com métricas de avaliação excessivamente focadas na produção assistencial. Existe também um fraco reconhecimento das práticas de I&D pelos pares e pela liderança, sobretudo em especialidades historicamente percecionadas como orientadas para o cuidar, como a Medicina Geral e Familiar (Coates & Mickan, 2020; Conde *et al*., 2024). Estas dificuldades são ainda mais acentuadas entre profissionais não médicos, para os quais a inexistência de carreiras de investigação, oportunidades formativas e

programas de mentoria limita de forma significativa o envolvimento científico (Matus *et al*., 2018; Trusson *et al*., 2021).

A elevada carga burocrática, associada à ausência de estruturas de apoio administrativo e metodológico e de equipas de investigação formalizadas, contribui para a perceção de que a I&D não é valorizada. O isolamento profissional, particularmente relevante em contextos como os cuidados de saúde primários, limita a colaboração científica e o desenvolvimento de projetos multicêntricos (Conde *et al*., 2024; Hummers-Pradier *et al*., 2008).

Também a falta de financiamento dedicado, a dependência de fundos instáveis e inexistência de incentivos estruturados para atividades de mentoria são assinalados como barreiras frequentes (Brandenburg *et al*., 2021; Hummers-Pradier *et al*., 2008). A inadequação dos sistemas de informação clínica, frequentemente fragmentados, pouco interoperáveis e orientados para extração de dados para investigação, constitui um obstáculo adicional (Calmbach *et al*., 2012).

1.2.3. Barreiras individuais

A nível individual, a falta de tempo dedicado à investigação surge de forma consistente como principal barreira, associada à elevada carga assistencial e à multiplicidade de papéis profissionais (Adler *et al*., 2020; Brandenburg *et al*., 2021; Hummers-Pradier *et al*., 2008; Pager *et al*., 2012). A falta de competências em investigação e a perceção de conflito entre a prática clínica e a atividade científica contribuem para sentimentos de sobrecarga e *burnout (Vassie et al., 2020).* Importa salientar que a falta de interesse pela investigação é raramente relatada. No entanto, a perceção de que esta é uma atividade académica distante da prática clínica e com impacto limitado no trabalho diário é descrita com frequência (Adler *et al*., 2020).

1.2.4. Facilitadores e estratégias de superação

O desenvolvimento sustentável da capacidade de I&D exige uma abordagem de "sistema total", capaz de atuar de forma integrada sobre barreiras individuais, organizacionais e sistémicas (Holden *et al*., 2012). Entre os principais fatores facilitadores destaca-se uma cultura organizacional que valorize a investigação e inovação como missão nuclear, com apoio institucional explícito, particularmente por parte da liderança executiva e das chefias diretas (Brandenburg *et al*., 2021). Estratégias como a disponibilização de tempo protegido para investigação, a criação de unidades de apoio metodológico e o desenvolvimento de redes colaborativas de investigação baseadas na prática contribuem para mitigar barreiras como a falta de tempo e de competências e o isolamento profissional (Hummers-Pradier *et al*., 2008). A evidência aponta ainda para a importância de programas estruturados de mentoria, acesso a formação avançada em investigação e estabelecimento de parcerias formais entre instituições académicas e organizações de saúde como mecanismos particularmente eficazes para o

desenvolvimento de capacidade de investigação. Também a existência de oportunidades de financiamento adequadas é um fator decisivo para o envolvimento sustentado dos profissionais (Coates & Mickan, 2020; Fry & Dombkins, 2017; Morgado *et al*., 2024, 2025; Pager *et al*., 2012).

Neste enquadramento, a Agenda Temática de Investigação e Inovação propôs uma resposta integrada assente em pilares interdependentes que incluem a definição de uma estratégia nacional clara, o reforço das infraestruturas e dos recursos humanos, a valorização da investigação nas carreiras profissionais, a internacionalização, o envolvimento dos cidadãos e a promoção da inovação e do empreendedorismo científico (FCT, 2019). Igualmente neste sentido, ocorreu uma revisão do regime jurídico português aplicável às instituições de I&D, de forma a incentivar o investimento privado, reforçar a cooperação entre empresas e entidades de I&D e promover condições de emprego científico e carreiras qualificadas (Decreto-Lei 63/2019). A recém-criada Agência para a Investigação e Inovação (AI^2), resultante da fusão da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) com a Agência Nacional de Inovação (ANI), pretende também resolver algumas das barreiras acima identificadas. Esta unificação permite eliminar a fragmentação entre o financiamento da investigação e o apoio à inovação empresarial, com o objetivo de promover uma abordagem integrada ao longo de todo o ciclo de vida do conhecimento — desde a investigação fundamental até à sua aplicação em produtos, serviços e novos mercados. A nova agência ficará responsável pela gestão de um orçamento plurianual, enquadrado por um contrato-programa que estabelecerá prioridades estratégicas, metas e mecanismos de avaliação de resultados. A definição destas prioridades será alinhada com os desafios nacionais e europeus, envolvendo consulta às comunidades científica e empresarial. Espera-se, assim, conseguir aumentar a previsibilidade e a estabilidade do sistema científico, a transferência de conhecimento para a economia e o contributo da investigação e inovação para a competitividade, produtividade e criação de valor em Portugal (Governo de Portugal, 2025).

1.3. Modelos organizacionais de investigação em saúde

1.3.1. Evolução do sistema de I&D português e prioridades nacionais

Portugal registou nos últimos anos um aumento significativo da capacidade científica e tecnológica, com um aumento de 115% no número de publicações científicas entre 2008 e 2018 — o sexto maior crescimento europeu — e uma melhoria consistente dos indicadores de competitividade, culminando na classificação do país como o 12.º mais inovador da União Europeia em 2019. Todavia, o investimento em I&D em Portugal representa uma despesa total correspondente a 1,37% do Produto Interno Bruto (PIB), com 50% resultante de investimento privado, permanecendo inferior à média europeia de 2,11% do PIB, com 66% proveniente do setor privado e bastante distante da meta da UE de 3% do PIB — 33,3% público e 66,7% privado. A estrutura de investimento portuguesa evidencia

uma dependência de financiamento público e de fundos estruturais europeus, predominância de setores de baixa e média tecnologia e desigualdades regionais marcadas — com concentração significativa na Área Metropolitana de Lisboa. Persistem, assim, fragilidades associadas à insuficiente intensidade de I&D empresarial e ao limitado financiamento privado (ANI, 2021; ANI & INOVA +, 2019).

Em termos estratégicos, a Especialização Inteligente identificou a saúde como uma área prioritária, reconhecendo a qualidade e internacionalização das unidades de I&D e investigadores portugueses (ANI, 2022). Com a ambição de posicionar Portugal como polo europeu de I&D em biotecnologia e ciências da vida, foram lançadas iniciativas para promover a investigação clínica e translacional e reforçar a articulação entre funções assistenciais, ensino e investigação, incluindo a criação de estruturas nacionais, como a Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB), e determinação de linhas de investigação prioritárias (FCT, 2019; P-BIO, 2020).

1.3.2. Estruturas de investigação em saúde

Nas organizações de saúde coexistem diferentes modelos de organização da investigação, com graus variáveis de formalização, autonomia e governação. Estes vão desde programas informais, sem estrutura dedicada, até centros de investigação integrados nas instituições — como os Centros de Investigação Clínica (CIC) e os Centros Académicos Clínicos (CAC) — ou organizações independentes. Não existe um modelo universalmente superior; a configuração mais adequada depende dos objetivos estratégicos, do nível de integração académica, das exigências dos financiadores e do equilíbrio entre investigação, ensino e translação do conhecimento (Philbin *et al.*, 2014).

Em contexto hospitalar, o modelo mais frequente é o CIC, definido pela Lei n.º 21/2014 como entidade vocacionada para a realização de estudos clínicos, dispondo de meios humanos e materiais adequados, independentemente da sua inserção em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, laboratórios ou outras instituições. Contudo, a crescente complexidade dos desafios em saúde tem impulsionado uma evolução para modelos mais integrados, colaborativos e orientados por missão (Boaz *et al*., 2015). A investigação integrada nos serviços de saúde - *embedded research* – tem-se destacado como estratégia para promover a co-produção de conhecimento entre profissionais, investigadores e decisores, aumentando a relevância contextual e a utilização efetiva da evidência na tomada de decisão (Isaacson & Simpson, 2021). Também a articulação com a academia é um método frequentemente apontado para potenciar as competências científicas e metodológicas dos profissionais e instituições, através de formação, mentoria, financiamento partilhado, integração de investigadores nos serviços e desenvolvimento de redes colaborativas (Matus *et al*., 2018; Nott *et al*., 2024). Neste enquadramento, consolidaram-se os Centros Académicos Clínicos (CAC), definidos pelo Decreto-Lei n.º 61/2018 como estruturas integradas que articulam atividade assistencial, ensino e investigação clínica e translacional, associando unidades prestadoras de cuidados, instituições de

ensino superior e entidades de investigação públicas ou privadas. Atualmente existem 12 CAC em Portugal. Adicionalmente, e de forma a reforçar a capacidade de gestão, competitividade e captação de financiamento dos centros inseridos no SNS, tem sido incentivada a evolução dos CIC e CAC para modelos organizativos com maior autonomia — designadamente centros de responsabilidade integrados ou associações de direito privado sem fins lucrativos (Despacho 1739/2024).

Antes da universalização das ULS, os cuidados de saúde primários encontravam-se organizacionalmente dissociados dos cuidados hospitalares, raramente integrando estruturas formais de investigação clínica. Todavia, os CSP constituem um domínio estratégico de investigação, dada a sua natureza de continuidade assistencial, abordagem biopsicossocial e gestão de problemas indiferenciados e multimorbilidade, permitindo gerar dados de "vida real" com elevada validade externa. Sistemas com CSP fortes associam-se a melhores resultados em saúde, maior equidade e controlo de custos, justificando uma agenda própria de investigação em Medicina Geral e Familiar (Hummers-Pradier *et al*., 2009; Kringos *et al*., 2013). Neste contexto, as *Practice-Based Research Networks* (PBRNs) emergiram como modelo particularmente relevante, ao articularem unidades de CSP e investigadores académicos para responder a questões clínicas e organizacionais reais. Ao envolverem os profissionais em todo o ciclo de investigação, promovem a translação do conhecimento e ultrapassam o papel tradicional de mera recolha de dados (Dania *et al*., 2022; Mold & Peterson, 2005). Funcionando como interface entre comunidade, academia e decisores, produzem evidência metodologicamente robusta e operacionalmente relevante para políticas públicas e melhoria contínua dos cuidados (Gaglioti *et al*., 2016; Peterson *et al*., 2012). Em Portugal, estas redes são reconhecidas como estruturas colaborativas com suporte académico ou institucional, orientadas para investigação centrada no doente e na comunidade (AICIB & APMGF, 2024).

1.3.3. Exemplos internacionais

O modelo britânico de integração da investigação clínica no sistema de saúde, operacionalizado através do National Institute for Health and Care Research (NIHR) e da sua Clinical Research Network, constitui um dos *benchmarks* internacionais mais robustos em governação da investigação em saúde. Trata-se de uma infraestrutura nacional, permanentemente financiada e integrada no National Health Service (NHS). Em termos estruturais, destacam-se três componentes complementares. Os Biomedical Research Centres, resultantes de parcerias entre hospitais e universidades, são responsáveis pela produção de investigação translacional e pelo desenvolvimento de inovação clínica. As Clinical Research Facilities constituem infraestruturas físicas especializadas na realização de estudos clínicos mais complexos. Por sua vez, a Clinical Research Network funciona como o principal braço operacional do sistema, assegurando a implementação dos estudos no terreno, através de equipas dedicadas, suporte logístico e capacidade de recrutamento distribuída por todo o NHS. A articulação funcional

entre estas estruturas permite cobrir todas as fases da cadeia de investigação, desde a geração de conhecimento à sua implementação em larga escala. Esta integração é suportada por uma gestão centralizada do portefólio de estudos, com definição de prioridades alinhadas com as necessidades do sistema de saúde, e um financiamento longitudinal e independente de projetos individuais. Esta arquitetura possibilita a rápida ativação e escalabilidade de estudos multicêntricos, como evidenciado durante a pandemia de COVID-19, ao mesmo tempo que promove a integração efetiva da investigação na prática clínica (*embedded research*). Entre as principais vantagens destacam-se a maior eficiência na utilização de recursos, a redução de custos associados à duplicação de infraestruturas, o aumento da capacidade de recrutamento e conclusão de estudos, e o reforço da relevância clínica da investigação. Adicionalmente, o modelo tem demonstrado impactos económicos e sistémicos significativos, incluindo a atração de investimento privado, geração de valor económico e consolidação de uma cultura de investigação integrada nos cuidados de saúde. O sucesso do NIHR decorre, assim, não apenas do volume de financiamento, mas sobretudo de uma estratégia coerente de governação, alinhamento institucional e responsabilização orientada para resultados (Lamontagne *et al*., 2021).

O modelo australiano apresenta paralelismos significativos ao defender a integração estrutural da investigação no sistema de saúde, liderança nacional clara e financiamento orientado para prioridades e impacto. À semelhança do NIHR, propõe centros integrados que agregam serviços de saúde, universidades e institutos de investigação, com critérios explícitos de excelência, translação e *accountability*. O foco no ciclo completo da investigação, na capacitação dos profissionais e na monitorização sistemática de resultados posiciona a investigação como instrumento estratégico de melhoria contínua, geração de valor e sustentabilidade do sistema de saúde (McKeon *et al*., 2013).

1.4. Gestão, financiamento e sustentabilidade

A sustentabilidade dos centros de investigação em saúde depende de um equilíbrio entre governação eficaz, liderança e cultura organizacional, gestão de recursos humanos e modelos de financiamento robustos, capazes de assegurar continuidade operacional e alinhamento com prioridades clínicas e institucionais. Este desafio é amplificado pela complexidade estrutural, pela autonomia profissional e pela coexistência de lógicas clínicas, académicas, regulatórias e financeiras, exigindo modelos de gestão que conciliem rigor e flexibilidade.

1.4.1. Cultura e liderança

Segundo Mintzberg, as organizações de saúde configuram burocracias profissionais, caracterizadas por elevada complexidade, forte autonomia dos profissionais e coordenação baseada na estandardização de qualificações e no ajustamento mútuo do núcleo operacional, o que limita a eficácia de modelos de

gestão excessivamente hierárquicos ou normativos. Já as estruturas de investigação integradas nas organizações de saúde são unidades transversais de apoio e coordenação, aproximando-se mais de uma adhocracia do que de uma burocracia profissional. No entanto, emergem tensões entre gestores e tecnoestrutura, orientados para estandardização, cumprimento regulatório e eficiência, e investigadores, que reclamam autonomia metodológica e liberdade científica (Mintzberg, 1983). Mintzberg e Glouberman defendem que a superação da clivagem entre o "mundo clínico/científico" e o "mundo administrativo/gestão" só é possível através de modelos de coordenação por ajustamento mútuo, com comunicação lateral regular, colaboração em pé de igualdade e liderança partilhada, onde a gestão funciona como mecanismo de apoio e não de controlo (Glouberman & Mintzberg, 2001b, 2001a). Assim, a comunicação e colaboração são fundamentais neste tipo de estrutura. Em particular nos CSP, onde a dispersão geográfica e a heterogeneidade organizacional são mais acentuadas, tornam-se essenciais mecanismos estruturados de comunicação, a identificação de *focal points* locais, a realização de visitas presenciais regulares e a promoção de eventos de *networking* e *team building*, de forma a consolidar relações interpessoais e sustentar uma colaboração duradoura (Dania *et al*., 2021, 2025). Contudo, importa salientar que para que esta abordagem adhocrática seja sustentável, é necessária uma evolução do profissionalismo clássico para um "novo profissionalismo", em que o centro operacional incorpora explicitamente preocupações de sustentabilidade institucional, ética e impacto social da ciência (Plochg *et al*., 2009; Spurgeon *et al*., 2011).

Deste modo, a integração da investigação nas organizações de saúde exige estruturas híbridas, que sobreponham uma adhocracia a uma burocracia profissional. Devem também ser flexíveis, com uma governação partilhada e mecanismos de ajustamento mútuo, de forma a serem capazes de articular lógicas profissionais, académicas e institucionais sem comprometer a prática clínica. Neste enquadramento estrutural, a cultura organizacional assume um papel crítico como elemento integrador destas lógicas potencialmente divergentes. A cultura organizacional é um conjunto de crenças e valores que caracterizam e diferenciam as organizações, tendo impacto na performance da mesma (Schein, 2016). Uma cultura adhocrática orientada para a inovação — que valoriza a experimentação responsável, a autonomia científica e a liderança facilitadora — funciona como mecanismo de coesão que complementa os modelos formais de governação, permitindo conciliar flexibilidade com a necessária *accountability* institucional. A evidência sugere que organizações que investem ativamente no desenvolvimento desta cultura, através de suporte estruturado à investigação, reconhecimento explícito da atividade científica e promoção de redes colaborativas, tendem a gerar ciclos virtuosos de capacitação e produção de conhecimento, reforçando o desempenho organizacional (Borkowski *et al*., 2016; Brandenburg *et al*., 2021). Assim, uma cultura de inovação potencia a prática de I&D que, por sua vez, vai alimentar e reforçar essa cultura na organização.

1.4.2. Modelos de financiamento e governação

Em Portugal, o défice crónico de investimento em investigação clínica torna crucial a mobilização e diversificação de financiamento nacional e comunitário, público e privado, ao longo de toda a cadeia de valor. A Agenda Temática de Investigação e Inovação defende a criação de mecanismos de diversificação de financiamento, envolvendo não apenas fundos públicos, mas também empresas e fundações, suportados por estruturas de interface e pela AICIB (FCT, 2019).

Efetivamente, o financiamento da investigação e inovação em Portugal assenta num modelo híbrido que articula principalmente fundos europeus estruturais, incentivos fiscais e instrumentos financeiros orientados ao mercado. Os Fundos Europeus Estruturais e de Investimento, operacionalizados sobretudo através do Portugal 2020, constituem a principal fonte de financiamento público, tendo apoiado, até junho de 2020, mais de 15 mil projetos, correspondendo a cerca de 12,4 mil milhões de euros de investimento e 6,4 mil milhões de euros de incentivo público. Complementarmente, o Sistema de Incentivos Fiscais à Investigação e Desenvolvimento Empresarial (SIFIDE) — instrumento fiscal em vigor desde 1997 e prorrogado até 2026 — tem desempenhado um papel central na mobilização do investimento privado em I&D. Este permite a dedução em sede de IRC das despesas elegíveis, tendo-se registando um crescimento expressivo do investimento declarado e do crédito fiscal atribuído na última década. Acrescem ainda os programas europeus competitivos, designadamente o Horizonte 2020, que reforçam a internacionalização e a captação de financiamento externo, bem como os instrumentos de capital de risco e garantias públicas direcionados para empresas inovadoras e *start-ups*. Apesar destes incentivos ao investimento empresarial, o sistema revela ainda forte dependência de fundos europeus (ANI, 21 C.E.; ANI & INOVA +, 2019).

A nível das organizações de I&D, a literatura aponta que modelos sustentáveis tendem a combinar um portefólio misto de financiamento, integrando: (i) *core funding* institucional para manter a estrutura, (ii) *project funding* para financiar projetos específicos e (iii) receitas por serviços (formação, consultoria, ensaios promovidos pela indústria), quando compatíveis com missão e autonomia da instituição (Dania *et al*., 2025). Para justificar o *core funding*, as estruturas de investigação devem demonstrar valor institucional, evidenciando contributos para qualidade, eficiência ou reputação/atratividade (Calmbach *et al*., 2012). Modelos como o QUERI (Quality Enhancement Research Initiative), desenvolvido pelo U.S. Department of Veterans Affairs, demonstraram a capacidade de gerar retorno institucional através de ganhos mensuráveis em eficiência organizacional e qualidade assistencial, sustentando a evidência de que o investimento estruturado em I&D pode traduzir-se em benefícios económicos e operacionais que tendem a compensar o investimento inicial no médio e longo prazo (Rubenstein, 2016). Também no âmbito da *embedded research*, recomenda-se um portefólio diversificado de projetos: iniciativas internas de menor escala e rápido retorno, alinhadas com prioridades operacionais e capazes de funcionar como pilotos para captação de

financiamento externo, coexistindo com projetos competitivos de maior duração, que mantêm ligação à comunidade científica e suportam linhas de investigação independentes (Isaacson & Simpson, 2021).

1.5. Envolvimento de s*takeholders* e co-criação

A inovação em saúde exige colaboração interinstitucional e processos de co-criação capazes de integrar diferentes saberes e interesses. O modelo da Hélice Tripla descreve esta dinâmica como uma interação ativa e contínua entre universidades/centros de investigação, indústria e governo, existindo uma sobreposição de papéis - universidades tornam-se mais orientadas para desenvolvimento e inovação; a indústria participa em investigação; o governo atua como facilitador e investidor estratégico – o que reforça a necessidade de estruturas híbridas e mediadoras (Etzkowitz & Leydesdorff, 2000). Em Portugal, esta perspetiva traduz-se na recomendação de uma agenda integradora que articule I&D, ensino, prestação de cuidados, economia e políticas públicas, mobilizando perfis multidisciplinares — incluindo ciência de dados, economia, gestão e humanidades — para responder à complexidade dos desafios em saúde (FCT, 2019).

A co-criação beneficia da adoção de uma linguagem comum orientada para o valor, capaz de conciliar os interesses dos diversos *stakeholders* e legitimar o investimento em I&D pela sua contribuição para resultados relevantes para o doente (Porter, 2010). O envolvimento estruturado de *stakeholders* requer identificação clara dos mesmos e definição de regras de governação assentes em princípios de transparência, integridade, equilíbrio e capacitação (Deverka *et al*., 2012). Para além de clínicos e investigadores, incluem-se doentes/cidadãos (definindo o que é valor e quais os resultados que importam), gestores/pagadores (assegurando viabilidade e sustentabilidade), decisores políticos e indústria (facilitando implementação, escala e financiamento) (Dania *et al*., 2025). O *Patient and Public Involvement* (PPI) associa-se a benefícios éticos e a ganhos em relevância, recrutamento, adesão, eficiência e impacto prático dos estudos desenvolvidos, embora persistam desafios na implementação sistemática deste envolvimento, na clarificação de papéis e na avaliação do seu impacto (Bombard *et al*., 2018; McCarron *et al*., 2021; Price *et al*., 2022; Vinnicombe *et al*., 2023).

Por fim, a qualidade científica e a coerência estratégica exigem modelos de governação que assegurem a participação efetiva de investigadores principais nos órgãos de decisão. À semelhança do que se observa com a presença de médicos nos conselhos de administração das organizações de saúde — associada a melhores resultados clínicos sem agravamento dos custos — a integração de investigadores com atividade científica no concelho de administração de um centro de investigação é determinante para garantir rigor, prevenir desvio de missão e assegurar que as decisões sobre recursos incorporam critérios científicos e não apenas lógicas administrativas (Veronesi *et al*., 2013).

CAPÍTULO 2

Metodologia

2.1. Tipo de estudo e questões orientadoras

Para desenvolver um centro de investigação e inovação na ULS LOD, seguiu-se a metodologia de estudo de caso, como proposta por Yin (2018). O estudo de caso consiste numa investigação empírica que examina um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente definidas (Yin, 2018). Dado o carácter exploratório e descritivo da investigação, esta metodologia permite compreender tanto as condições internas que influenciam o sucesso do centro de investigação quanto as boas práticas de outras instituições. A unidade de análise é o Centro de Investigação da ULS LOD, e as principais questões orientadoras do estudo foram:

- Quais são as necessidades, dificuldades e expectativas dos profissionais de saúde em relação ao centro de investigação?
- Que modelos de financiamento e organização são utilizados por outros centros de investigação bem-sucedidos?
- Que fatores críticos devem ser considerados para garantir a sustentabilidade financeira e operacional do centro?

2.2. Estratégia de investigação e fontes de evidência

A estratégia de pesquisa bibliográfica foi delineada de forma a identificar de modo abrangente a evidência científica relevante sobre investigação, inovação e organização da investigação em saúde. Para esse efeito, recorreu-se a uma combinação de pesquisa através de descritores controlados do vocabulário Medical Subject Headings (MeSH) e pesquisa livre por palavras-chave. A pesquisa com termos MeSH incluiu os descritores Research, Public Health Systems Research, Biomedical Research, Health Services Research e Community-Based Participatory Research, bem como termos relacionados com suporte e organização da investigação (Research Support as Topic, Research Personnel, Organization and Administration, Hospital Administration, Academic Medical Centers e Primary Health Care). Foram igualmente incluídos descritores associados à inovação e melhoria dos sistemas de saúde (Diffusion of Innovation, Organizational Innovation, Translational Research, Quality Improvement, Evidence-Based Practice, Knowledge Management) e à dimensão económica e organizacional da prestação de cuidados (Health Care Economics and Organizations). Em paralelo, foi realizada uma

pesquisa livre por palavras-chave, combinadas entre si e com os termos MeSH, com o objetivo de aumentar a sensibilidade da pesquisa e captar conceitos que não se encontrassem totalmente representados nos vocabulários controlados. As palavras-chave utilizadas incluíram "Practice-Based Research Network", "Clinical Research Center", "Research and Innovation", "Health Innovation", "Value-Based Healthcare", "Primary Care Research Network", "Research Capacity Building", "Research Culture" e "Research Governance". A pesquisa foi conduzida nas bases de dados MEDLINE e SCOPUS. Não foram aplicados filtros relativamente ao idioma, intervalo temporal ou tipo de estudo, permitindo uma abordagem exploratória e inclusiva.

Com o objetivo de explorar de forma aprofundada as perceções, experiências e expectativas dos profissionais relativamente ao desenvolvimento da investigação clínica e inovação em contexto de ULS, organizaram-se *focus groups* multidisciplinares com profissionais de saúde da ULS LOD. Este método permitiu captar dinâmicas de grupo e promover a discussão entre participantes, possibilitando a identificação de perceções partilhadas, divergências e construção coletiva de significados (Morgan, 1997). Assim, recorreu-se a uma seleção por conveniência dos profissionais da ULS LOD, de forma a representar várias profissões superiores de saúde, diversas áreas clínicas, profissionais com e sem experiência em investigação e de ambos os contextos profissionais – CSP e CSS. Realizaram-se *focus groups* até atingimento da saturação temática. Estes decorreram de forma presencial nas instalações da ULS LOD, em ambiente reservado e tranquilo, de modo a promover a confiança e abertura dos participantes. Foram recolhidos os seguintes dados: nome, sexo, idade, profissão, área de especialização, experiência em investigação, tempo de serviço na ULS Loures-Odivelas, interesse em investigação e inovação, opinião sobre a importância da inovação em saúde, dificuldades e barreiras sentidas na investigação e inovação, incentivos e apoios necessários, e expectativas sobre um centro de investigação e inovação na ULS. O guião semi-estruturado para dinamização dos *focus groups* está disponível no anexo A.

Com o objetivo de identificar boas práticas e soluções eficazes de modelos de financiamento, gestão de recursos e estratégias de sustentabilidade, procedeu-se a uma análise de *benchmarking* através da realização de entrevistas semi-estruturadas a gestores e profissionais de centros de I&D nacionais e internacionais. Este formato possibilitou abordar temas complexos e contextuais, mantendo simultaneamente consistência entre entrevistas e liberdade para aprofundar tópicos emergentes (Kallio *et al*., 2016). Desse modo, foram identificados centros de investigação de referência, reconhecidos nacional e/ou internacionalmente pelo seu histórico sólido de excelência em investigação e inovação. Em seguida, solicitou-se uma entrevista com o gestor do centro ou, na sua ausência, com um profissional que pudesse representá-lo. As entrevistas foram realizadas por videoconferência. Foram recolhidos os seguintes dados: nome, profissão, cargo atual, experiência na área da investigação e inovação, opinião sobre modelos de financiamento, organização e gestão,

gestão estratégica de pessoas, e principais desafios e oportunidades em centros de investigação e inovação. O guião das entrevistas semi-estruturadas está disponível no anexo B.

Aquando do convite aos profissionais / instituições, foi-lhes explicado o estudo e entregue consentimento informado (Anexos C e D). Os participantes eram livres para retirar a sua participação no estudo em qualquer momento. Para salvaguardar o anonimato dos participantes, a base de dados foi pseudoanonimizada, atribuindo-se um código alfanumérico a cada participante ou centro de investigação. Os dados recolhidos foram armazenados de forma segura e utilizados exclusivamente para fins da presente investigação.

2.3. Técnicas de tratamento de dados

Com o objetivo de conseguir uma compreensão mais profunda e holística desta temática, e de forma a aumentar a validade e credibilidade do estudo e reduzir o risco de vieses, procedeu-se a uma estratégia de triangulação para a análise de dados:

- Triangulação de dados: combinação dos dados obtidos através de diferentes fontes de evidência: revisão bibliográfica, *focus group*s e entrevistas de *benchmarking.* A combinação das diferentes fontes de evidência e a comparação com casos de sucesso permitiu aumentar a validade construtiva e externa dos mesmos. O uso de guiões semi-estruturados para as entrevistas e dinamização de *focus groups* proporcionou uma maior confiabilidade nos resultados.
- Triangulação de métodos:
    - A análise qualitativa foi conduzida segundo os princípios da análise temática reflexiva, conforme descrita por Braun e Clarke, permitindo identificar padrões de significado nos dados e interpretar as perceções e experiências dos participantes relativamente ao desenvolvimento de investigação clínica e inovação em contexto de ULS (Braun & Clarke, 2006, 2019). Numa primeira fase, todos os registos narrativos das intervenções dos participantes das entrevistas e *focus groups* foram lidos repetidamente com o objetivo de promover a familiarização com os dados. Durante esta fase inicial foram identificadas ideias recorrentes emergentes das narrativas dos participantes. Seguidamente, procedeu-se a um processo de codificação inicial indutiva, no qual segmentos relevantes do texto foram codificados de forma sistemática. Estes códigos foram posteriormente agrupados em categorias analíticas mais amplas, permitindo a identificação de temas provisórios relacionados com as perceções dos profissionais relativamente à valorização da investigação, às barreiras organizacionais e às necessidades institucionais para o desenvolvimento de atividades de investigação.

Numa fase subsequente, os temas foram revistos e refinados através de um processo interativo de comparação entre códigos, excertos de dados e interpretação analítica, de modo a garantir coerência interna e distinção conceptual entre os temas identificados. Este processo permitiu a construção de um conjunto final de temas que sintetizam os padrões mais relevantes presentes nos dados. Para reforçar a transparência e rastreabilidade da análise qualitativa e facilitar a organização e apresentação dos resultados, foram utilizadas estratégias analíticas complementares. No estudo de *benchmarking*, os dados foram sistematizados segundo uma lógica próxima da *Framework Analysis*, recorrendo a uma matriz caso*tema que permitiu comparar as diferentes organizações analisadas (Gale *et al*., 2013; Ritchie & Spencer, 2002). Nos *focus groups*, os resultados da análise temática foram organizados através de uma estrutura conceptual inspirada na abordagem de Gioia, preservando conceitos próximos da linguagem dos participantes e articulando-os com temas interpretativos de nível superior (Gioia *et al*., 2013). Adicionalmente, foi realizada uma análise comparativa das perceções entre categorias profissionais e entre níveis de cuidados, permitindo identificar padrões de convergência e divergência entre os diferentes grupos.

    - Os dados qualitativos obtidos foram analisados comparativamente entre si e com a literatura encontrada, procurando identificar padrões e construir explicações através da exploração das relações entre os fatores críticos identificados e as melhores práticas observadas.
- Triangulação teórica: foram utilizados distintos enquadramentos teóricos para interpretar os dados, como a gestão da inovação, mudança organizacional e modelos financeiros.

O presente estudo mereceu o parecer positivo da Comissão de Ética do ISCTE (Anexo E) e autorização por parte da Direção Clínica responsável pelos CSP da ULS Loures-Odivelas (Anexo F).

CAPÍTULO 3

Diagnóstico

3.1. Caracterização da ULS Loures-Odivelas

A Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, E.P.E., em funcionamento desde 2024, agrupa os cuidados de saúde secundários e os cuidados de saúde primários do concelho de Odivelas e parte do concelho de Loures (Freguesias de Loures, Lousa, Fanhões, Bucelas, União de Freguesias de Santo Antão e São Julião do Tojal e União de Freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas). A ULS LOD tem como missão assegurar cuidados de saúde integrados, articulando de forma contínua os CSP e CSS, com foco na proximidade, acessibilidade e qualidade do atendimento, promovendo simultaneamente a excelência clínica e a utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Constituem esta ULS o Hospital Beatriz Ângelo e 10 Unidades de Saúde Familiares, 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidade de Saúde Pública, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade e 1 Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Esta cobre uma área geográfica de 163,14 Km^2 e garante a prestação de cuidados de saúde a uma população de 235 679 habitantes, distribuídos por áreas urbanas e rurais e com uma grande diversidade cultural. Assim, a ULS LOD apresenta condições únicas para o desenvolvimento de iniciativas de investigação e inovação.

3.2. Caracterização das estruturas de I&D no ACeS Loures-Odivelas e Hospital Beatriz Ângelo

3.2.1. Gabinete Patient Innovation and Research

O Gabinete Patient Innovation and Research (GPIR) constituiu uma estrutura funcional de apoio à investigação e inovação nos CSP do extinto Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Loures-Odivelas. A atividade do GPIR centrou-se na promoção de investigação, inovação organizacional e transferência de conhecimento, assumindo um papel de interface entre profissionais de saúde, academia, instituições públicas, indústria e comunidade. A equipa do GPIR apresentava uma composição multidisciplinar, envolvendo médicos e enfermeiros das áreas da Saúde Pública e Medicina Geral e Familiar. A afetação de recursos humanos era flexível e variável, ajustada às exigências dos projetos em curso, sendo o trabalho realizado em horário extraordinário.

No último ano de atividade, o GPIR estabeleceu parcerias com instituições académicas nacionais, unidades hospitalares, entidades públicas regionais e parceiros da indústria farmacêutica e tecnológica. Estas parcerias permitiram a realização de estudos multicêntricos, projetos financiados

competitivamente e iniciativas de investigação com impacto direto na comunidade. O GPIR apoiou 18 projetos, distribuídos pelas seguintes tipologias: 7 estudos observacionais, 3 estudos de intervenção comunitária, 3 ensaios clínicos ou estudos clínicos experimentais, 3 projetos académicos e 2 projetos de inovação tecnológica em saúde, envolvendo avaliação de dispositivos e soluções digitais. A maioria dos projetos foi liderada por investigadores, com o GPIR a assumir um papel ativo na co-construção científica, nomeadamente no apoio à definição de objetivos, metodologias, circuitos éticos, instrumentos de colheita de dados e estratégias de implementação nos CSP. Importa, contudo, salientar que muitos projetos não avançaram para a fase de operacionalização por falta de autonomia de gestão e financeira do GPIR e do ACeS LOD.

3.2.2. Centro de Investigação Clínica do Hospital Beatriz Ângelo

O Centro de Investigação Clínica é uma estrutura organizacional dedicada à promoção, gestão e desenvolvimento da investigação clínica. A equipa é constituída por gestores de projeto, gestores de contratos, coordenadores de estudos clínicos e assistentes operacionais. Em 2024, o Centro de Investigação Clínica contava com 40 estudos clínicos ativos, a maioria deles ensaios clínicos de iniciativa do promotor (> 90%), abrangendo várias áreas hospitalares, especialmente a oncologia. Esta estrutura mantém-se ainda em funcionamento, mas não foi adaptada ao contexto da ULS, não dando resposta a estudos de iniciativa do investigador nem a estudos nos CSP.

3.3. Estudo de *benchmarking*

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, com base em entrevistas semi-estruturadas. Os três centros analisados apresentavam modelos institucionais, fontes de financiamento e estruturas operacionais distintas, refletindo diferentes estratégias de posicionamento no ecossistema da investigação em saúde. Apesar desta heterogeneidade, emergem padrões comuns relevantes para o desenho e sustentabilidade de centros de investigação, bem como diferenças estruturais que condicionam a sua capacidade operacional e estratégica.

3.3.1. Autonomia institucional como determinante de agilidade e execução

A autonomia institucional emergiu como um fator central na capacidade dos centros para responder de forma célere a oportunidades de financiamento, iniciar projetos e contratar recursos humanos. Os centros com maior autonomia jurídica e operacional demonstram maior rapidez na tomada de decisão, menor dependência de circuitos administrativos externos e maior flexibilidade na alocação de recursos. Em contraste, modelos fortemente integrados em estruturas públicas ou académicas evidenciam maior complexidade decisional e tempos de resposta mais prolongados, associados à

sobreposição de entidades e regras administrativas. Este tema sugere que a autonomia constitui um mecanismo organizacional que influencia diretamente a eficiência operacional e a atratividade do centro para promotores e parceiros.

3.3.2. Portefólio diversificado como mecanismo de sustentabilidade financeira

A sustentabilidade financeira é conseguida através de um portefólio de fontes de financiamento. Os centros combinam, em diferentes proporções, financiamento competitivo público (nacional ou internacional), contratos com promotores, prestação de serviços especializados e financiamento interno institucional. A análise evidencia que modelos excessivamente dependentes de financiamento competitivo público estão mais expostos a instabilidade temporal, enquanto modelos com fontes internas ou comerciais apresentam maior previsibilidade financeira.

3.3.3. Operações como vantagem competitiva

A maturidade operacional surgiu como um dos principais fatores diferenciadores entre centros. A existência de procedimentos normalizados, circuitos claros de submissão e acompanhamento de projetos, e equipas dedicadas à coordenação e gestão operacional contribui para reduzir tempos de resposta, aumentar a eficiência e melhorar a perceção externa de fiabilidade. Centros que investem na antecipação operacional e na formalização de processos demonstram maior capacidade de escalar atividade e de responder a múltiplos projetos em simultâneo, reforçando a sua competitividade.

3.3.4. O centro como cadeia de valor e não apenas como comunidade científica

O desempenho dos centros depende fortemente de funções de suporte frequentemente invisíveis, como gestão financeira, contratos, recursos humanos, coordenação de projetos, apoio jurídico e gestão de dados. A investigação é apresentada como uma cadeia de valor complexa, na qual a ausência ou fragilidade de um destes elos compromete o funcionamento global. Os centros mais robustos apresentam estruturas internas ou parcerias que asseguram estas funções de forma integrada, libertando os investigadores para atividades científicas e clínicas.

3.3.5. Recursos humanos e tensão entre carreira científica e mercado

A captação e retenção de recursos humanos qualificados constitui um desafio transversal. A precariedade contratual, a competição com a indústria e as limitações salariais surgem como fatores críticos. Em resposta, os centros adotam estratégias como modelos híbridos de contratação, bolsas de profissionais por projeto e integração de clínicos com vínculo principal externo. A disponibilidade de tempo protegido para investigação permanece limitada, sendo frequentemente associada apenas a projetos de grande dimensão.

3.3.6. Burocracia como custo estrutural

A carga burocrática e administrativa é identificada como um custo estrutural significativo, quer em contextos públicos, quer privados. A multiplicidade de plataformas, requisitos regulatórios e procedimentos administrativos consome tempo altamente qualificado e exige a criação de funções específicas para absorver esta fricção.

3.3.7. Avaliação de desempenho e impacto

Os centros utilizam múltiplas abordagens para avaliar desempenho e impacto, incluindo métricas operacionais, indicadores científicos clássicos e, de forma crescente, abordagens narrativas de impacto societal. A coexistência destas lógicas reflete a diversidade de missões e *stakeholders*, apontando para a necessidade de sistemas de avaliação híbridos e alinhados com os objetivos estratégicos de cada centro.

Quadro 1 - Matriz caso*tema do estudo de *benchmarking.*

	Associação independente	Centro Académico	Centro privado
Modelo institucional	Associação sem fins lucrativos, elevada autonomia	Estrutura académica complexa, múltiplas entidades	Grupo privado integrado
Governação	Direção executiva com forte poder de decisão	Governação distribuída e colegial	Governação corporativa
Financiamento	Ensaios clínicos, fundos públicos competitivos, fundos privados, serviços CRO e desenvolvimento tecnológico	Financiamento público, fundos públicos competitivos, prestação de serviços e fundos privados com expressão residual	Financiamento interno (benefício fiscal), fundos públicos competitivos e fundos privados
Sustentabilidade	Diversificação explícita de receitas	Dependência de *calls* competitivas	Previsibilidade via financiamento interno
Gestão operacional	Procedimentos consolidados, antecipação dos processos	Processos heterogéneos	Circuitos digitais e KPIs

Estruturas de suporte	Jurídico, financeiro, RH, gestão de ensaios clínicos, I&D, CRO	Apoio à gestão, infraestruturas, inovação	Gestão de candidaturas, gestão de contratos, gestão de projetos, inovação, formação. Facilidade em contratar outros serviços.
Recursos humanos	Núcleo fixo de apoio e gestão (44) + bolsa de investigadores *Turnover* elevado	Núcleo de apoio e gestão (~70) + Investigadores internos (300) que também realizam tarefas de apoio e gestão	Núcleo de apoio e gestão (recém-licenciados) + investigadores internos *Turnover* elevado
Tempo protegido	Investigadores pagos por hora-extra, horário flexível	Tempo definido em contrato de investigador	Residual, associado a grandes projetos
Burocracia	Menor internamente	Elevada, pública e institucional	Elevada, regulatória e privada
Avaliação e impacto	Foco na execução e qualidade	Impacto científico e societal	Métricas operacionais e de reporte

CRO: *Contract Research Organization*; RH: Recursos Humanos; KPI: *Key Performance Indicators*; I&D: Investigação e Desenvolvimento.

3.4. Expectativas dos profissionais da ULS Loures-Odivelas

A análise temática reflexiva permitiu identificar um conjunto de temas recorrentes relacionados com a valorização da investigação, as barreiras estruturais à sua implementação e as necessidades percecionadas pelos profissionais para o desenvolvimento de atividades de investigação e inovação em contexto de ULS. Estes temas emergiram de forma relativamente consistente entre os diferentes grupos profissionais e níveis de cuidados, ainda que com variações na intensidade e na forma como eram experienciados. No anexo G é possível consultar os resultados da análise temática, seguindo a estruturas conceptual de Gioia.

Participaram no estudo 37 profissionais de saúde, provenientes dos CSP e CSS, pertencentes a diferentes categorias profissionais.

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais que participaram nos *focus groups*.

Categoria profissional	CSP (n)	CSS (n)	Total
Médicos internos de formação específica	**4**	**4**	**8**
Médicos especialistas	**6**	**8**	**14**
Enfermeiros	**4**	**3**	**7**
Outros profissionais de saúde	**5**	**3**	**8**
- Assistentes sociais	2	-	2
- Cardiopneumologistas	-	1	1
- Fisioterapeutas	1	1	2
- Nutricionistas	1	-	1
- Psicólogos	1	-	1
- Terapeutas da fala	-	1	1
Total	**20**	**17**	**37**

De forma transversal, emergiu uma perceção de desalinhamento entre o discurso institucional favorável à investigação e a sua efetiva integração na prática organizacional quotidiana. A investigação clínica foi frequentemente descrita como valorizada ao nível institucional e reputacional, sendo associada à imagem externa da organização, mas com impacto limitado no reconhecimento individual dos profissionais: "a investigação é valorizada sobretudo para a imagem da instituição, mas depois no dia-a-dia não sentimos esse apoio". A maioria dos entrevistados considera que a investigação e inovação não são prioridades reais da ULS. Referem que a participação neste tipo de projetos depende sobretudo de iniciativa pessoal, sendo realizada fora do horário assistencial e, maioritariamente, sem compensação formal ou reconhecimento na avaliação de desempenho e progressão na carreira. Por esse motivo é recorrente a perceção de que "quem faz investigação acaba por fazê-lo à custa do seu próprio tempo".

A maioria dos profissionais diz já ter participado em projetos de investigação (73,9%), mas apenas uma minoria (10,8%) se encontra atualmente envolvida em algum projeto. Todos os profissionais demonstraram interesse em realizar investigação, mas muitos assumiram encontrar-se desmotivados para tal, principalmente por falta de tempo, processos burocráticos longos e complexos, falta de apoio técnico e perceção de falta de competência para conduzir um projeto de investigação sem mentoria ou apoio. Um dos participantes sintetizou esta perceção ao afirmar que "existe vontade de fazer investigação, mas muitas vezes sentimos que não temos as ferramentas nem o apoio necessário para avançar".

Efetivamente, a falta de tempo destacou-se como a principal barreira à participação em investigação. Os participantes relataram um contexto de elevada pressão assistencial, em que a realização de investigação tem de ocorrer fora do horário laboral, o que dificulta o equilíbrio entre vida pessoal e laboral: "com a carga assistencial que temos, a investigação acaba por ficar sempre para depois do trabalho". Por esse motivo, a maioria dos profissionais considera essencial a existência de um estatuto de investigador com tempo dedicado para a investigação contemplado no horário semanal. Uma minoria (16,2%) dos entrevistados considera que o pagamento de horas-extra poderia ser uma opção.

Esta barreira foi amplificada por outros constrangimentos estruturais, nomeadamente a complexidade dos processos éticos e administrativos, a dificuldade de acesso e extração de dados clínicos, a ausência de apoio metodológico e estatístico, e a escassez de financiamento para custos associados à investigação, como taxas de publicação ou participação em congressos: "os processos são muito burocráticos e demorados, o que acaba por desmotivar". Emergiu ainda uma crítica recorrente ao modelo atual dos centros de investigação clínica, percecionados como predominantemente orientados para ensaios clínicos de iniciativa do promotor e desenvolvidos exclusivamente em meio hospitalar, com menor apoio a estudos observacionais e projetos liderados por profissionais dos CSP: "a investigação parece estar muito centrada no hospital e nos ensaios clínicos, fica pouca margem para outros tipos de estudos".

A centralização hospitalar dos circuitos e processos foi descrita como um fator limitador da participação dos CSP em atividades de investigação clínica e inovação, ao não refletir a realidade organizacional e operacional destes contextos. Adicionalmente, a dispersão geográfica das unidades de CSP foi identificada como um obstáculo relevante, contribuindo para dificuldades de comunicação e articulação entre unidades, bem como entre os CSP e os CSS: "nos cuidados de saúde primários as unidades estão muito dispersas, o que torna mais difícil a articulação e o desenvolvimento de projetos conjuntos".

Para além das barreiras, os participantes identificaram um conjunto de necessidades consideradas essenciais para o desenvolvimento sustentável da investigação e inovação clínica, incluindo a criação de uma estrutura institucional dedicada, com competências em metodologia e bioestatística, apoio administrativo e apoio à disseminação científica: "seria muito importante existir uma estrutura que ajudasse desde o desenho do estudo até à publicação". Foi também salientada a necessidade de formação em investigação, particularmente em áreas como desenho de estudos, análise de dados e escrita científica. Foi ainda sugerida a organização de grupos / redes de investigação e o estabelecimento de linhas temáticas prioritárias para a ULS.

Apesar das convergências identificadas, emergiram também diferenças relevantes entre categorias profissionais relativamente às motivações para a investigação, às barreiras percecionadas

e às expectativas de apoio institucional. Os médicos internos evidenciaram como principal motivação para a prática de I&D as exigências curriculares e a progressão no internato. Apesar de reconhecerem o valor formativo da investigação, relataram dificuldades significativas relacionadas com a ausência de tempo protegido e lacunas na formação em investigação – "a investigação é importante para o internato, mas muitas vezes não sabemos bem por onde começar" – tendo destacado a necessidade de formação em bioestatística e integração em projetos existentes com apoio de mentores.

Os médicos especialistas demonstraram uma valorização intrínseca da investigação clínica, associando-a à melhoria da qualidade dos cuidados e à produção de conhecimento relevante. No entanto, expressaram de forma consistente a perceção de que a investigação não constitui uma prioridade operacional da organização, que se encontra demasiado focada nos cuidados assistenciais. O envolvimento em investigação é entendido como possível, mas associado a trabalho realizado fora do horário assistencial, sem compensação formal: "é possível fazer investigação, mas quase sempre à custa do tempo pessoal". As principais barreiras identificadas foram a falta de tempo protegido e a burocracia associada aos processos éticos e administrativos. Este grupo enfatizou a importância de tempo protegido ou compensação pelo tempo investido, a necessidade de simplificação de circuitos e da criação de uma estrutura de apoio, que os ajudasse com o trabalho burocrático e técnico, deixando-os com mais disponibilidade para o trabalho clínico e científico.

Entre os enfermeiros, emergiu de forma particularmente marcada a perceção de desvalorização da investigação ao nível da carreira profissional, o que leva a desmotivação: "mesmo quando fazemos investigação, isso raramente tem impacto na progressão na carreira". Para além da falta de tempo protegido, salientaram também enquanto barreira a falta de apoio metodológico e estatístico.

Os restantes profissionais de saúde apresentaram perceções mais heterogéneas. Muitos profissionais descreveram experiências de participação em estudos predominantemente operacionais, por vezes obrigatórias, acrescentando trabalho à já elevada carga assistencial. Alguns referiram que "acabamos muitas vezes por participar apenas na execução técnica dos estudos". Estes profissionais salientaram a desvalorização do seu papel em I&D, tanto a nível organizacional e de progressão na carreira clínica, como na ausência de carreira de investigador. A escassez de recursos humanos, particularmente em serviços com equipas reduzidas, foi identificada como uma barreira crítica. Estes profissionais valorizaram o acesso a apoio técnico específico, como estatística, software, tradução científica e design de materiais para disseminação.

Globalmente, os resultados sugerem que, embora exista interesse e motivação para o desenvolvimento de I&D entre os profissionais, a ausência de estruturas organizacionais de suporte e de mecanismos institucionais de reconhecimento contribui para que a investigação permaneça predominantemente dependente da iniciativa individual, limitando o seu desenvolvimento sistemático no contexto da ULS.

3.5. Análise crítica dos resultados

A análise de *benchmarking* evidencia que a performance dos centros de investigação não depende primariamente da sua dimensão ou natureza institucional, mas da combinação entre autonomia de decisão, diversificação financeira e maturidade operacional. A autonomia surge como facilitador de agilidade, mas não é suficiente sem processos estruturados e funções de suporte robustas. Paralelamente, a sustentabilidade financeira dos centros analisados associa-se à diversificação do portefólio de financiamento. Modelos excessivamente dependentes de financiamento competitivo público apresentam maior vulnerabilidade à instabilidade temporal das *calls*, enquanto modelos que combinam financiamento competitivo, contratos com promotores e prestação de serviços especializados tendem a apresentar maior previsibilidade financeira e capacidade de planeamento estratégico. Esta evidência reforça a importância de desenvolver modelos híbridos que articulem diferentes fontes de receita, permitindo simultaneamente assegurar estabilidade operacional e manter competitividade científica.

A análise dos *focus groups* demonstra uma dissonância entre o discurso institucional de valorização da investigação e a sua efetiva operacionalização. Embora a I&D seja reconhecida como elemento reputacional relevante, a ausência de integração formal nos processos de gestão, avaliação de desempenho e progressão na carreira traduz-se numa desvalorização da atividade científica. Também a inexistência de tempo protegido para investigação, num contexto de elevada pressão assistencial, conduz a uma dependência da iniciativa individual e do trabalho extralaboral. Esta realidade é agravada por barreiras organizacionais persistentes — burocracia complexa, circuitos éticos e administrativos morosos, dificuldade de acesso a dados clínicos e ausência de apoio metodológico. Estes elementos sugerem que a ausência de uma infraestrutura de investigação limita a capacidade de transformar interesse científico individual em atividade científica sistemática. Adicionalmente, a centralização hospitalar dos processos e a limitada adaptação às especificidades dos CSP reforçam desigualdades internas e limitam o potencial de investigação colaborativa num modelo de cuidados integrados como o das ULS.

Assim, torna-se evidente a necessidade de integrar a I&D de forma explícita na estratégia institucional, através da definição de objetivos, indicadores e mecanismos formais de reconhecimento. Simultaneamente, torna-se essencial investir na criação de uma infraestrutura organizacional de suporte à investigação, incluindo apoio metodológico, estatístico e administrativo, bem como na simplificação dos circuitos éticos e administrativos. A sustentabilidade deste modelo dependerá também da capacidade de articular investigação clínica, investigação translacional e investigação aplicada em serviços de saúde, aproveitando o potencial dos dados de vida real gerados nos diferentes níveis de cuidados. Neste contexto, a integração entre hospital e cuidados de saúde primários constitui

uma oportunidade estratégica para posicionar a ULS como um laboratório vivo de inovação em saúde, capaz de gerar conhecimento científico diretamente aplicável à melhoria dos cuidados.

Em suma, os resultados sugerem que a consolidação deste modelo dependerá da capacidade de alinhar três dimensões fundamentais: cultura organizacional, infraestrutura operacional e sustentabilidade financeira. Sem este alinhamento, o risco é perpetuar um modelo de investigação dependente do esforço individual dos profissionais, com limitada capacidade de impacto científico e organizacional a médio e longo prazo.

CAPÍTULO 4

Projeto de intervenção

4.1. Posicionamento estratégico do Centro de Investigação Clínica da ULS Loures-Odivelas

Com o objetivo de fomentar a investigação e inovação em saúde na ULS Loures-Odivelas, desenvolveu-se um projeto de intervenção que propõe a criação do Centro de Investigação e Inovação InovaLO. A designação InovaLO conjuga inovação com a referência territorial Loures–Odivelas, afirmando a identidade do centro enquanto estrutura enraizada na ULS, mas com ambição de projeção científica alargada. Este centro constitui a resposta estrutural às barreiras identificadas que limitam a investigação e a inovação nos cuidados de saúde e visa atender às necessidades dos profissionais da ULS LOD, tendo por base as boas práticas observadas em centros de investigação de referência. Posicionando-se estrategicamente na Ciência da Implementação, o InovaLO assume os próprios serviços de saúde como um local onde se avaliam, testam e refinam, de forma sistemática e baseada em evidência, modelos de organização e prestação de cuidados. Neste enquadramento, o centro inspira-se no conceito de *Learning Health System*, no qual os dados gerados na prática clínica são continuamente transformados em conhecimento científico e reintegrados na prestação de cuidados, criando ciclos permanentes de aprendizagem organizacional, inovação e melhoria dos resultados em saúde. Pretende afirmar-se como uma unidade capaz de produzir conhecimento científico com relevância internacional e, simultaneamente, contextualizado e aplicável, promovendo a melhoria contínua das práticas clínicas e contribuindo para a criação sustentada de valor para doentes, profissionais e sistema de saúde.

4.1.1. Missão

Promover a investigação clínica e translacional e o desenvolvimento de novas tecnologias na ULS Loures-Odivelas, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde prestados à população de forma sustentável.

4.1.2. Visão

Ser um centro de referência internacional na geração e implementação de evidência clínica relevante, impulsionando a inovação em saúde e elevando a qualidade, segurança e eficiência dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

4.1.3. Valores

O InovaLO pautará a sua atuação pelos seguintes valores:

- Centralidade no doente e no cidadão: a investigação orienta-se para a produção de conhecimento relevante para as pessoas e comunidade, promovendo melhores resultados em saúde, redução de desigualdades e geração de valor no sistema de saúde;
- Impacto e melhoria contínua: a evidência produzida deve traduzir-se em mudança prática e melhoria da qualidade, eficiência e segurança dos cuidados;
- Rigor e excelência científica: compromisso com elevados padrões metodológicos, integridade na gestão de dados e produção de resultados fiáveis e reprodutíveis;
- Ética, independência e conformidade: atuação segundo os princípios éticos, boas práticas clínicas e de investigação, respeito pela autonomia dos participantes e salvaguarda da independência científica;
- Transparência e responsabilização: promoção do envolvimento dos diferentes *stakeholders* na definição de prioridades, estratégias e avaliação de resultados;
- Colaboração e interdisciplinaridade: integração efetiva entre cuidados de saúde primários e hospitalares, entre diferentes grupos profissionais e com parceiros académicos, institucionais, empresariais e comunitários, fomentando o trabalho em rede a nível nacional e internacional;
- Meritocracia e avaliação sistemática: valorização do desempenho, da competência e da produção científica, garantindo oportunidades equitativas de desenvolvimento e progressão profissional baseadas em critérios transparentes;
- Valorização das pessoas e sustentabilidade organizacional: promoção de condições de trabalho estáveis, reconhecimento das carreiras, equilíbrio entre atividade assistencial e investigação e um ambiente colaborativo que favoreça motivação e retenção de talento.

4.1.4. Objetivos

Objetivos gerais

- Integrar a investigação e inovação na estratégia e cultura organizacional da ULS LOD, promovendo o seu reconhecimento formal como eixo estruturante da qualidade e sustentabilidade dos cuidados;
- Desenvolver capacidade institucional para I&D, através da criação de uma estrutura de gestão e suporte técnico, metodológico e administrativo que assegure apoio transversal aos investigadores em todas as fases do ciclo de investigação;
- Capacitar os profissionais de saúde para a prática de investigação, promovendo formação estruturada, programas de mentoria e a implementação de um estatuto de investigador com

reconhecimento institucional;

- Promover a translação do conhecimento para a prática clínica, assegurando que a evidência gerada contribui efetivamente para melhoria da qualidade, segurança, eficiência e resultados em saúde;
- Assegurar equidade e integração entre cuidados de saúde primários e hospitalares, fomentando a participação multidisciplinar e a investigação orientada para as necessidades reais da população;
- Consolidar redes de colaboração estratégicas, estabelecendo parcerias com instituições académicas, outras ULS, redes nacionais e internacionais, indústria e comunidade, potenciando sinergias científicas e captação de recursos;
- Garantir sustentabilidade científica e financeira, através da diversificação de fontes de financiamento e da construção de um portefólio equilibrado de estudos;
- Promover a comunicação e transparência, assegurando disseminação do conhecimento e devolução de valor ao cidadão e à comunidade.

Objetivos específicos para os *stakeholders*

- Doentes e comunidade
    - Integrar representantes dos doentes na definição de prioridades e desenho de estudos, assegurando investigação centrada em resultados clinicamente relevantes para os doentes;
    - Desenvolver projetos orientados para as necessidades reais da população, com foco na prevenção, literacia em saúde, gestão de doença crónica e integração de cuidados;
    - Garantir acesso equitativo a oportunidades de participação em estudos, independentemente do contexto assistencial (CSP ou CSS);
    - Assegurar comunicação clara dos resultados dos projetos, reforçando a confiança, transparência e literacia científica;
    - Maior acesso a tecnologias de ponta e a projetos inovadores, com ganhos em saúde;
    - Contribuir para a melhoria contínua da qualidade, segurança e resultados em saúde através da evidência gerada.
- Profissionais de saúde da ULS LOD
    - Disponibilizar uma estrutura institucional de suporte técnico, metodológico e administrativo à investigação;
    - Implementar programas de formação estruturada e mentoria em I&D;

- Criar e operacionalizar um estatuto de investigador com reconhecimento formal e critérios transparentes;
- Promover tempo protegido ou mecanismos institucionais de compensação para atividades de investigação;
- Facilitar a tradução da evidência científica para a prática clínica.

- Conselho de administração da ULS LOD
  - Integrar a investigação como eixo estratégico institucional, alinhado com prioridades assistenciais;
  - Monitorizar indicadores de desempenho científico, impacto clínico e retorno organizacional;
  - Reforçar a sustentabilidade e diversificação de financiamento do InovaLO;
  - Potenciar ganhos organizacionais em eficiência, qualidade e inovação;
  - Reforçar a reputação institucional e a capacidade de atração e retenção de talento qualificado.
- Parceiros estratégicos: academia, indústria, outros centros/redes de investigação
  - Promover investigação colaborativa e translacional, aumentando a capacidade metodológica, a qualidade científica, a relevância prática e a translação do conhecimento gerado;
  - Promover o desenvolvimento e avaliação de tecnologias e modelos inovadores;
  - Fomentar formação avançada e criação de *pipeline* de investigadores clínicos;
  - Garantir parcerias baseadas em previsibilidade, ética, transparência e benefício mútuo.

4.1.5. Logotipo

O logótipo do InovaLO foi desenvolvido como um elemento estratégico de identidade institucional, refletindo a missão do centro, o seu posicionamento no ecossistema da investigação em saúde e a sua integração na ULS LOD.



Figura 1 - Logotipo do Centro de Investigação e Inovação Clínica InovaLO.

O elemento gráfico central é composto por pontos de diferentes dimensões organizados numa estrutura circular dinâmica, simbolizando a complexidade e interligação da investigação e inovação clínicas, que envolve múltiplos atores e disciplinas. A disposição harmoniosa traduz coordenação e rigor metodológico, fundamentais para a produção de conhecimento aplicável à prática clínica. A forma circular remete para continuidade, evolução e ciclo de geração de valor em saúde. A escolha de um tom verde-azulado, alinhado com a identidade visual institucional, transmite confiança, estabilidade e credibilidade. A tipografia simples e contemporânea reforça clareza e modernidade, mantendo a sobriedade adequada a uma estrutura de investigação clínica.

Globalmente, o logótipo procura traduzir visualmente a estratégia do centro: integração, rigor científico, identidade institucional e criação de valor em saúde através de investigação estruturada e orientada para o impacto.

4.2. Estrutura organizacional e gestão

4.2.1. Enquadramento jurídico, modelo de governação e regime de recursos humanos

A definição da forma jurídica do InovaLO constitui uma decisão estratégica com implicações diretas na autonomia operacional, sustentabilidade financeira, modelo de governação e articulação institucional. O InovaLO será constituído como uma associação de direito privado sem fins lucrativos, por se tratar de uma forma organizacional que maximizará a agilidade operacional, a capacidade de contratação e a captação e gestão de financiamento competitivo e parcerias. Em alternativa, a constituição como centro de responsabilidade integrada permitiria uma integração mais direta na orgânica da ULS, porém com menor flexibilidade para gerir receitas, contratar perfis especializados e estruturar parcerias, aspetos críticos para um centro de investigação e inovação.

A articulação com a ULS será garantida através de instrumentos formais de contratualização (protocolo-programa e/ou contratos de prestação de serviços), com definição de objetivos, indicadores e reporte anual. Será igualmente estabelecida a possibilidade de acordos de cedência de recursos, designadamente instalações, infraestruturas tecnológicas e recursos humanos parcialmente alocados.

4.2.2. Organização

O modelo organizacional do InovaLO assentará numa lógica híbrida de ambidestria estrutural e contextual. A ambidestria estrutural materializar-se-á na criação de uma entidade organizacional autónoma, com governação, recursos e processos próprios dedicados à função investigação, separando-a formalmente da operação assistencial quotidiana. Esta separação permitirá proteger recursos, reduzir conflitos de prioridades e assegurar capacidade instalada permanente.

Complementarmente, o modelo incorporará ambidestria contextual, promovendo um ambiente organizacional que capacitará os profissionais clínicos da ULS a identificar problemas assistenciais e transformá-los em projetos científicos, mantendo simultaneamente a sua atividade assistencial. Através de tempo protegido, apoio metodológico centralizado, mentoria e reconhecimento institucional, será criado um contexto que facilitará a alternância entre eficiência operacional e inovação clínica. A combinação destas duas dimensões permitirá conciliar estabilidade assistencial com dinamismo científico, configurando um modelo organizacional adaptativo e alinhado com os princípios de um *Learning Health System*.

O modelo de gestão do InovaLO assentará numa lógica predominantemente adhocrática, adequada a contextos de elevada complexidade e incerteza, como é o caso da investigação clínica e da inovação em saúde. Privilegiar-se-á o ajustamento mútuo como principal mecanismo de coordenação, sustentado por comunicação lateral regular entre profissionais e unidades funcionais, reuniões interdisciplinares periódicas, canais digitais de partilha contínua de informação e atividades regulares de *team building*. Simultaneamente, será promovida uma cultura de *networking* interno e externo, incentivando a colaboração transversal entre cuidados de saúde primários e hospitalares, bem como o desenvolvimento de parcerias académicas e institucionais.

Ao nível da liderança, será adotado um estilo predominantemente transformacional e facilitador, centrado no empoderamento dos profissionais, na promoção da autonomia responsável e na criação de um ambiente psicologicamente seguro que estimule a iniciativa científica, a aprendizagem contínua e o compromisso com a missão coletiva do centro. Cada profissional terá uma definição clara das suas funções, competências e responsabilidades, com fluxos processuais objetivos e bem definidos, promovendo uma estrutura ágil e flexível.

4.2.3. Órgãos de Governação

A estrutura de governação do InovaLO organizar-se-á em quatro órgãos principais: Assembleia Geral, Direção Executiva, Conselho Fiscal e Conselho Científico. A Assembleia Geral, enquanto órgão soberano da associação, integrará os associados fundadores e representantes institucionais, designadamente da ULS e, quando aplicável, de parceiros académicos. À Assembleia competirá eleger os órgãos sociais, aprovar e monitorizar o plano de atividades e o relatório de contas, bem como deliberar sobre alterações estatutárias e matérias estruturantes.

A Direção Executiva constituirá o órgão responsável pela gestão estratégica e operacional do centro, sendo composta pelo Diretor Científico, pelo Diretor Executivo e pelo Diretor Financeiro, podendo ainda integrar um vogal com ligação institucional à ULS. Competir-lhe-á assegurar a implementação da estratégia, a gestão de recursos, a celebração de contratos e a articulação com os parceiros institucionais.

O Conselho Científico será integrado por investigadores, diretores clínicos, académicos, representantes institucionais do InovaLO, ULS LOD e outros parceiros, representantes de doentes e representantes de estruturas comunitárias, como as Câmaras Municipais. Desempenhará funções técnico-científicas, designadamente a definição de prioridades estratégicas de investigação, a avaliação da qualidade metodológica dos projetos e a promoção de uma cultura científica alinhada com as necessidades assistenciais da ULS. Será igualmente responsável pela atribuição de bolsas de mérito a projetos de maior relevância, pela definição do estatuto de investigador e dos respetivos benefícios, pela avaliação dos relatórios intermédios e finais dos estudos desenvolvidos e pela recomendação de alterações da prática clínica ou organizacional que possam decorrer do conhecimento gerado.

4.2.4. Estrutura Operacional

A estrutura operacional do InovaLO organizar-se-á em cinco unidades funcionais complementares:

- Unidade de Apoio Científico: constituirá o núcleo técnico transversal do centro, sendo composta por metodologistas, bioestatísticos, gestores de dados e gestores de projeto. Será responsável pelo apoio ao desenho, planeamento e análise de estudos internos, bem como pela prestação de serviços externos de consultoria científica e atuação como Contract Research Organization (CRO) em projetos promovidos por entidades externas. Competir-lhe-á, igualmente, a divulgação e preparação de candidaturas a *calls* competitivas, a monitorização das bolsas de mérito e do estatuto de investigador, bem como a gestão da bolsa de investigadores.
- Unidade de Estudos Clínicos: dedicar-se-á à coordenação operacional de estudos intervencionais e observacionais, integrando coordenadores de estudos, responsáveis de assuntos regulamentares, enfermeiros de investigação e gestores de PBRN. Será responsável pela gestão de contratos com promotores, submissões éticas e regulatórias, monitorização do recrutamento, farmacovigilância e garantia do cumprimento das boas práticas de investigação biomédica.
- Unidade de Inovação: dedicar-se-á ao desenvolvimento de projetos de inovação tecnológica e organizacional, à identificação de oportunidades de financiamento, à articulação com parceiros empresariais e académicos e à gestão de processos de propriedade intelectual, promovendo a valorização e aplicação prática dos resultados da investigação.
- Unidade de Formação: terá como missão fomentar a cultura de investigação na ULS, organizando programas de formação, mentoria de jovens investigadores, iniciativas de

educação contínua em investigação e prática clínica baseada na evidência, bem como desenvolver o serviço de biblioteca digital da ULS LOD.

- Unidade Administrativa: assegurará o suporte transversal ao funcionamento do centro, incluindo gestão financeira, contratual, logística e de recursos humanos, bem como a comunicação institucional interna e externa, divulgação de resultados científicos, gestão de plataformas digitais e promoção da reputação institucional do InovaLO, contribuindo para a transparência e visibilidade da organização.

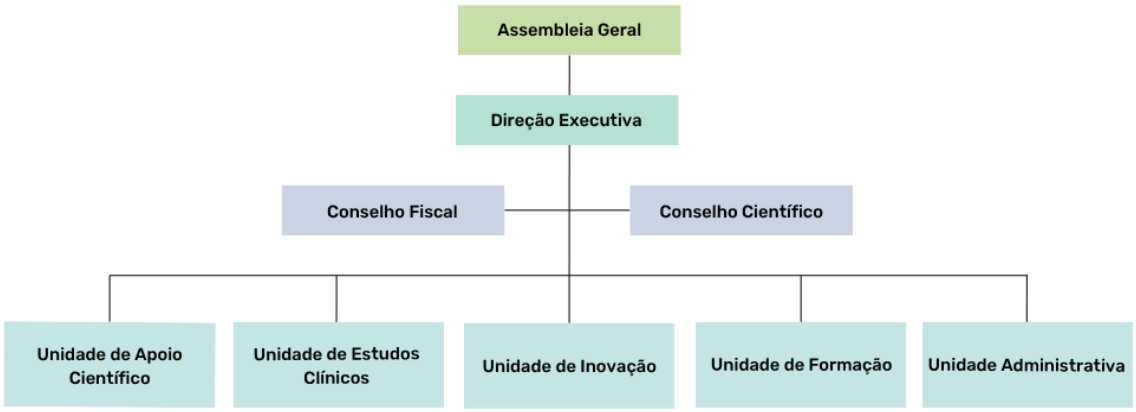


Figura 2 - Organograma do InovaLO.

4.2.5. Regime de investigadores

Ao núcleo operacional fixo, contratado pelo InovaLO, acrescerão os investigadores clínicos, que manterão o vínculo laboral à ULS Loures-Odivelas, assegurando integração assistencial e proximidade ao contexto real de cuidados. Existirá uma bolsa de profissionais clínico-investigadores da ULS LOD que poderá ser acionada conforme a necessidade. Estes profissionais poderão optar por tempo dedicado à investigação, operacionalizado através de alocação programada contratualizada com a ULS, ou por prestação de serviços em regime de acumulação de funções, colaborando com o centro fora do horário assistencial, mediante autorização institucional. Esta modalidade permitirá flexibilidade individual, participação voluntária em projetos específicos e remuneração proporcional ao trabalho efetivamente desenvolvido.

4.2.6. Modelo de Financiamento

O financiamento do InovaLO assentará num modelo híbrido, composto por:

- Financiamento estrutural da ULS, assegurando a estrutura nuclear e iniciativas internas alinhadas com as prioridades operacionais e organizacionais da ULS;
- Financiamento competitivo público, nacional e internacional;

- Receita proveniente de ensaios clínicos e outros projetos com a indústria;
- Receita proveniente do desenvolvimento de novas tecnologias;
- Receita proveniente de serviços de consultoria;
- Receita proveniente da atuação como CRO;
- Apoios privados e mecenato científico, ao abrigo do regime aplicável às entidades sem fins lucrativos.

Esta diversificação de financiamento permitirá estabilidade basal e menor dependência de financiamentos competitivos públicos. O financiamento competitivo tende a ser mais volátil, particularmente na fase inicial de desenvolvimento de um centro de investigação. Assim, o financiamento estrutural da ULS assegurará estabilidade na fase de consolidação inicial, enquanto os ensaios clínicos com promotores externos e projetos de inovação tecnológica constituirão uma fonte relevante de receita, reforçando a sustentabilidade do modelo. Com o aumento da reputação e da internacionalização do InovaLO, será expectável uma maior integração em projetos multicêntricos de grande dimensão, aumentando a probabilidade de obtenção de fundos competitivos, contribuindo para a estabilidade financeira do centro. Os excedentes gerados serão, pelo menos parcialmente, reinvestidos na missão institucional do InovaLO.

4.3. Controlo de gestão

Um sistema de controlo de gestão tem como finalidade acompanhar, monitorizar e avaliar a execução da estratégia organizacional, promovendo simultaneamente a comunicação interna, a motivação das equipas e o alinhamento estratégico das iniciativas operacionais. Tal como conceptualizado por Robert Simons, estes sistemas não se limitam à monitorização de resultados, mas constituem instrumentos ativos de orientação estratégica e de aprendizagem organizacional (Simons, 1995).

Entre os diversos instrumentos de controlo de gestão, o *Balanced Scorecard* (BSC) destaca-se como um dos modelos mais amplamente utilizados no setor da saúde e em organizações sem fins lucrativos. Desenvolvido por Kaplan e Norton, o BSC configura um modelo de gestão estratégica que traduz missão, visão e objetivos organizacionais em indicadores mensuráveis, organizados em perspetivas de performance interdependentes (Kaplan & Norton, 1996). A adoção das quatro perspetivas de performance clássicas — Sustentabilidade Financeira, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento — assegura um equilíbrio entre objetivos financeiros e não financeiros, reforçando uma lógica de criação de valor sustentável para os diversos *stakeholders*. No contexto do InovaLO, a adoção do BSC revela-se essencial para alinhar objetivos científicos com prioridades institucionais e nacionais, responder às exigências de financiamento competitivo, assegurar a

prestação de contas aos *stakeholders* internos e externos e sustentar uma cultura de investigação integrada nos cuidados de saúde. Assim, o BSC emerge como um instrumento-chave para a consolidação da governação do centro, a sua sustentabilidade a médio e longo prazo e a maximização do impacto científico, clínico e social da investigação desenvolvida no seio do SNS.

A implementação do BSC inicia-se com a construção de um mapa estratégico, instrumento que descreve o processo de criação de valor através da explicitação das relações de causa-efeito entre os objetivos estratégicos das diferentes perspetivas de performance (Kaplan & Norton, 2008). O mapa estratégico funciona, assim, como arquitetura conceptual da estratégia, orientando prioridades, iniciativas e métricas de desempenho e assegurando um alinhamento consistente com os objetivos estratégicos da organização.

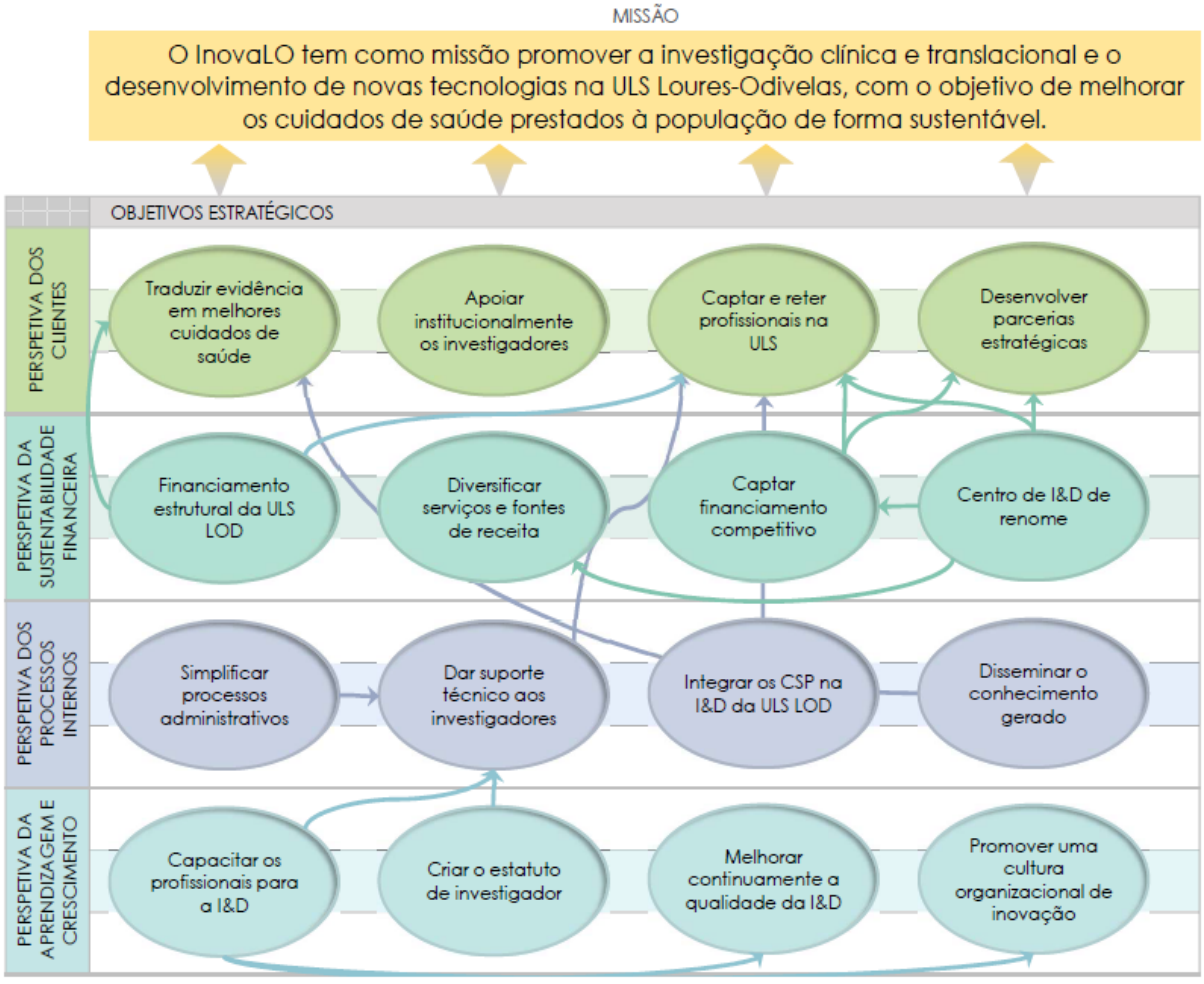


Figura 3 - Mapa estratégico do InovaLO.

O *scorecard* constitui a tradução operacional do mapa estratégico, agregando os objetivos estratégicos, indicadores de desempenho e metas quantitativas associadas a cada perspetiva. Enquanto o mapa estratégico explicita as relações de causa-efeito e a lógica de criação de valor, o

scorecard materializa essa arquitetura conceptual num instrumento de monitorização e gestão, permitindo acompanhar o desempenho, avaliar desvios e apoiar a tomada de decisão baseada em dados (Quadro 3).

Embora o BSC constitua o principal instrumento de estruturação e monitorização do desempenho estratégico do InovaLO, o sistema de controlo de gestão não se limitará à sua aplicação formal. A monitorização do desempenho será igualmente assegurada através de reuniões mensais da Direção Executiva para avaliar o grau de execução do plano anual de atividades e do orçamento previsional, bem como reuniões semestrais de acompanhamento pela Assembleia Geral. Anualmente será ainda elaborado um relatório de atividades e de impacto clínico e financeiro, permitindo avaliar o desempenho global do centro, complementar a informação produzida pelo *scorecard* e assegurar a prestação de contas aos órgãos de governação e parceiros institucionais.

Quadro 3 - Scorecard do InovaLO.

Perspetiva	Objetivo estratégico	Indicadores de desempenho	Meta (3 anos)
Cliente	Melhorar qualidade e eficiência dos cuidados de saúde	Taxa de internamentos evitáveis na ULS LOD	Redução ≥ 0,5%
		Taxa de mortalidade global ajustada na ULS LOD	Redução ≥ 0,5%
		Taxa anual ajustada de urgências hospitalares na ULS LOD	Redução ≥ 0,5%
		Custos por doente tratado na ULS LOD	Redução ≥ 1%
		Taxa de recrutamento de doentes para estudos	≥ 30% da meta contratual
		% Projetos com evidência implementada na ULS LOD	≥ 15%
	Promover a investigação em CSP	% Estudos com participação dos CSP	≥ 30%
	Envolver doente e comunidade (PPI)	% Estudos com PPI formal	≥ 40%
	Produção científica	Nº publicações indexadas/ano	≥ 30% face ao *baseline*
		Nº publicações no primeiro quartil/ano	≥ 15%
		Nº de estudos/ano	≥ 15
		Nº de ensaios clínicos/ano	≥ 5
		Nº de projetos de inovação tecnológica/ano	≥ 3
	Retenção de talento	Taxa retenção investigadores	≥ 85%
		Taxa de rotatividade de profissionais clínicos	≤ 10%
	Reputação institucional	Nº de estudos multicêntricos/ano	≥ 2
		Nº de prémios	≥ 1
		Nº de parcerias estabelecidas	≥ 5
Sustentabilidade Financeira	Receita gerada	Receita gerada/ano (final do 3º ano)	2 M €
	Financiamento estrutural da ULS	% Orçamento base assegurado pela ULS	30-50%
	Captação competitiva	Receita externa anual	≥ 10% crescimento/ano
		% Financiamento competitivo	≥ 15%
	Equilíbrio do portefólio	% de ensaio clínicos de promotor externo	35-50%
		% de ensaio clínicos de promotor interno	5-10%

		% Outro tipo de estudos clínicos	30-40%
		% Projetos de inovação	5-10%
		% Receita derivada da prestação de serviços	5-10%
	Reinvestimento	Reinvestimento de receita em I&D	≥ 25%
Processos Internos	Redução do tempo de início dos projetos	Tempo médio ideia → início estudo	≤ 8 meses
		Tempo de assinatura do contrato financeiro	≤ 60 dias
	Simplificação administrativa	Tempo de emissão de parecer ético	≤ 60 dias
	Suporte metodológico	% Estudos com apoio metodológico	≥ 40%
	Apoio financeiro	% Estudos com apoio financeiro para publicação ou divulgação	≥ 30%
		Nº projetos com bolsa de mérito	1-2
	Disseminação do conhecimento gerado	% Projetos com disseminação do conhecimento gerado	≥ 50%
	Qualidade	% Projetos auditados	20%
		% Desvios ao protocolo	≤ 10%
		% Não conformidades	≤ 5%
	Satisfação dos investigadores	Inquérito anual (1–5)	≥ 4
Aprendizagem e Crescimento	Capacitação profissional	Nº profissionais formados em I&D	≥ 50
		Nº profissionais sob mentoria	≥ 10
	Estatuto de investigador	Nº investigadores reconhecidos	≥ 20
		% de investigadores com tempo protegido/pagamento de horas dedicadas a I&D	≥ 80%
		% de investigadores com estatuto que cumpriram as metas estabelecidas	≥ 80%
	Cultura científica	Índice de cultura de investigação (*Research capacity and culture tool*)	≥ 10% face ao *baseline*

CSP: Cuidados de Saúde Primários; ULS: Unidade Local de Saúde; LOD: Loures-Odivelas; PPI: *Patient and Public Involvement*; I&D: Investigação e Desenvolvimento

4.4. Estratégia de comunicação

O marketing institucional, particularmente no setor público e da saúde, distingue-se do marketing comercial clássico por não ter como finalidade primária a transação económica, mas antes a criação, comunicação e legitimação de valor público (Kotler & Lee, 2007). Num Centro de Investigação e Inovação em Saúde o valor gerado é predominantemente intangível, coletivo e de médio-longo prazo, traduzindo-se em ganhos em saúde, melhoria da prática clínica, produção de conhecimento científico relevante e apoio à decisão em saúde. Assim, o marketing assume uma natureza:

- Institucional - reforço de legitimidade e posicionamento;
- Relacional, multidirecional e adaptativa - gestão ativa dos diversos *stakeholders* com interesses distintos;
- Estratégica - alinhamento com missão, governação e sustentabilidade.

O sucesso do InovaLO dependerá em grande medida da sua legitimidade institucional, nas relações que conseguir criar, da sua reputação e impacto percebido. Nesse sentido, um plano de marketing assente numa estratégia de comunicação robusta é de suma importância.

Um plano de marketing deve iniciar-se na definição de posicionamento estratégico e proposta de valor para os seus *stakeholders*, o que já foi explicitado no início deste capítulo. Esta análise permite trabalhar a marca InovaLO e adequar a mensagem transmitida aos objetivos de cada *stakeholder.* Uma marca é um conjunto de símbolos que nos permitem identificar um produto ou um serviço. Não é apenas uma identidade visual, é o valor, a emoção e a reputação que um consumidor dá a qualquer organização, produto ou serviço (Keller, 1993; Kotler & Keller, 2017; Smith & Aaker, 1992). Pretende-se que o InovaLO transmita uma mensagem de rigor científico, ética, transparência e relevância clínica e social, que permita atrair investigadores e parceiros. Neste sentido, é fundamental constituir uma identidade institucional clara e uma consistência entre discurso e prática.

Adicionalmente, e para que o InovaLO se mantenha sustentável a longo prazo, é necessário que o mesmo produza valor para os seus *stakeholders* e o saiba comunicar. Assim, é fundamental definir indicadores de impacto clínico e organizacional, captação de financiamento, fixação de profissionais e traslação do conhecimento para a prática. Esta informação deve ser comunidade aos seus *stakeholders* de forma frequente e transparente. Uma comunicação efetiva da missão da marca, das suas características distintivas e do valor produzido, é fundamental para angariar parcerias e integrar redes internacionais. Uma boa rede de relações institucionais e parcerias estratégicas, reforçará, por sua vez, a confiança e credibilidade institucional e permitirá uma vantagem estratégica de posicionamento junto de financiadores.

Os profissionais são simultaneamente produtores e destinatários de valor. Assim, o marketing interno é estruturante para promover a adesão dos profissionais e desenvolver uma cultura de

investigação na ULS LOD. Por conseguinte, será importante trabalhar o sentido de pertença dos profissionais, reconhecer formalmente o trabalho científico desenvolvido, organizar sessões de divulgação internas, eventos de *networking* e de *team building*.

Fica, pois, bastante evidente o papel basilar de uma estratégia de comunicação efetiva para o desenvolvimento e sustentabilidade do InovaLO. Por esse motivo, optou-se por desenvolver um plano estratégico de comunicação, estruturado em três vertentes complementares: 1) *Awareness* – desenvolvimento da marca e visibilidade; 2) Performance – comunicação de produção e resultados; 3) Satisfação – retenção, recomendação e fidelização. Pretende-se transmitir o que é feito, como, para quem e com que impacto de forma clara e adaptada a cada canal e o seu público-alvo, pelo que no quadro seguinte é possível consultar os canais de comunicação escolhidos, os seus destinatários e o tipo de informação a disponibilizar.

Quadro 4 - Estratégia de comunicação do InovaLO.

Destinatários	Tipo de informação	Adequação
***Website* institucional**		
Todos	***Awareness*** Missão, modelo organizacional, áreas prioritárias, equipa nuclear, projetos em curso, serviços disponíveis, secção de novidades com notícias relevantes, contactos. **Performance** - Relatório de atividades para parceiros e decisores; - InovaLO em números: relatório esquemático de produção científica e impacto clínico e organizacional para parceiros e público geral; - Página por projeto em curso / desenvolvido com resumo do mesmo e impacto gerado / esperado (todos os destinatários); - *Policy Briefs* com síntese clara da evidência gerada com implicação política e as consequentes recomendações; - Portefólio de parceiros. **Satisfação** - Secção de testemunhos e entrevistas de profissionais, parceiros e doentes; - Relatório executivo de impacto clínico e organizacional; - Relatório simplificado de impacto clínico e organizacional para doentes e comunidade.	Linguagem técnica para parceiros; Resumo executivo para decisores; Versão simplificada para comunidade.
Página da intranet da ULS		
Profissionais	***Awareness*** Missão, modelo organizacional, serviços disponíveis, formas de contacto. **Performance e satisfação** Secção de notícias com informação sobre novos estudos, impacto gerado, parcerias estabelecidas, participação em eventos, satisfação e impacto nos profissionais e na prática clínica.	Linguagem simples e atrativa. Mensagem com foco nos benefícios da I&D para os profissionais, doentes e comunidade.

***Newsletter* trimestral**		
Profissionais da ULS; Público geral que adira à comunicação por *newsletter* através do site institucional	***Awareness*** Projetos iniciados, oportunidades de colaboração, publicações e apresentações realizadas. **Performance** Resumo de indicadores de produção científica e impacto clínico / organizacional – nº de estudos ativos, nº de projetos apoiados, nº de protocolos implementados, nº de profissionais envolvidos, … **Satisfação** Testemunho de profissionais e doentes.	Linguagem simples. Foco nos objetivos alcançados e benefícios conseguidos para os profissionais e doentes.
LinkedIn institucional		
Parceiros, academia, indústria, decisores, profissionais	***Awareness*, performance e satisfação** Destaque de projetos em curso e concluídos, publicações e apresentações de projetos, estabelecimento de parcerias, participação em eventos, candidaturas aprovadas, emissão de pareceres, protocolos implementados, financiamento captado, projetos com PPI, melhoria de indicadores clínicos, testemunhos de profissionais, utentes e parceiros.	Linguagem simples. Foco nos projetos conseguidos e parcerias estabelecidas, bem como no impacto conseguido.
Redes sociais		
Profissionais, doentes e comunidade	***Awareness*, performance e satisfação** Semelhante ao LinkedIn.	Linguagem simples. Foco no impacto conseguido para profissionais, doentes e comunidade.
Organização de eventos profissionais		
Profissionais, parceiros e comunidade	***Awareness*** Sessões de divulgação. **Performance** - Apresentação pública de resultados; - Discussão de desafios e metas futuras. **Satisfação** Eventos de n*etworking* e t*eam builing.*	Dados concretos, indicadores, testemunhos profissionais e clínicos.
Participação em congressos e eventos		
Profissionais, parceiros e comunidade	***Awareness* e performance** Comunicação científica estruturada.	Apresentação técnico-científica.

ULS: Unidade Local de Saúde; PPI: *Patient and Public Involvement*; I&D: Investigação e Desenvolvimento

4.5. Cronograma e Impacto

4.5.1. Cronograma de implementação

A implementação do InovaLO deverá ser faseada, permitindo consolidar progressivamente a estrutura organizacional, assegurar sustentabilidade financeira e promover uma integração gradual da investigação na prática clínica. Assim, propõe-se um plano de implementação estruturado em quatro fases principais, distribuídas ao longo de um horizonte temporal aproximado de três anos.

Fase 1 – Planeamento estratégico e formalização institucional (0–6 meses)

A primeira fase corresponde à preparação institucional do centro. Inclui a formalização jurídica da estrutura organizacional, definição do modelo de governação, aprovação do regulamento interno e identificação das primeiras linhas estratégicas de investigação. Nesta fase deverão também ser estabelecidos acordos institucionais com a ULS, universidades e outros parceiros estratégicos. Paralelamente, será constituída a equipa nuclear do centro. A definição inicial do modelo de financiamento e a elaboração de um plano de sustentabilidade financeira constituem igualmente atividades prioritárias.

Fase 2 – Implementação operacional e projetos piloto (6–18 meses)

A segunda fase corresponde ao início efetivo das atividades do centro. Nesta etapa serão implementados os circuitos operacionais de submissão, avaliação e acompanhamento de projetos de investigação. Simultaneamente, serão lançados projetos piloto internos, alinhados com prioridades clínicas da ULS e com potencial de gerar resultados rápidos e demonstrar valor institucional. Esta fase deverá também incluir ações de formação em investigação para profissionais de saúde e o estabelecimento de redes colaborativas internas e externas. Paralelamente, deverão ser implementados sistemas estruturados de monitorização de desempenho, incluindo indicadores científicos, operacionais e de impacto clínico.

Fase 3 – Consolidação e expansão da atividade científica (18–36 meses)

Após a fase inicial de implementação, o centro deverá entrar numa fase de consolidação. Nesta etapa espera-se um aumento progressivo do número de projetos de investigação, bem como maior participação em programas de financiamento competitivo. O desenvolvimento de parcerias com indústria, universidades e outras organizações de investigação permitirá diversificar fontes de financiamento e reforçar a capacidade científica da instituição.

4.5.2. Impacto esperado

A criação do InovaLO tem potencial para gerar impacto relevante a diferentes níveis: científico, clínico, organizacional e económico.

Impacto científico

Espera-se um aumento significativo da produção científica da instituição, incluindo publicações, comunicações científicas e participação em projetos financiados competitivamente. O InovaLO poderá também contribuir para o desenvolvimento de redes colaborativas nacionais e internacionais, reforçando a visibilidade científica da ULS.

Impacto clínico

A integração da investigação na prática assistencial permitirá gerar evidência diretamente aplicável ao contexto local, promovendo melhorias na qualidade dos cuidados e na eficiência organizacional. A investigação clínica poderá contribuir para a identificação de intervenções mais eficazes, redução de práticas de baixo valor e melhoria da experiência dos doentes. A incorporação de medidas PROM e PREM permitirá também alinhar os processos de melhoria com os resultados que são mais relevantes para os utentes, reforçando uma abordagem orientada para o valor em saúde.

Impacto organizacional

Ao fomentar uma cultura institucional orientada para a inovação e aprendizagem organizacional, o centro poderá contribuir para o desenvolvimento de competências científicas entre os profissionais de saúde e para a criação de um ambiente de trabalho mais estimulante e colaborativo. A existência de uma estrutura de apoio dedicada à investigação permitirá reduzir barreiras administrativas e metodológicas, promovendo uma maior participação dos profissionais em atividades científicas.

Impacto económico e institucional

A médio prazo, o centro poderá contribuir para a captação de financiamento competitivo, atração de investimento externo e desenvolvimento de projetos colaborativos com indústria e academia. Para além do impacto financeiro direto, a investigação poderá gerar benefícios institucionais relevantes, incluindo maior capacidade de atração e retenção de profissionais qualificados, melhoria da reputação institucional e reforço do posicionamento estratégico da ULS no SNS.

Conclusões

A investigação e inovação em saúde assumem um papel estrutural na sustentabilidade dos sistemas de saúde contemporâneos. Para além da geração de conhecimento científico, a investigação constitui um instrumento essencial de melhoria contínua da qualidade assistencial, de otimização da utilização de recursos e de desenvolvimento organizacional. Neste contexto, a integração estruturada da investigação nas organizações de saúde tem sido progressivamente reconhecida como um elemento central na construção de sistemas de saúde orientados para o valor e para a aprendizagem.

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um modelo organizacional para a criação de um centro de investigação e inovação na Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas. Para tal, foi adotada uma abordagem metodológica baseada no estudo de caso, combinando revisão da literatura, análise qualitativa das perceções dos profissionais da instituição e *benchmarking* de centros de investigação reconhecidos. Esta triangulação metodológica permitiu compreender de forma integrada as necessidades institucionais, os principais obstáculos ao desenvolvimento da investigação e inovação em contexto clínico e as melhores práticas organizacionais associadas a centros de investigação bem-sucedidos.

Os resultados evidenciaram que, apesar de existir interesse e motivação por parte dos profissionais para desenvolver atividades de investigação, persistem barreiras estruturais relevantes que limitam o seu desenvolvimento sistemático. Entre estas destacam-se a ausência de tempo protegido para investigação, a complexidade dos processos administrativos e regulatórios, a falta de apoio metodológico e estatístico e a inexistência de estruturas institucionais dedicadas à coordenação da atividade científica. Consequentemente, a investigação tende a depender da iniciativa individual dos profissionais, dificultando a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a produção sistemática de conhecimento.

A análise de *benchmarking* permitiu identificar fatores críticos para o sucesso de centros de investigação em saúde, nomeadamente a autonomia institucional, a diversificação das fontes de financiamento, a maturidade dos processos operacionais e a existência de estruturas de suporte especializadas. Estes elementos demonstram que o desempenho científico das organizações de saúde depende não apenas da motivação dos profissionais, mas também da existência de condições organizacionais que permitam transformar essa motivação em projetos concretos e sustentáveis.

Com base nestes resultados, foi desenvolvido um projeto de intervenção que propõe a criação de um centro de investigação e inovação orientado para a investigação clínica, inovação organizacional e ciência da implementação. Este centro pretende posicionar-se como uma estrutura de apoio

transversal à instituição, capaz de articular produção científica, melhoria contínua da prática clínica e desenvolvimento organizacional.

A implementação deste modelo apresenta potencial para gerar impacto relevante a vários níveis. Ao nível científico, poderá contribuir para o aumento da produção científica e da participação em projetos competitivos nacionais e internacionais. Ao nível clínico, a investigação orientada para problemas reais da prática assistencial poderá acelerar a integração da evidência científica na prática clínica e contribuir para a melhoria dos resultados em saúde. Ao nível organizacional, o centro poderá fomentar uma cultura institucional mais orientada para inovação, aprendizagem e melhoria contínua, contribuindo para a reputação da ULS LOD e ajudando a atrair e reter talento.

Contudo, a concretização deste modelo depende da capacidade de ultrapassar desafios estruturais associados à crescente pressão assistencial, às limitações de financiamento e à necessidade de promover mudanças culturais dentro das organizações de saúde. A sustentabilidade do centro dependerá da sua capacidade de diversificar fontes de financiamento, estabelecer parcerias estratégicas e demonstrar valor institucional através do impacto da investigação na qualidade dos cuidados. Importa também considerar que a implementação de estruturas de investigação em organizações de saúde depende, não apenas de fatores estruturais, mas também de mudanças culturais e institucionais. A valorização da investigação nas carreiras profissionais, a disponibilização de tempo protegido e o reconhecimento institucional da atividade científica constituem fatores críticos para o sucesso deste tipo de iniciativas.

Apesar da robustez metodológica adotada, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a natureza qualitativa da investigação limita a generalização dos resultados para outras instituições de saúde. Embora a abordagem de estudo de caso permita uma compreensão aprofundada do contexto específico da ULS Loures-Odivelas, investigações futuras poderão complementar estes resultados através de metodologias quantitativas, como inquéritos a uma amostra mais alargada de profissionais ou análise de indicadores institucionais de investigação. Em segundo lugar, o estudo de *benchmarking* incluiu um número limitado de centros de investigação, o que poderá restringir a diversidade de modelos organizacionais analisados. A inclusão de um conjunto mais alargado de casos poderia enriquecer a análise comparativa e permitir uma identificação mais sistemática de fatores de sucesso. Adicionalmente, o estudo não incluiu uma análise económico-financeira detalhada da implementação do centro. Esta opção prendeu-se, em grande medida, com a elevada incerteza associada à estimativa de receitas e oportunidades de financiamento num projeto desta natureza. A frequência, tipologia e dimensão financeira das *calls* competitivas são variáveis e dificilmente previsíveis no momento de planeamento. Do mesmo modo, as receitas associadas à prestação de serviços enquanto CRO dependem do tipo de serviços prestados e do grau de envolvimento em cada projeto, podendo

apresentar grande variabilidade. Também os projetos de inovação e os ensaios clínicos apresentam modelos de financiamento altamente dependentes da sua dimensão, complexidade e requisitos operacionais. Neste contexto, a elaboração de projeções financeiras robustas poderia introduzir um elevado grau de especulação. Ainda assim, a construção futura de um modelo financeiro preliminar, incluindo estimativas de custos operacionais, fontes de receita e cenários de sustentabilidade a médio prazo, poderá constituir uma linha relevante de desenvolvimento. Por fim, investigações futuras poderão avaliar o impacto da implementação de centros de I&D em ULS, analisando de forma longitudinal os seus efeitos na produção científica, qualidade dos cuidados, satisfação profissional e desempenho organizacional.

Em síntese, o presente trabalho propõe um modelo conceptual e organizacional para a criação de um centro de investigação e inovação integrado numa Unidade Local de Saúde, procurando responder à necessidade crescente de aproximar a produção de conhecimento científico da prática clínica e da melhoria dos sistemas de saúde. Ao articular investigação clínica, inovação organizacional e ciência da implementação, o modelo proposto pretende contribuir para a consolidação de um ecossistema de investigação mais integrado, capaz de gerar evidência relevante, promover a melhoria contínua dos cuidados e criar valor em saúde para doentes, profissionais e instituições. Embora a implementação prática do modelo dependa de fatores institucionais, organizacionais e financeiros, o enquadramento proposto poderá constituir um ponto de partida para futuras iniciativas de desenvolvimento de estruturas de investigação integradas no sistema de saúde português, contribuindo para afirmar os serviços de saúde como laboratórios vivos de aprendizagem, inovação e geração de valor em saúde.

Referências Bibliográficas

Abudu, R., Oliver, K., & Boaz, A. (2022). What funders are doing to assess the impact of their investments in health and biomedical research. *Health Research Policy and Systems*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12961-022-00888-1

Adler, L., Gabay, L., & Yehoshua, I. (2020). Primary care physicians' attitudes toward research: A cross-sectional descriptive study. *Family Practice*, *37*(3), 306–313. https://doi.org/10.1093/fampra/cmz075

AICIB, & APMGF. (2024). *Documento de apoio à constituição de redes de investigação baseadas na prática clínica (Practice-Based Research Networks - PBRNs) em cuidados de saúde primários em Portugal*.

ANI. (2021). *Relatório Nacional de Inovação*.

ANI. (2022). Estratégia Nacional para uma Especialização Inteligente 2030. *ANI*.

ANI, & INOVA +. (2019). Relatório de Análise Comparativa Internacional do Posicionamento do Sistema Nacional de Inovação (SNI) Português. *Agência Nacional de Inovação*.

Bautista-Puig, N., Aleixo, A. M., Leal, S., Azeiteiro, U., & Costas, R. (2021). Unveiling the research landscape of sustainable development goals and their inclusion in higher education institutions and research centers: major trends in 2000–2017. *Frontiers in Sustainability*, *2*. https://doi.org/10.3389/frsus.2021.620743

Bilardi, D., Rapa, E., Bernays, S., & Lang, T. (2021). Measuring research capacity development in healthcare workers: A systematic review. *BMJ Open*, *11*(7), e046796. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046796

Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ (Online)*, *346*, f167. https://doi.org/10.1136/bmj.f167

Boaz, A., Hanney, S., Jones, T., & Soper, B. (2015). Does the engagement of clinicians and organisations in research improve healthcare performance: A three-stage review. *BMJ Open*, *5*(12), e009415. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009415

Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J.-L., & Pomey, M.-P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, *13*(1), 98. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z

Bonfim, D., Belotti, L., de Almeida, L. Y., Eshriqui, I., Velasco, S. R. M., Monteiro, C. N., & Jantsch, A. G. (2023). Challenges and strategies for conducting research in primary health care practice: an integrative review. *BMC Health Services Research*, *23*, 1380. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10382-1

Borkowski, D., McKinstry, C., Cotchett, M., Williams, C., & Haines, T. (2016). Research culture in allied health: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, *22*(4), 294–303. https://doi.org/10.1071/PY15122

Bouzalmate-Hajjaj, A., Massó, P., Khan, K., Bueno-Cavanillas, A., & Cano-Ibáñez, N. (2022). Benefits of participation in clinical trials: An umbrella review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*, 15368. https://doi.org/10.3390/ijerph192215368

Brandenburg, C., Noble, C., Wenke, R., Hughes, I., Barrett, A., Wellwood, J., & Mickan, S. (2021). Relationship between research culture and research activity of medical doctors: A survey and audit. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *14*, 2137–2150. https://doi.org/10.2147/JMDH.S319191

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Calmbach, W. L., Ryan, J. G., Baldwin, L. M., & Knox, L. (2012). Practice-based research networks (PBRNs): Meeting the challenges of the future. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*(5), 572–576. https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.05.120064

Clarke, M., & Loudon, K. (2011). Effects on patients of their healthcare practitioner's or institution's participation in clinical trials: a systematic review. *Trials*, *12*(1), 16. https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-16

Coates, D., & Mickan, S. (2020). Challenges and enablers of the embedded researcher model. *Journal of Health Organization and Management*, *34*(7), 743–764. https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2020-0043

Conde, M. G., Rodrigues, V. L., Ramos, R. C., Rente, A., Broeiro-Gonçalves, P., Ribeiro, C., & Nicola, P. J. (2024). Barriers to research in family medicine - interviews with Portuguese family physician researchers. *Family Practice*, *41*(2), 168–174. https://doi.org/10.1093/fampra/cmad126

Dania, A., Nagykaldi, Z., Haaranen, A., Muris, J. W. M., Evans, P. H., Mäntyselkä, P., & van Weel, C. (2021). A review of 50-years of international literature on the internal environment of building Practice-Based Research Networks (PBRNs). *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *34*(4), 762–797. https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.04.200595

Dania, A., Nagykaldi, Z., Haaranen, A., Muris, J. W. M., Evans, P. H., Mäntyselkä, P., & van Weel, C. (2022). A review of 50 years of international literature on the external environment of building Practice-Based Research Networks (PBRNs). *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *35*(4), 762–792. https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.210411

Dania, A., Nagykaldi, Z., Haaranen, A., Muris, J. W. M., Evans, P. H., Mäntyselkä, P., & van Weel, C. (2025). The sustainability of practice-based research networks across the globe – insights from a worldwide qualitative study. *BMC Health Services Research*, *25*(1), 1287. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13159-w

Decreto-Lei 63/2019, Diário da República n.º 94/2019, Série I (2019). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/63-2019-122317422

Decreto-Lei 102/2023, Diário da Públican n.º 215/2023, Série I 4 (2023).

Despacho 1739/2024, Diário da República, 2ª série, Parte C (2024).

Deverka, P. A., Lavallee, D. C., Desai, P. J., Esmail, L. C., Ramsey, S. D., Veenstra, D. L., & Tunis, S. R. (2012). Stakeholder participation in comparative effectiveness research: Defining a framework for effective engagement. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, *1*(2), 181–194. https://doi.org/10.2217/cer.12.7

DGS. (2024). Plano Nacional de Saúde 2030. *Direção-Geral Da Saúde*. https://pns.dgs.pt/

Etzkowitz, H., & Leydesdorff, L. (2000). The dynamics of innovation: from National Systems and "Mode 2" to a Triple Helix of university–industry–government relations. *Research Policy*, *29*(2), 109–123. https://doi.org/10.1016/S0048-7333(99)00055-4

FCT. (2019). *Agenda temática de investigação e inovação: Saúde, investigação clínica e de translação*.

Fitzpatrick, C., Buckingham, T., Merrell, J., McCooey, C., & Richardson, D. (2020). Engaging nurses in research and quality improvement is associated with higher job satisfaction and lower rates of unscheduled time off work: A pilot study. *International Journal of STD & AIDS*, *31*(7), 702–704. https://doi.org/10.1177/0956462420901989

Friedman, C., Rubin, J., Brown, J., Buntin, M., Corn, M., Etheredge, L., Gunter, C., Musen, M., Platt, R., Stead, W., Sullivan, K., & Houweling, D. (2014). Toward a science of learning systems: A research agenda for the high-functioning Learning Health System. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *22*(1), 43–50. https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002977

Fry, M., & Dombkins, A. (2017). Interventions to support and develop clinician-researcher leadership in one health district. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *30*(6), 528–538. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2016-0104

Gaglioti, A. H., Werner, J. J., Rust, G., Fagnan, L. J., & Neale, A. V. (2016). Practice-based Research Networks (PBRNs) bridging the gaps between communities, funders, and policymakers. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *29*(5), 630–635. https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.05.160080

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, *13*, 117. https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, *16*(1), 15–31. https://doi.org/10.1177/1094428112452151

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, *26*, 56–69. https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review*, *26*, 70–84. https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007

Governo de Portugal. (2025). *Governo apresenta a Agência para a Investigação e Inovação (AI²)*. https://www.portugal.gov.pt/pt/gc25/comunicacao/documento?i=apresentacao-da-agencia-para-a-investigacao-e-inovacao-ai

Greenhalgh, J., Gooding, K., Gibbons, E., Dalkin, S., Wright, J., Valderas, J., & Black, N. (2018). How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *2*(42). https://doi.org/10.1186/s41687-018-0061-6

Holden, L., Pager, S., Golenko, X., & Ware, R. (2012). Validation of the research capacity and culture (RCC) tool: Measuring RCC at individual, team and organisation levels. *Australian Journal of Primary Health*, *18*, 62–67. https://doi.org/10.1071/PY10081

Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J. K., Stoffers, H. E., Topsever, P., Ungan, M., & van Royen, P. (2009). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 1: Background and methodology. *European Journal of General Practice*, *15*(4), 243–250. https://doi.org/10.3109/13814780903452184

Hummers-Pradier, E., Scheidt-Nave, C., Martin, H., Heinemann, S., Kochen, M. M., & Himmel, W. (2008). Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Family Practice*, *25*(2), 105–112. https://doi.org/10.1093/fampra/cmn015

Isaacson, A., & Simpson, L. A. (2021). Governance and funding best practices for embedded research programs. *Healthcare*, *8*(1). https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100433

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(12), 2954–2965. https://doi.org/10.1111/jan.13031

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Linking the balanced scorecard to strategy. *California Management Review*, *30*(2), 242–253. https://doi.org/10.2307/41165876

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2008). Mastering the management system. *Harvard Business Review*, *86*(1), 62–136.

Keller, K. L. (1993). Conceptualizing, Measuring, and Managing Customer-Based Brand Equity. *Journal of Marketing*, *57*(1). https://doi.org/10.1177/002224299305700101

Kotler, P., & Keller, K. L. (2017). Marketing Management (15th Edition) - Philip Kotler. In *Fortune*.

Kotler, P., & Lee, N. (2007). Marketing in the Public Sector: The final frontier. *The Public Manager*, *36*(1), 12–17.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D. R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee,

J., & Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *British Journal of General Practice*, *63*(616), e742–e750. https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422

Kubitskyi, S., Yeremenko, D., Danylenko, V., Bataiev, S., & Varaksina, E. (2024). Evaluating the impact of innovative technologies on global competitiveness through modelling. *Multidisciplinary Science Journal*, *6*, e2024ss0710. https://doi.org/10.31893/multiscience.2024ss0710

Lamontagne, F., Rowan, K. M., & Guyatt, G. (2021). Integrating research into clinical practice: Challenges and solutions for Canada. *CMAJ*, *193*(4), E127–E131. https://doi.org/10.1503/cmaj.202397

Larsson, S., Lawyer, P., Garellick, G., Lindahl, B., & Lundström, M. (2012). Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Affairs*, *31*(1), 220–227. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0762

Maher, D., & Cometto, G. (2016). Research on community-based health workers is needed to achieve the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, *94*(11), 786. https://doi.org/10.2471/BLT.16.185918

Matus, J., Walker, A., & Mickan, S. (2018). Research capacity building frameworks for allied health professionals - A systematic review. *BMC Health Services Research*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3518-7

McCarron, T. L., Clement, F., Rasiah, J., Moran, C., Moffat, K., Gonzalez, A., Wasylak, T., & Santana, M. (2021). Patients as partners in health research: A scoping review. *Health Expectations*, *24*(4), 1378–1390. https://doi.org/10.1111/hex.13272

McKeon, S., Alexander, E., Brodaty, H., Ferris, B., Frazer, I., & Little, M. (2013). *Strategic Review of Health and Medical Research*.

Mintzberg, H. (1983). *Power In and Around Organizations*. Prentice-Hall.

Mohamed, M. M. A., Liu, P., & Nie, G. (2022). Causality between technological innovation and economic growth: Evidence from the economies of developing countries. *Sustainability (Switzerland)*, *14*(6). https://doi.org/10.3390/su14063586

Mold, J. W., & Peterson, K. A. (2005). Primary Care Practice-Based Research Networks: Working at the interface between research and quality improvement. *The Annals of Family Medicine*, *3*(suppl 1), S12–S20. https://doi.org/10.1370/afm.303

Morgado, M. B., Penedo, C., Correia, R., Amaral, S. D., Nicola, P. J., & Gil Conde, M. (2025). Strategies and factors to promote research in primary care in Portugal: A cross-sectional study. *Acta Medica Portuguesa*, *38*(3), 137–147. https://doi.org/10.20344/amp.22171

Morgado, M. B., Rodrigues, V., Carmona Ramos, R., Rente, A., Nicola, P., & Gil Conde, M. (2024). Strategies for the promotion of primary health care research in Portugal: A qualitative study. *Acta Medica Portuguesa*, *37*(2), 110–117. https://doi.org/10.20344/amp.19514

Morgan, D. L. (1997). Planning and research design for focus groups. In *Focus Groups as Qualitative Research* (2nd ed., pp. 31–45). SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781412984287.n4

Newington, L., Alexander, C. M., & Wells, M. (2021). Impacts of clinical academic activity: Qualitative interviews with healthcare managers and research-active nurses, midwives, allied health professionals and pharmacists. *BMJ Open*, *11*(10). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050679

Newington, L., Wells, M., Adonis, A., Bolton, L., Bolton Saghdaoui, L., Coffey, M., Crow, J., Fadeeva Costa, O., Hughes, C., Savage, M., Shahabi, L., & Alexander, C. M. (2021). A qualitative systematic review and thematic synthesis exploring the impacts of clinical academic activity by healthcare professionals outside medicine. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 400. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06354-y

Nilsson, E., Orwelius, L., & Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *Journal of Internal Medicine*, *279*(2), 141–153. https://doi.org/10.1111/joim.12409

Nott, M., Schmidt, D., Thomas, M., Reilly, K., Saksena, T., Kennedy, J., Hawke, C., & Christian, B. (2024). Collaborations between health services and educational institutions to develop research capacity in health services and health service staff: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, *24*(1), 1363. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11836-w

OECD. (2018). OECD Review of the Tertiary Education, Research and Innovation System in Portugal. *OCDE*.

O'Hara, S., Melnyk, B. M., Hsieh, A. P., Helsabeck, N. P., Giuliano, K. K., & Vital, C. (2025). Innovation, wellness, and EBP cultures are associated with less burnout, better mental health, and higher job satisfaction in nurses and the Healthcare Workforce. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *22*(2), e70012. https://doi.org/10.1111/wvn.70012

Omri, A. (2020). Technological innovation and sustainable development: Does the stage of development matter? *Environmental Impact Assessment Review*, *83*, 106398. https://doi.org/10.1016/j.eiar.2020.106398

Pager, S., Holden, L., & Golenko, X. (2012). Motivators, enablers, and barriers to building allied health research capacity. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *5*, 53–59. https://doi.org/10.2147/JMDH.S27638

P-BIO. (2020). Estratégia Bio-Saúde 2030. *P-BIO*.

Peterson, K. A., Lipman, P. D., Lange, C. J., Cohen, R. A., & Durako, S. (2012). Supporting better science in primary care: A description of Practice-based Research Networks (PBRNs) in 2011. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*(5), 565–571. https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.05.120100

Philbin, S. P., Jones, D., Brandon, N. P., & Hawkes, A. D. (2014). *Exploring research institutes: Structures, functioning and typology*.

Plochg, T., Klazinga, N. S., & Starfield, B. (2009). Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC Medicine*, *7*(1), 64. https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-64

Porter, M. E. (2010). What is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, *363*(26), 2477–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024

Price, A., Clarke, M., Staniszewska, S., Chu, L., Tembo, D., Kirkpatrick, M., & Nelken, Y. (2022). Patient and Public Involvement in research: A journey to co-production. *Patient Education and Counseling*, *105*(4), 1041–1047. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.021

Reed, R. L., McIntyre, E., Jackson-Bowers, E., & Kalucy, L. (2017). Pathways to research impact in primary healthcare: What do Australian primary healthcare researchers believe works best to facilitate the use of their research findings. *Health Research Policy and Systems*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12961-017-0179-7

Ritchie, J., & Spencer, L. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203413081_chapter_9

Rubenstein, L. V. (2016). Implementation science in primary care: An illustration from the U.S. Department of Veterans Affairs. In F. Goodyear-Smith & B. Mash (Eds.), *International Perspectives on Primary Care Research* (1st ed.). CRC Press.

Schein, E. H. (2016). *Organizational culture and leadership* (WILEY, Ed.; 5th ed.). WILEY.

Simons, R. (1995). *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Harvard Business School Press.

Smith, D. C., & Aaker, D. A. (1992). Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name. *Journal of Marketing*, *56*(2). https://doi.org/10.2307/1252048

Spurgeon, P., Clark, J., & Ham, C. (2011). *Medical leadership: from the dark side to centre stage* (1st ed.). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781315383842

Trusson, D., Rowley, E., & Barratt, J. (2021). Multimethods study comparing the experiences of medical clinical academics with nurses, midwives and allied health professionals pursuing a clinical academic career. *BMJ Open*, *11*(4), e043270. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043270

United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. *United Nations*.

Vassie, C., Smith, S., & Leedham-Green, K. (2020). Factors impacting on retention, success and equitable participation in clinical academic careers: A scoping review and meta-thematic synthesis. *BMJ Open*, *10*, e033480. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033480

Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2013). Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*, *77*, 147–155. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.019

Vinnicombe, S., Bianchim, M. S., & Noyes, J. (2023). A review of reviews exploring patient and public involvement in population health research and development of tools containing best practice guidance. *BMC Public Health*, *23*(1), 1271. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15937-9

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage.

Zhuang, C., Hu, X., & Dill, M. J. (2022). Do physicians with academic affiliation have lower burnout and higher career-related satisfaction? *BMC Medical Education*, *22*(1), 316. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03327-5

Anexos

Anexo A – Guião de apoio à dinamização dos *focus group*

Guião de apoio à dinamização dos *focus group*	
Introdução	Agradecimento pela participação
	Apresentação do investigador e objetivos do estudo
	Esclarecimento de dúvidas
	Confirmação do consentimento informado
	Apresentação dos objetivos do *focus group*
	Explicação do formato do *focus group* e das regras básicas (participação ativa, respeito pelas opiniões, confidencialidade).
Interesse na Investigação e Inovação	Como percecionam a importância da investigação e inovação no contexto dos cuidados de saúde?
	Consideram que a investigação e inovação são valorizadas no seu local de trabalho? Porquê?
	Alguma vez participaram em atividades de investigação e inovação? Se sim, quais foram as motivações? Se não, quais as razões?
	Se participaram em projetos de investigação e inovação, estes decorreram na ULS Loures-Odivelas ou noutra instituição? Como foi a experiência?
	Que fatores poderiam incentivar uma maior participação na investigação e inovação?
Inovação em Saúde	Que tipo de inovação (tecnológica, organizacional, assistencial, etc.) consideram mais necessária no vosso contexto?
	Como acham que um centro de investigação poderia fomentar um ambiente mais inovador na instituição?
Dificuldades e Barreiras	Quais são os principais desafios que enfrentam para se envolverem em investigação e inovação? (ex.: tempo, financiamento, falta de formação, apoio institucional, burocracia)
	Existem barreiras específicas no contexto do hospital/centro de saúde que dificultam a realização de projetos de investigação e inovação?
	Como acham que essas dificuldades poderiam ser superadas?

Incentivos e Apoios Necessários	Que tipo de incentivos poderiam estimular a investigação e inovação entre os profissionais de saúde? (ex.: tempo protegido, financiamento, formação específica, reconhecimento profissional)
	Que tipo de apoio institucional (técnico, administrativo, formativo) consideram essencial para facilitar a participação em investigação e inovação?
Expectativas sobre um centro de investigação e inovação	Consideram útil a criação de um departamento de apoio à investigação e inovação?
	Como imaginam um centro de investigação ideal dentro da ULS?
	Que funções e serviços este departamento deveria oferecer? (ex.: apoio na submissão de projetos, formação, ajuda na gestão de financiamentos)
	Como acham que este departamento poderia facilitar a integração da investigação e inovação na prática clínica?
	Como deveria ser feita a comunicação sobre oportunidades de investigação e inovação dentro da instituição?
Conclusão e Fecho	Síntese dos principais pontos discutidos.
	Pergunta final aberta: "Há mais algum aspeto que considerem relevante e que ainda não foi discutido?"
	Agradecimento pela participação

Anexo B – Guião de entrevista semi-estruturada

Guião de Entrevista semi-estruturada	
Introdução	Apresentação do investigador e objetivos do estudo
	Esclarecimento de dúvidas
	Confirmação do consentimento informado
Identificação do entrevistado	Pode apresentar-se e descrever brevemente a sua função no centro de investigação?
	Há quanto tempo trabalha nesta área e qual é a sua experiência anterior?
Modelos de Financiamento	Quais são as principais fontes de financiamento do centro (públicas, privadas, parcerias, grants)?
	Como é feita a captação de financiamento?
	Como é feita a diversificação de fontes de financiamento?
	Existem estratégias específicas para garantir a sustentabilidade financeira?
	Quais são os principais desafios na obtenção de financiamento?
	Como avalia o impacto de diferentes modelos de financiamento na autonomia e independência da investigação?
	Que mecanismos utiliza para gerir potenciais conflitos de interesse no financiamento?
	Existem outros desafios relacionados com a disponibilidade de financiamento que queira referir?
Organização e Gestão	Como está estruturado o centro? (governação, departamentos, equipas)
	Quantos profissionais empregam e quais as funções principais?
	Quais os principais recursos físicos necessários para o funcionamento do centro?
	Enfrenta desafios relacionados com a disponibilidade de equipamentos ou escassez de profissionais? Quais e porquê?
	Como é feita a gestão operacional do centro?

	Qual é o circuito para novos projetos?
	Existem processos estruturados para gerir projetos de investigação e inovação? Se sim, quais?
	Existem métricas de desempenho e controlo de gestão? Se sim, quais?
	Há integração entre o centro de investigação e outras instituições?
	Que tipo de apoio administrativo e logístico existe para os investigadores?
	Como é o dia a dia de trabalho no centro?
	Considera que há uma boa comunicação entre as equipas de investigação e a gestão?
Gestão estratégica de pessoas	Como é feita a captação e retenção de investigadores e profissionais?
	Que incentivos e apoios são oferecidos para promover a produtividade científica?
	Existe algum programa de formação contínua para os profissionais do centro?
	De que forma o centro incentiva a colaboração entre diferentes equipas ou áreas do conhecimento?
	Quais são os maiores desafios na gestão de recursos humanos no centro?
Principais Desafios e Oportunidades	Quais são os maiores desafios enfrentados atualmente pelo centro?
	Que estratégias têm sido adotadas para ultrapassar essas dificuldades?
	Existem dificuldades relacionadas com burocracia ou carga de trabalho?
	Que oportunidades emergentes identifica para o crescimento e fortalecimento da investigação no centro?
	Há alguma iniciativa ou prática inovadora que o centro tenha adotado e que considere um caso de sucesso?
	Que oportunidades identifica para melhorar a eficiência e sustentabilidade do centro?
	Existem tendências emergentes que possam impactar a área de investigação clínica?

	Como vê a evolução do papel dos centros de investigação no contexto da saúde e da inovação?
Considerações Finais	Com base na sua experiência, que recomendações daria para a criação de um centro sustentável financeiramente?
	Algo mais que gostaria de acrescentar sobre a gestão de um centro de investigação?
Encerramento	Agradecimento pela participação

Anexo C – Consentimento informado dos *focus group*

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo, intitulado "Desenvolvimento do Centro de Investigação clínica na ULS Loures-Odivelas" surge no âmbito da tese de mestrado em Gestão de Empresas a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**.

O estudo tem por objetivo o desenvolvimento de um centro de investigação na ULS Loures-Odivelas. A sua participação no estudo, que será muito valorizada e irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em integrar uma sessão de *focus group* com a duração aproximada de 60 minutos. Durante a sessão, será realizada uma discussão orientada sobre a investigação e inovação na ULS Loures-Odivelas, abordando desafios, necessidades, oportunidades e sugestões para o desenvolvimento de um Centro de Investigação. A participação envolverá a partilha de experiências e opiniões em um ambiente colaborativo, sendo garantido o respeito pela confidencialidade das informações fornecidas. Durante os *focus group*, pode não responder a qualquer questão ou interromper a sua participação, se assim desejar.

O Iscte é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (art. 6º, nº1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados).

O estudo é realizado por Catarina Neves dos Santos (catarina.n.santos@ulslod.min-saude.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é **confidencial**. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O Iscte garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado.

Os seus dados pessoais serão pseudoanonimizados, isto é, a sua identificação será substituída por código. Assim, os dados só podem ser ligados ao participante através de uma chave de referência apenas na posse da investigadora, guardada em local seguro. Todos os dados pessoais serão eliminados no período máximo de 6 meses após a

conclusão do presente estudo. Garante-se ainda o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Caso alguma questão cause desconforto, é livre de não responder ou interromper o focus-group.

A participação neste estudo contribuirá para o desenvolvimento de um centro de investigação adaptado à realidade da instituição. Ao participar neste estudo, tem a oportunidade de influenciar futuras estratégias de apoio à investigação, promovendo um ambiente mais favorável à prática científica e à inovação na ULS.

O Iscte não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais.

O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email *dpo@iscte-iul.pt*. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas.

Sim ☐ Não ☐

_____ (local), _____/____/_____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo D – Consentimento informado das entrevistas

iscte INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo, intitulado "Desenvolvimento do Centro de Investigação clínica na ULS Loures-Odivelas" surge no âmbito da tese de mestrado em Gestão de Empresas a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**.

O estudo tem por objetivo o desenvolvimento de um centro de investigação na ULS Loures-Odivelas. A sua participação no estudo, que será muito valorizada e irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em participar numa entrevista individual com a duração aproximada de 60 minutos. A entrevista terá um formato semiestruturado, abordando temas relacionados com a gestão e sustentabilidade de centros de investigação, incluindo boas práticas, desafios e fatores críticos de sucesso. A participação envolverá a partilha de experiências e perspetivas, sendo garantida a confidencialidade das informações fornecidas. Durante a entrevista, pode não responder a qualquer questão ou interromper a sua participação, se assim desejar.

O Iscte é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (art. 6º, nº1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados).

O estudo é realizado por Catarina Neves dos Santos (catarina.n.santos@ulslod.min-saude.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é **confidencial**. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O Iscte garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado.

Os seus dados pessoais serão pseudoanonimizados, isto é, a sua identificação será substituída por código. Assim, os dados só podem ser ligados ao participante através de uma chave de referência apenas na posse da investigadora, guardada em local seguro. Todos os dados pessoais serão eliminados no período máximo de 6 meses após a conclusão do presente estudo. Garante-se ainda o seu anonimato nos resultados do

estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Caso alguma questão cause desconforto, é livre de não responder ou interromper a entrevista.

A participação neste estudo contribuirá para o desenvolvimento de um centro de investigação. Ao participar neste estudo, tem a oportunidade de influenciar futuras estratégias de apoio à investigação, promovendo um ambiente mais favorável à prática científica e à inovação nacional.

O Iscte não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais.

O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email *dpo@iscte-iul.pt*. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas.

Sim ☐ Não ☐

_____ (local), _____/____/_____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo E – Parecer da Comissão de Ética do ISCTE

ISCTE BUSINESS SCHOOL ETHICS COMMITTEE (IBS EC)

OPINION/RECOMMENDATIONS [9-5-2025]

Project IBS_EC 18/2025: "Desenvolvimento do Centro de Investigação Clínica na ULS Loures-Odivelas "

The project "Desenvolvimento do Centro de Investigação Clínica na ULS Loures-Odivelas", submitted Catarina Neves dos Santos, was analysed by the IBS EC in the meeting of 9 of May 2025.

The information provided, in the SUBMISSION FORM FOR APPROVAL OF THE IBS ETHICS COUNCIL and associated annexes, meets the ethical requirements required in this type of research projects, including:

a) **RESEARCH PROBLEM AND RELEVANCE OF THE STUDY**

From the submission form:

"A investigação e inovação em saúde são fundamentais para o desenvolvimento sustentável, mas enfrentam desafios estruturais, incluindo financiamento insuficiente, falta de formação e dificuldades na integração entre serviços de saúde e instituições académicas. Em Portugal, apenas 8 das 39 Unidades Locais de Saúde (ULS) integram Hospitais Universitários, limitando o acesso a estruturas formais de apoio à investigação. A ULS Loures-Odivelas, apesar da sua dimensão e diversidade populacional, perdeu o seu gabinete de investigação com a recente reorganização institucional, criando um vazio na promoção da I&D. Este estudo propõe-se a desenvolver um modelo sustentável para um Centro de Investigação na ULS Loures-Odivelas, abordando as necessidades e expectativas dos profissionais de saúde e identificando boas práticas através de benchmarking. O contributo original deste trabalho reside na criação de uma solução inovadora para fomentar a investigação em ambientes clínicos não universitários, promovendo a autonomia dos profissionais e fortalecendo a cultura de inovação. Espera-se que este modelo possa ser replicado noutras ULS, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, para a valorização dos profissionais e para um maior alinhamento entre a investigação e as necessidades da comunidade, promovendo, assim, um impacto positivo na sociedade."

IBS EC Observations: no comments

b) **RESEARCH AIMS/QUESTIONS**

IBS EC Observations: no comments

c) **METHOD**

IBS EC Observations: Since personal data will be collected in interviews and focus groups, the IBS EC recommends special care in the data treatment and security. The submission states that data will be pseudoanonymized.

The EC reminds that according to Guidelines for Investigators on Protection of Personal data in Research Activities Scientific at ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa (see here). The submission states that the data will be safely stored for up to 6 months after the conclusion of the Master thesis.

d) **PARTICIPANTS/RECRUITMENT METHOD**

IBS EC Observations: no comments.

e) **INFORMED CONSENT AND DEBRIEFING**

IBS EC Observations: no comments

SUMMARY

In short, ensuring that the voluntary nature of participation, free and informed consent, the anonymization of personal data and the confidentiality of the data collected are met, the IBS EC issues a final opinion in favour of carrying out the proposed studies.

Rapporteurs: Ana Patrícia Duarte and Patrícia Filipe

The President of the IBS EC,

João António Rodrigues Nunes

The Rapporteurs:

Patrícia Filipe.

Ana Patrícia Duarte

Anexo F – Autorização da Direção Clínica da ULS Loures-Odivelas

RE: Pedido de autorização para desenvolvimento de estudo académico na ULS Loures-Odivelas

De Alda Gisela Monteiro (ULSLOD) <alda.freitas.monteiro@ulslod.min-saude.pt>
Data dom, 15/06/2025 17:20
Para Catarina Neves dos Santos <catarina.n.santos@ulslod.min-saude.pt>

Boa tarde,

Resposta ao email atrasado, mas como tínhamos abordado a questão pessoalmente nada a opor à implementação do solicitado.

Bom trabalho

Antecipadamente grata

Com os melhores cumprimentos

Alda Gisela Monteiro
Direção Clínica para os Cuidados de Saúde Primários
Conselho de Administração
RAI - Responsável de Acesso à Informação da ULSLOD

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LOURES - ODIVELAS

ULS Loures-Odivelas | PT
Loures-Odivelas ULS | EN
Hospital Beatriz Ângelo, Avenida Carlos Teixeira 3
2674-514 Loures | Portugal
Tel.: +351 219 847 200

De: Catarina Neves dos Santos <catarina.n.santos@ulslod.min-saude.pt>
Enviado: 15 de maio de 2025 20:07
Para: Alda Gisela Monteiro (ULSLOD) <alda.freitas.monteiro@ulslod.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de estudo académico na ULS Loures-Odivelas

Exma. Dr.ª Alda Monteiro,

O meu nome é Catarina Neves dos Santos, médica especialista em MGF, a exercer funções na USF Ramada. No âmbito do mestrado em Gestão de Empresas, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação intitulado "Desenvolvimento de um Centro de Investigação clínica da ULS Loures-Odivelas"

O objetivo do estudo é desenvolver um modelo sustentável para um Centro de Investigação, abordando as necessidades e expectativas dos profissionais de saúde e identificando boas práticas através de benchmarking. O contributo original deste trabalho reside na criação de uma solução inovadora para fomentar a investigação em ambientes clínicos, promovendo a autonomia dos profissionais e fortalecendo a cultura de inovação.

Venho por este meio solicitar autorização para realizar este estudo no seio da ULS Loures-Odivelas. O mesmo consistirá na realização de focus group a profissionais de diferentes áreas da instituição, de forma a identificar as suas necessidades e expectativas face a um centro de investigação e inovação. A participação será voluntária e mediante consentimento informado, respeitando integralmente os princípios éticos e a confidencialidade dos participantes.

Anexo a este email envio uma descrição sumária do projeto, que inclui nos anexos o parecer positivo da Comissão de Ética da instituição académica responsável.

Agradeço desde já a vossa atenção e disponibilidade, ficando ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Neves dos Santos
Assistente de Medicina Geral e Familiar

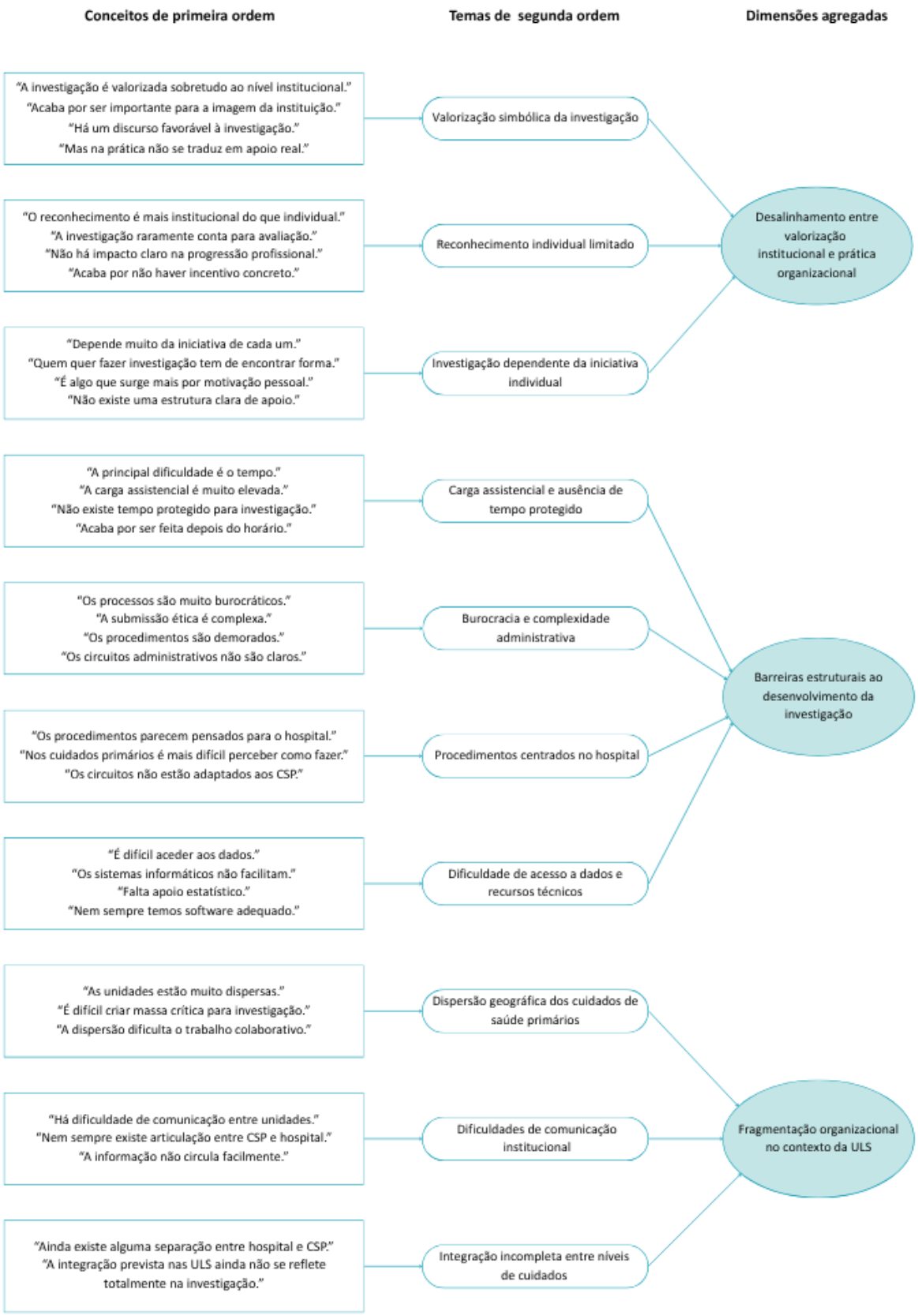
REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE

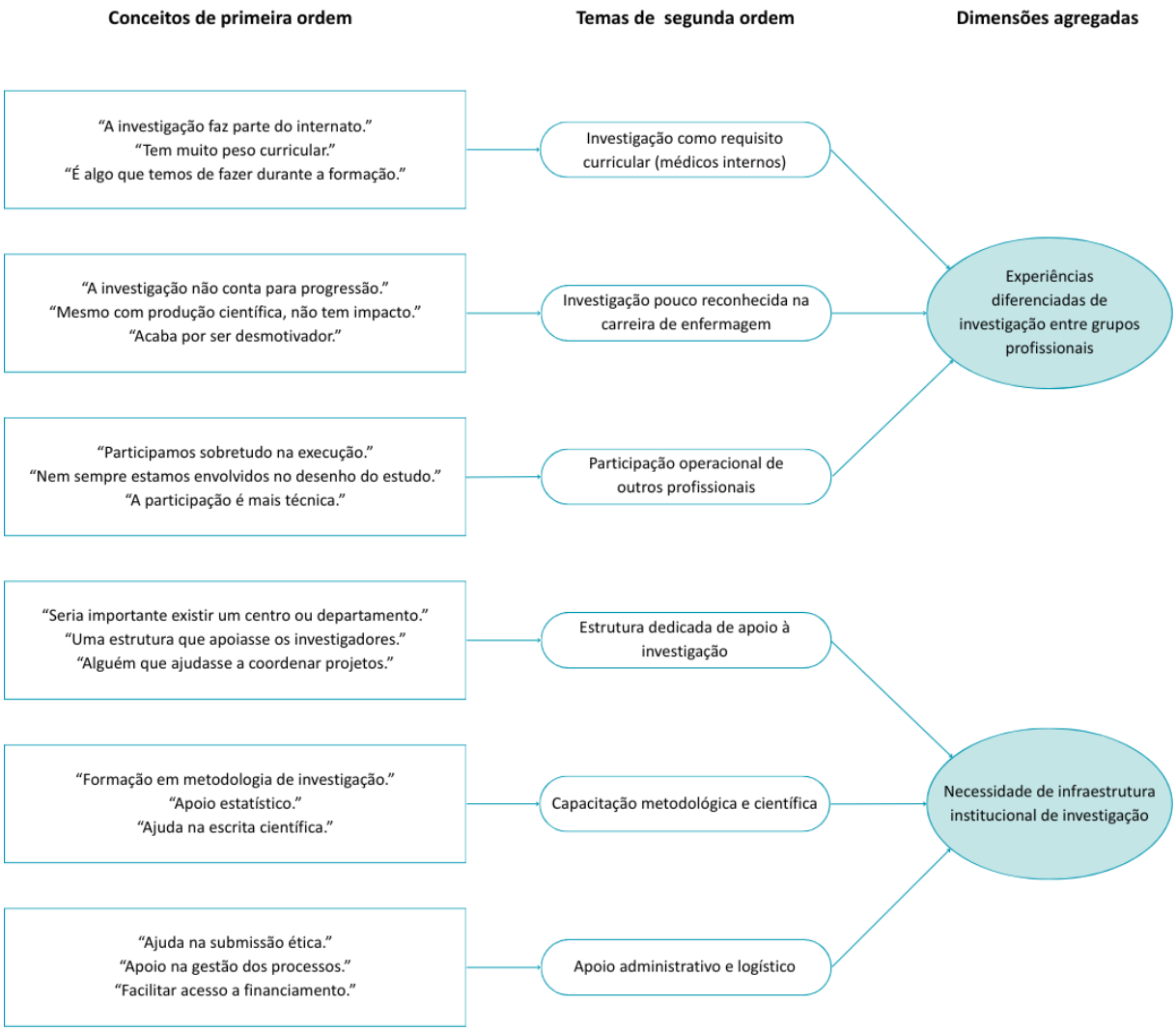
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LOURES - ODIVELAS

USF da Ramada
Rua 25 de Agosto, 2
2620-257 Ramada | Portugal
Tel.: +351 21 934 61 83 | Email: usf.ramada@ulslod.min-saude.pt

Anexo G – Resultado da Análise Temática dos *focus groups*




Conceitos de primeira ordem
Temas de segunda ordem
Dimensões agregadas
"A investigação faz parte do internato."
"Tem muito peso curricular."
"É algo que temos de fazer durante a formação."
Investigação como requisito curricular (médicos internos)
"A investigação não conta para progressão."
"Mesmo com produção científica, não tem impacto."
"Acaba por ser desmotivador."
Investigação pouco reconhecida na carreira de enfermagem
"Participamos sobretudo na execução."
"Nem sempre estamos envolvidos no desenho do estudo."
"A participação é mais técnica."
Participação operacional de outros profissionais
Experiências diferenciadas de investigação entre grupos profissionais
"Seria importante existir um centro ou departamento."
"Uma estrutura que apoiasse os investigadores."
"Alguém que ajudasse a coordenar projetos."
Estrutura dedicada de apoio à investigação
"Formação em metodologia de investigação."
"Apoio estatístico."
"Ajuda na escrita científica."
Capacitação metodológica e científica
"Ajuda na submissão ética."
"Apoio na gestão dos processos."
"Facilitar acesso a financiamento."
Apoio administrativo e logístico
Necessidade de infraestrutura institucional de investigação