

Saúde para o desenvolvimento, parcerias de investigação e equidade: uma revisão de literatura

Health for development, research partnerships and fairness: a literature review

António Carvalho

Bolseiro de Pós-Doutoramento
IHMT/GHTM
amcarvalho@ihmt.unl.pt

João Arriscado Nunes

Professor Catedrático
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
jan@ces.uc.pt

Zulmira Hartz

Professora Catedrática e Vice-Diretora do IHMT
zhartz@ihmt.unl.pt

Resumo

Apesar dos esforços recentes das Nações Unidas em desenvolver parcerias globais para o desenvolvimento, até ao momento não existem instrumentos concretos para avaliar as dinâmicas das parcerias internacionais de investigação ao nível da saúde. A Iniciativa para a Equidade na Investigação assume-se como um mecanismo para colmatar esta lacuna, tendo para esse efeito recolhido um conjunto de documentos e práticas que constituem uma base de evidências sobre as melhores práticas ao nível das parcerias de investigação, em particular na área da saúde.

Neste artigo iremos levar a cabo uma revisão de literatura sobre a base de evidências recentemente criada no âmbito do RFI em relação ao domínio da Equidade de Oportunidade (1). A literatura compilada para esse efeito inclui artigos científicos, relatórios, documentos de estratégia e várias diretrizes, entre outros. Os vários tópicos subjacentes a este domínio incluem temas como o relevo para as comunidades, o envolvimento inicial dos parceiros e práticas equitativas de contratação e de cofinanciamento. Através da seleção dos documentos mais significativos, iremos elencar as questões, definições e soluções mais relevantes subjacentes ao domínio da equidade de oportunidade, analisando de que forma o RFI promove uma mudança de paradigma ao nível das parcerias de investigação na saúde e na investigação e desenvolvimento de uma forma mais geral.

Palavras Chave:

Parcerias de Investigação, saúde para o desenvolvimento, Equidade, Desigualdades Globais.

Abstract

Despite the recent efforts of the United Nations in the enactment of global partnerships for development, at the moment there are no concrete tools to assess the dynamics of international research partnerships in the health domain. The Research Fairness Initiative (RFI) aims at filling this gap, and in order to do so it collected a wide range of documents and practices which constitute an evidence base on the best practices regarding research partnerships, particularly in the field of health.

In this article we will carry out a literature review on the evidence base regarding the domain of Fairness of Opportunity (1). The literature we will analyse includes journal articles, reports, policy papers and various guidelines, among others. The various topics underlying this domain include themes such as the relevance to communities, early engagement of partners and fair research contracting and co-financing.

Through the selection of the most relevant documents, we will reflect on the most relevant questions, definitions and solutions in the domain of fairness of opportunity, analysing the ways in which the RFI promotes a paradigm shift in research partnerships in health and research and development in a broader sense.

Key Words:

Research Partnerships, Health for Development, Fairness, Global Inequalities.

1. Introdução

O objetivo deste artigo é levar a cabo uma revisão crítica de literatura relacionada com o primeiro domínio da Iniciativa para a Equidade na Investigação (RFI) – Equidade de Oportunidade. O RFI consiste numa ferramenta que permite às instituições aderentes a avaliação das suas práticas em três domínios fundamentais: Equidade de Oportunidade, Processo Equitativo e Partilha Equitativa dos Benefícios, Custos e Resultados. Estes três domínios abrangem de forma sistemática os processos que decorrem antes, durante, e após as parcerias de investigação.

A Iniciativa para a Equidade na Investigação não é uma mera ferramenta de avaliação ou de classificação de como as questões sociais e éticas são pensadas e mobilizadas pelas instituições nas suas práticas colaborativas, em particular na área da saúde. O objetivo fundamental do RFI é a implementação de boas práticas, baseadas em evidências concretas e já testadas empiricamente, que permitem a transformação de todas as dimensões associadas às parcerias de investigação.

Estas boas práticas, modelos, instrumentos e recomendações que constituem a base de evidências do RFI incluem uma literatura diversa constituída por documentos de estratégia, artigos científicos publicados em revistas indexadas, diretrizes formuladas por diversas instituições públicas e privadas ligadas à saúde e ao desenvolvimento, modelos para a formulação de contratos e de orçamentos, associados a um vasto rol de aspetos burocráticos e administrativos associados ao funcionamento regular das instituições.

A base de evidências do RFI funciona, nesse sentido, como uma compilação sistemática de uma diversidade de modelos já existentes, potencialmente a adotar pelas instituições associadas no futuro, para que estas demonstrem o seu compromisso com os princípios promovidos pelo COHRED. Através da aplicação do manancial de documentos associados à base de evidências, as instituições participantes irão poder adotar as melhoras práticas existentes e também contribuir para a criação de novos standards e padrões resultantes dos seus processos de reflexão interna e com os seus parceiros e *stakeholders*.

A base de evidências do RFI está em constante atualização e está fortemente associada à comunidade de prática do RFI, i.e., o conjunto de instituições aderentes e que iniciaram o processo de transformação das suas práticas colaborativas. Nesse sentido, a revisão de literatura aqui levada a cabo é ainda provisória; no entanto, ela irá permitir-nos o acesso a um conjunto de dispositivos de “melhores práticas”, de potencial interesse para o IHMT e para as instituições aderentes, nomeadamente os nossos parceiros da CPLP.

Esta revisão crítica de literatura irá seguir a estrutura da base de evidências do RFI, estando organizada passo-a-pas-

so de acordo com a formulação indicada pelo COHRED. Como é possível constatar no website da base de evidências e no Guia do Relatório RFI, para cada domínio existem 5 tópicos que por sua vez se desdobram em 3 indicadores. No que diz respeito à base de evidências, existe literatura relativa a cada um dos tópicos (literatura geral) e indicadores (literatura e exemplos mais específicos). Para facilitar o processo de apresentação do artigo, iremos seguir a organização sistemática dos cinco tópicos relativos ao Domínio 1: Relevância para as Comunidades nas quais a Investigação é Conduzida; Envolvimento Inicial dos Parceiros; Tornar Explícitas as Contribuições de Todos os Parceiros; Assegurar que a equiparação financeira e outros mecanismos de cofinanciamento não prejudicam as oportunidades para a participação equitativa de todos os parceiros; Reconhecimento de capacidades desiguais de gestão de investigação entre parceiros e providenciar medidas apropriadas para que estas possam ser melhoradas.

Em termos metodológicos, a revisão de literatura consistiu numa compilação das principais sugestões do COHRED em relação a cada um destes tópicos e indicadores. A literatura (artigos, capítulos de livros, documentos de estratégia, relatórios, apresentações em conferências científicas, manuais, diretrizes, etc.) está dividida entre “sugestões principais” e “outras sugestões”. Devido às limitações deste artigo, e tendo em conta a economia da escrita, optámos por nos focar nas “sugestões principais”, mas o/a leitor/a tem total liberdade e é convidado/a a inteirar-se de todas as outras sugestões no website da base de evidências.

Depois de ter sido efetuada a compilação, foram analisados individualmente todos os documentos, identificando-se as principais contribuições/ideias/sugestões de cada um deles. Na conclusão iremos tecer uma breve crítica, baseada em literatura no âmbito das ciências sociais e estudos de ciência e tecnologia, sobre temas diretamente relevantes para a base de evidências, focando-nos em questões epistemológicas associadas à standardização e aos indicadores.

2. Relevância para as comunidades nas quais a investigação é conduzida

Uma preocupação fundamental do COHRED é analisar de que forma é que as parcerias refletem as preocupações e prioridades de investigação das instituições e comunidades do Sul Global. O Conselho Nuffield sobre Bioética, do Reino Unido, reconhece que definir o que é uma “comunidade” nem sempre é claro, e podem existir diferentes interesses em conflito. No entanto, o envolvimento com a comunidade permite aos financiadores e investigadores promover a confiança no projeto de investigação, e a consulta local permite a adaptação da investigação aos interesses locais, maximizando os seus benefícios [1].

A OMS definiu, em 2012, a sua estratégia para a investigação em saúde, guiada por três princípios fundamentais – qualidade, impacto e inclusão (que contempla a participação da sociedade civil e comunidade nos processos de investigação em saúde). Essa estratégia subdivide-se depois em 5 objetivos interrelacionados – Organização; Prioridades; Capacidade; Standards e Tradução. No que diz respeito ao objetivo da tradução, este está diretamente relacionado com a relevância da investigação para as comunidades, no sentido em que visa “fortalecer os laços entre a investigação, política e prática” [2:11]. Algumas ações sugeridas para levar a cabo uma melhor tradução incluem, por exemplo, modelos efetivos de transferência de tecnologia; o desenvolvimento de sumários de investigação disponíveis para políticos, profissionais de saúde e o público em geral e melhores formas de ter acesso aos resultados da investigação através de práticas de acesso livre, por exemplo. A aplicação de standards e normas no domínio da investigação em saúde também tem o potencial de maximizar o envolvimento da comunidade, gerando maior apoio e confiança do público na saúde e investigação médica [2:27].

Viergever et al. (2010) desenvolveram um modelo para identificar as prioridades de investigação em saúde de comunidades específicas. De acordo com os autores, “A definição de prioridades para a investigação em saúde é essencial para maximizar o impacto dos investimentos, o que é especialmente relevante em ambientes de baixos recursos. A criação de prioridades na investigação em saúde é considerada como uma dimensão chave dos esforços necessários para fortalecer os sistemas nacionais de investigação” [3:1]

Os nove princípios promovidos por Viergever et al. estão divididos em três áreas fundamentais: trabalho preparatório (que inclui uma análise do contexto local; a utilização de uma abordagem sistemática; a inclusão; a recolha de informação; o planeamento necessário para a implementação); decisão sobre prioridades (seleção de critérios relevantes; métodos para a decisão acerca de prioridades) e ações a levar a cabo após as prioridades terem sido definidas (avaliação e transparência) [3:3].

De acordo com Bradley (2008), a cooperação não deve ser entendida enquanto uma panaceia para os problemas que afetam as instituições do Sul Global. De facto, e segundo a autora, a motivação para as parcerias é fundamentalmente económica, pois é a forma das instituições dos países em desenvolvimento terem acesso a financiamento. A agenda destas parcerias é habitualmente controlada pelas instituições do Norte, e aspetos como as barreiras de linguagem, complexas estruturas de gestão, acesso desigual a recursos financeiros, bibliotecas, redes de investigação e oportunidades de publicação dificultam cooperações equitativas e verdadeiramente benéficas para as comunidades [4: 674]. De facto, “apesar das parcerias Norte-Sul poderem aumentar os re-

ursos e aptidões individuais e institucionais, não são uma panaceia para todos os desafios associados à criação de capacidade e à criação de conhecimento para permitir o desenvolvimento (...) as parcerias Norte-Sul não são necessariamente a melhor forma para levar a cabo investigação baseada nos princípios do Sul.” [4:674]

Um dos aspetos que prejudicam estas colaborações, diminuindo os seus impactos positivos nas comunidades, são as questões burocráticas. Justice (1987) levou a cabo um estudo etnográfico no Nepal acerca do desenvolvimento de cuidados primários, e considera que as verdadeiras necessidades da população são ignoradas devido às exigências burocráticas. As perspetivas burocráticas dos administradores e responsáveis pelo planeamento contrastam com as da população, sendo necessário implementar de forma robusta as metodologias e expertise das ciências sociais para analisar de forma qualitativa os reais problemas e anseios das comunidades. Como afirma a autora: “Enquanto a estrutura e cultura das burocracias de saúde se mantiverem inalteradas, a informação social e cultural acerca das populações terá um impacto reduzido” [5:1306].

Para que o impacto positivo sobre as comunidades possa ser maximizado, é fundamental que as colaborações incidam sobre as prioridades de investigação locais. Nas últimas 3 décadas a questão da definição das prioridades de investigação nacionais e internacionais tem assumido grande relevo, reconhecendo-se a necessidade de desenvolver estratégias e métodos que permitam que este seja um processo participativo, abrangendo todos os *stakeholders* (e não apenas técnicos, corporações e funcionários governamentais) [6] na definição de prioridades.

Existem várias metodologias para definir as prioridades de investigação em saúde, como ferramentas desenvolvidas ao nível nacional e também metodologias como a Abordagem da Matriz Combinada (CAM), metodologias fornecidas pelo COHRED, a Iniciativa de Investigação em Saúde e Nutrição Infantil (CHNRI) [7], o modelo de Investigação Essencial em Saúde Nacional (ENHR), e o método Delphi [8].

De acordo com Tomlinson et al. (2011), diferentes abordagens acabam por gerar resultados distintos, indicando o carácter performativo das metodologias [9] e ilustrando também a existência de diferentes estilos sociopolíticos de definição de prioridades, que se distinguem ao nível da documentação e legitimidade, envolvimento de *stakeholders*, e diferentes formas de liderança [7].

Na sexagésima Assembleia Mundial da Saúde, a OMS pediu aos estados membros para “desenvolverem e fortalecerem um mecanismo participativo (...) para todos os *stakeholders* de forma a priorizar a agenda de investigação em saúde com base em mudanças dinâmicas dos sistemas de saúde (...) e tópicos emergentes relacionados com a saúde” [10:69], e o CIOMS (Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas),

desenvolveu um conjunto de diretrizes éticas internacionais para investigação sobre saúde envolvendo humanos, em especial no que diz respeito aos ensaios clínicos [11:16].

No que concerne à definição de prioridades em comunidades e contextos nacionais onde estas não existem, o COHRED desenvolveu um modelo de identificação de prioridades na área da investigação em saúde. Esse modelo consiste numa abordagem que encara a definição de prioridades como um processo cíclico de gestão, que apresentamos na Tabela 1.

Khan et al (2017) analisaram diversas formas de definir prioridades e necessidades em C&T tendo como principal preocupação a investigação em tuberculose. Para elencar diferentes estilos, práticas e metodologias de identificação de prioridades, os autores focaram-se nos seguintes aspetos: existia um objetivo claro subjacente ao exercício que identificou as prioridades? Que *stakeholders* foram envolvidos no processo? Que informação foi considerada? Que critérios/valores foram recrutados para atribuir prioridade a áreas específicas? Quais os métodos utilizados para decidir acerca da lista de prioridades? Como é que os resultados foram comunicados e a quem? Como é que as prioridades e o exercício de definição de prioridades foram avaliados? [13: 5-6]. Apesar de os modelos de definição de prioridades variarem significativamente em relação a estes indicadores, a eficácia e a capacidade de disseminação das aplicações foram os valores considerados mais importantes pela maior parte dos stakeholders.

Existem áreas cronicamente negligenciadas, como é o caso da área da saúde mental. Se em países como os EUA não é levada a cabo uma prevenção robusta de doenças do foro mental [14], nos países de baixo e médio rendimento (PBMR) essa é habitualmente uma área subfinanciada e que carece de staff qualificado. Tomlinson et al. (2009), reconhecendo que esta área raramente é uma prioridade, pois privilegiam-se doenças transmissíveis, sugerem que o financiamento da investigação deve abranger três áreas fundamentais: investigação sobre políticas e sistemas de saúde; onde e como implementar intervenções financeiramente eficazes em contextos de baixo rendimento; investigação epidemiológica acerca das categorias mais vastas de doenças mentais afetando crianças e adolescentes, assim como aquelas relacionadas com álcool e abuso de drogas [15:441].

Tabela 1: A identificação de Prioridades na área da saúde

Seis passos fundamentais segundo o COHRED (adaptado de [12:17])
Avaliar a situação (compreender o ambiente no qual a definição de prioridades é levada a cabo)
Delinear o cenário (definir o foco e abordagem do processo de identificação de prioridades)
Escolher o melhor método (selecionar os métodos mais indicados para os contextos e necessidades locais)
Planear a definição de prioridades (desenvolver um quadro de gestão para assegurar a melhor utilização de recursos)
Definir as prioridades (implementar o plano de trabalho)
Fazer com que as prioridades funcionem (assegurar ações depois da definição de prioridades, e revisão constante do progresso)

Outra área negligenciada diz respeito às doenças cardiovasculares (DCV). Se, no início do século XX, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por 10% da mortalidade mundial, esse valor subiu atualmente para 30%, e os esforços para controlar a mortalidade das DCV nos países em desenvolvimento são claramente insuficientes [16: 1966]. De acordo com Fuster et al., o subfinanciamento e subreconhecimento das DCV está relacionado com o facto de os especialistas nestas áreas não terem sido envolvidos de uma forma robusta na definição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas [16:1966]. De acordo com os autores, é necessário que a área negligenciada das doenças crónicas, nomeadamente das DCV, seja devidamente reconhecida e financiada [16:1970].

3. Envolvimento inicial dos parceiros

O envolvimento inicial de todos os parceiros nas colaborações de investigação é fundamental para que a definição da agenda, metodologias e possíveis resultados sejam discutidos de forma transparente por todos os envolvidos. Caso não se proceda a um robusto envolvimento de todos os atores à partida, existe o risco da colaboração ser dominada pelos interesses das instituições do Norte e financiadores, o que impede uma equidade de oportunidade entre todos os parceiros.

A Comissão Suíça para as Parcerias de Investigação com os Países em Desenvolvimento (KFPE) desenvolveu um guia para as parcerias de investigação transnacionais [17] que assenta em 11 princípios, já indicados de forma detalhada noutro artigo deste suplemento [18]. O primeiro princípio diz respeito à definição conjunta da agenda de investigação e visa responder a três desafios fundamentais: o desenvolvimento conjunto das fases iniciais de identificação e planeamento; a manutenção da liberdade de investigação face às exigências dos fi-

Tabela 2: Os 7 princípios da iniciativa Essence (adaptados de [20:9])

1) Colabore, comunique e partilhe experiências
2) Compreenda o contexto local e avalie de forma eficaz a capacidade de investigação existente
3) Assegure-se que a instituição local tem acesso aos direitos de propriedade e facilite apoio ativo
4) Promova a monitorização, avaliação e aprendizagem desde o início
5) Estabeleça uma robusta governação e estruturas de suporte da investigação, e promova uma liderança eficaz
6) Incorpore estruturas robustas de apoio, supervisão e acompanhamento
7) Pense a longo prazo, seja flexível e desenvolva planos para a continuidade

nanciadores; a possibilidade de colmatar desigualdades entre os parceiros através da confiança, motivação e responsabilização [17:2].

O envolvimento inicial dos parceiros deve ter em conta as prioridades de investigação das comunidades em questão na definição da agenda conjunta [3] e deve também considerar os desafios de levar a cabo investigação em cenários interculturais. Estes colocam um número de problemas metodológicos e práticos, exigindo, de acordo com Small et al. (1999), um especial cuidado na seleção de staff assim como processos de apoio e formação contínuos [19: 389].

A iniciativa Essence sobre investigação em saúde foi levada a cabo por um conjunto de agências de financiamento para promover uma maior coordenação dos esforços de capacitação ao nível da investigação [20:5]. Para esse efeito, foram desenvolvidos os seguintes 7 princípios, cuja adaptação apresentamos na tabela 2.

A recomendação 6 é particularmente pertinente no que concerne à capacitação dos parceiros, em especial em PBMR. Em muitas instituições desses países existe uma falta crónica de mentores e supervisores experientes, facto que prejudica o desenvolvimento de expertise e a possibilidade de obter financiamento competitivo [20: 20].

Algumas das dificuldades experienciadas pelos investigadores de países em desenvolvimento incluem a falta de financiamento para projetos de investigação, dificuldades com a escrita em inglês, em identificar revistas científicas relevantes e lidar com os processos de revisão por pares [21]. Apesar de existir uma crescente ênfase em processos de capacitação no contexto Africano para fortalecer os sistemas educativos e de I&D, tem sido argumentado que nem todos os programas implementados têm efeitos substanciais e duradouros [22].

4. Tornar explícitas as contribuições de todos os parceiros

Frequentemente os parceiros do Sul Global não têm um acesso equitativo aos resultados da investigação, incluindo patentes, artigos e benefícios financeiros, para além de terem um papel secundário na definição das agendas e processos de pesquisa, habitualmente monopolizados pelas instituições do Norte. O guia que o KFPE desenvolveu, anteriormente mencionado, recomenda explicitamente que a

definição da agenda, a partilha de dados, resultados e lucros seja feita de uma forma equitativa.

No que diz respeito à partilha de lucros e resultados (recomendação 9), os desafios identificados pelo KFPE incluem a necessidade de identificar potenciais benefícios da investigação à partida, assegurando a sua partilha equitativa; a resolução de disparidades inerentes em relação ao estatuto académico e capacidade de decisão; a definição de quem serão os detentores dos direitos de propriedade de projetos financiados publicamente [17:11].

De acordo com o COHRED, as instituições dos PBMR nas regiões Africanas e Asiáticas têm revelado deficiências ao nível da capacidade de negociação contratual devido à falta de expertise jurídica. Uma maior capacidade de negociação irá permitir a essas instituições uma distribuição mais equitativa dos benefícios das parcerias, e nesse sentido o COHRED identificou 5 áreas fundamentais que devem ser negociadas por todos os parceiros para permitir uma maximização dos benefícios das instituições dos PBMR. Essas áreas são as seguintes: a) Os direitos de propriedade intelectual; b) a capacitação e transferência tecnológica; c) propriedade dos dados e amostras; d) compensação para custos indiretos; e) o contexto (legislativo) dos contratos de investigação [23: 3].

É também fundamental implementar estratégias para a resolução dos conflitos que frequentemente emergem durante as parcerias. De acordo com Larkan et al. (2016), as parcerias devem assentar em processos de comunicação transparentes, e a noção de resolução deve ser entendida enquanto essencial por dois motivos: em primeiro lugar, deve haver o reconhecimento de que as parcerias irão encontrar dificuldades, sendo por isso fulcral ter determinação e perseverança para as ultrapassar; em segundo lugar, e apesar de os processos

de mediação e de resolução de conflitos poderem oferecer soluções, é também necessário que os parceiros tenham uma estratégia clara para terminar a parceria em certas situações [24: 4].

As recomendações do KFPE oferecem algumas sugestões para lidar com os conflitos nas parcerias, nomeadamente o estabelecimento de padrões para a resolução de conflitos, a definição de termos de referência e memorandos de entendimento, a criação de acordos equitativos e vinculativos e até a designação de um comité externo para tomar uma decisão em caso de conflito [17].

A Rede do Novo México sobre Excelência na Investigação Biomédica (NM-INBRE) também desenvolveu uma política de resolução e prevenção de conflitos. A resolução de conflitos tem uma dimensão informal e formal. Em relação à informal, são sugeridas as seguintes soluções: a) Trate a outra pessoa com respeito; b) Confronte o problema; c) Defina o conflito; d) Comunique de uma forma compreensiva; e) Explore soluções alternativas; f) Chegue a um acordo acerca da solução mais viável; e) Faça uma avaliação da solução após algum tempo [25]. Do ponto de vista formal, e caso a abordagem informal falhe, o líder do projeto/diretor do programa será o primeiro ponto de contacto, e caso as várias partes não cheguem a um acordo será formado um comité com poder vinculativo para resolver a situação [25].

Bagshaw et al. (2007) argumentam que os desafios associados à investigação (desde a preparação de uma revisão de literatura, passando pela definição das questões de partida até à análise dos dados) se tornam mais complexos em situações de colaboração internacional, no sentido em que a equipa é constituída por indivíduos de diferentes “disciplinas, países, culturas, histórias, e sistemas educativos que têm diferentes aptidões linguísticas” [26: 434].

Os autores fornecem quatro pistas interessantes para a prevenção de conflitos nestes contextos de diversidade cultural: o reconhecimento da diversidade e o desenvolvimento de objetivos de cooperação; o desenvolvimento de autorreflexão e de reflexividade (existem várias técnicas para refletir acerca da situação social, cultural, somática e étnica dos indivíduos – [27]); a promoção de um diálogo colaborativo (incluindo práticas para escutar o “outro” em plena consciência – [28]); o desenvolvimento de confiança ao longo do tempo (reconhecendo que a confiança emerge através de uma cooperação continuada) [26].

Bammer, partindo de uma análise histórica das colaborações de investigação com base em três exemplos (a construção da bomba atómica, o Projeto do Genoma Humano e a Comissão Mundial sobre barragens), desenvolve algumas considerações acerca da avaliação e gestão das parcerias. Reconhecendo que é necessário

solidificar a investigação sobre este tema para maximizar o impacto positivo das colaborações, a autora apresenta algumas sugestões acerca de quatro dimensões fundamentais destes processos: 1) a gestão das diferenças que podem destruir as parcerias; 2) a decisão acerca do que a colaboração deve envolver na prática; 3) a compreensão de aspetos que podem distorcer os potenciais resultados da investigação; 4) o recrutamento de parceiros necessários, preservando a independência da investigação [29: 875].

A explicitação das contribuições dos parceiros também pode ser enquadrada no âmbito de uma preocupação mais vasta com a identificação do potencial impacto da investigação a montante dos próprios processos de desenho das propostas. No Reino Unido, os Research Councils (RCUK), responsáveis por uma parte significativa do financiamento público da investigação nas diversas áreas científicas, recomendam que as candidaturas a financiamento tenham uma declaração explícita acerca do seu potencial impacto, articulando o mérito científico com dimensões sociais e éticas.

De facto, os RCUK recomendam que esta declaração seja “específica do projeto e não generalizada” e também “flexível e focada em potenciais resultados” [30: 2]. Nesse sentido, os investigadores devem: “identificar e envolver-se ativamente com utilizadores da investigação e *stakeholders* em fases apropriadas”; “articular um entendimento claro do contexto e necessidades dos utilizadores e considerar formas para a investigação proposta ir ao encontro dessas necessidades ou ter um impacto em função do entendimento dessas necessidades”; “desenvolver o planeamento e gestão de atividades associadas incluindo (...) pessoal, orçamento (...) resultados e exequibilidade” e “incluir evidências de algum envolvimento existente com utilizadores relevantes” [30:2]. Uma previsão acerca do potencial impacto económico da investigação em saúde pode justificar um aumento do financiamento desta área, em função dos seus benefícios sociais a longo prazo [31].

De acordo com Darby (2017), a avaliação do impacto deve ser coproduzida de uma forma participativa com as comunidades diretamente visadas. Isso requer abordagens de investigação baseadas em racionalidades e práticas centradas nos valores dessas mesmas comunidades. As abordagens coprodutivas, promovidas pela autora, “promovem um diálogo acerca do que não só é aceitável mas também desejável. Essa investigação valoriza não só os produtos finais mas também as necessidades e processos de aprendizagem emergentes” [32: 231].

A abordagem da autora vai ao encontro das recentes preocupações com avaliações participativas das tecnologias, realizadas a montante, sob a égide do paradigma de investigação e inovação responsáveis. Esta

abordagem está associada a literatura mais vasta no âmbito dos estudos de ciência e tecnologia, registando-se o desenvolvimento de metodologias participativas para avaliar os potenciais impactos sociais e éticos de tecnologias em função dos valores específicos dos indivíduos e comunidades [9].

Uma avaliação participativa do impacto de determinada aplicação está relacionada com o reconhecimento de que as racionalidades políticas e científicas são incapazes de prever todas as potenciais implicações da ciência e tecnologia (C&T), justificando o despoletar daquilo que Sheila Jasanoff designa como “tecnologias de humildade”. De acordo com a autora, a humildade contrasta com *hubris* da ciência moderna, centrada num dualismo epistemológico entre leigos e peritos, e as tecnologias de humildade “requerem não só os mecanismos formais de participação mas também um ambiente intelectual no qual os cidadãos são encorajados a trazer o seu conhecimento e capacidades nos processos de resolução de problemas comuns” [33: 227].

5. Assegurar que a equiparação financeira e outros mecanismos de cofinanciamento não prejudicam as oportunidades para a participação equitativa de todos os parceiros

Em 1990, a Comissão para a Investigação em Saúde para o Desenvolvimento (HRfD) divulgou um relatório em que apontava que apenas 5% dos 30 biliões de dólares gastos anualmente na investigação em saúde eram dedicados aos problemas de saúde dos países em desenvolvimento, sugerindo a possibilidade desse investimento ter vindo a diminuir devido aos problemas económicos desses países [34: 36].

As disparidades económicas entre o Norte e o Sul global exigem o desenvolvimento de mecanismos de cofinanciamento equitativos que possibilitem um impacto visível nas comunidades dos países em desenvolvimento. Um exemplo recente diz respeito a um método de financiamento desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento que tem em conta os custos e benefícios das intervenções em diversos setores e avalia de forma sistemática os seus impactos. Esse mecanismo tem vindo a ser testado nas áreas do VHI, saúde e proteção social em alguns países subsarianos [35].

De acordo com Edejer, as disparidades de financiamento na investigação em saúde entre Norte/Sul fazem com que muitas das boas intenções patentes nas parcerias Norte/Sul não se traduzam na partilha equitativa de valores e agendas. Para que as colaborações Norte/Sul possam ser mutuamente benéficas, é necessário, segundo a autora, que os resultados das parcerias não sejam avaliados apenas tendo em conta os seus méritos científicos. É necessário desenvolver uma

“abordagem pedagógica para criar uma relação de trabalho sustentável e mutuamente benéfica que, para além de avançar o conhecimento científico, também lide com as desigualdades e coloque em primeiro lugar as prioridades locais, desenvolvendo capacitação com uma perspetiva a longo prazo e preservando a dignidade dos povos locais, assegurando que os benefícios da investigação irão verdadeiramente melhorar as suas condições.” [36: 319].

A Comissão Europeia - reconhecendo que o modelo clássico de doador-beneficiário, característico do financiamento da I&D em África, ignora as verdadeiras necessidades dos países em desenvolvimento - lançou em 2009 o projeto ERAfrica. Este projeto visa o estabelecimento de parcerias equitativas através da criação de consensos acerca de áreas chave a serem financiadas e que façam face às prioridades Europeias e Africanas. Através do diálogo, chegou-se a um consenso acerca de três áreas a financiar: energia renovável; investigação entre duas áreas disciplinares e novas ideias dos investigadores [37]. Devido ao sucesso desta iniciativa, os parceiros do ERAfrica esperam que uma segunda chamada para propostas seja anunciada no futuro próximo [38].

Com base num workshop organizado em 2010 em Pretória pela OCDE e pela Agência Japonesa para a Ciência e a Tecnologia com investigadores de países desenvolvidos e em desenvolvimento, chegou-se à conclusão que as parcerias Norte/Sul são frequentemente “assimétricas”. Para colmatar esta situação, os participantes sugeriram que para balançar os inputs e a partilha dos resultados devia ser feita, durante as fases iniciais da colaboração, uma identificação explícita de todas as contribuições que os parceiros

Tabela 3: Desenvolvimento sistemático da Ciência e Sociedade segundo Acharya (adaptado de [43: 59-61])

Seleção de prioridades tecnológicas tendo em conta os objetivos do crescimento económico e de saúde pública
Melhoria da infraestrutura física, como estradas, água, eletricidade e sistemas de comunicação
Promoção de aprendizagem e comunicação entre setores
Coordenação da formação académica com as necessidades da indústria e de saúde pública
Aumento da comercialização da investigação para permitir a transferência tecnológica das instituições de investigação para firmas privadas
Fortalecimento do ambiente legal e regulatório para apoiar o investimento em C&T
Desenvolvimento de instituições financeiras para suportar a inovação estratégica

pretendem fazer durante o processo de colaboração. Esse inventário devia incluir não só as contribuições financeiras e académicas mas também recursos e informações locais pertinentes [39].

Também a GAVI, a Aliança Internacional da Vacina, uma organização que junta o setor público e privado, desenvolveu um modelo de negócio cujo objetivo é fazer a ponte entre as necessidades dos países africanos e as farmacêuticas, fazendo com que as empresas privadas ajustem a produção de vacinas em função dos interesses reais desses países. Desde 2007 que a GAVI desenvolve uma política de cofinanciamento que permite aos países aderentes o investimento em novas vacinas e a diminuição dos custos relativos às campanhas públicas de imunização [40].

A Organização Mundial de Saúde organizou uma reunião em Dezembro de 2014 na Suíça para discutir como o contexto fiscal dos países de baixo e médio rendimento afeta a investigação em saúde. Considerando-se que a capacidade fiscal em alguns desses países é reduzida, foram criados grupos de trabalho dedicados a áreas como o financiamento da saúde, sustentabilidade fiscal e gestão das finanças públicas; espaço fiscal e projeções acerca dos gastos com saúde; a integração de iniciativas na saúde global com a política de financiamento na saúde; o desenvolvimento de redes de oficiais de “saúde e orçamento” e a melhoria da compreensão das práticas de orçamentação na saúde. Algumas das ações definidas como prioritárias incluíram uma melhoria do alinhamento das reformas de políticas de financiamento de saúde e de regras de gestão das finanças públicas; a facilitação da partilha e harmonização metodológica do espaço fiscal; a melhoria da colaboração entre oficiais de saúde e fiscais para fortalecer a prestação de cuidados de saúde [41: 5-7].

A consolidação do contexto fiscal dos países do Sul Global deve ser acompanhada por uma definição das prioridades de intervenção em saúde. Alguns modelos e ferramentas que podem ser mobilizados para esse efeito incluem por exemplo o Modelo de Alocação de Recursos em Saúde, o modelo CHOICE da Organização Mundial de Saúde ou o modelo EVIDEM [42: 16]. O Grupo de Trabalho sobre Definição de Prioridades em Instituições para a Saúde, do Centro para o Desenvolvimento Global (EUA), desenvolveu um modelo para otimizar a definição de prioridades em tecnologias de saúde (tendo em conta a sua viabilidade económica) assente em sete processos: a) o registo ou autorização da tecnologia num país específico; b) a identificação e seleção de tecnologias para avaliação; c) a avaliação do custo-eficácia; d) a avaliação do impacto orçamental da implementação de uma determinada tecnologia de saúde num sistema de saúde; e) a condução de um processo deliberativo com todos os *stakeholders* envolvidos e tendo em conta critérios de decisão subjetivos; f) a tomada de decisões, guiadas pelos resultados e evidências das recomendações; g) recurso e avaliação permanente das decisões efetuadas [42: 22-23].

6. Reconhecimento de capacidades desiguais de gestão de investigação entre parceiros e providenciar medidas apropriadas para que estas possam ser melhoradas

De acordo com o Conselho para as Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) e a OMS, a investigação em saúde frequentemente envolve parcerias internacionais, e nesse sentido é fundamental que os “investigadores e financiadores que planeiam levar a cabo investigação nestas comunidades contribuam para a capacitação da investigação e revisão [ética]” [11:29]. A capacitação pode incluir as seguintes atividades: a construção de infraestruturas de investigação e o fortalecimento da capacidade de investigação; o fortalecimento da capacidade de revisão ética e avaliação nas comunidades de acolhimento; o desenvolvimento de tecnologias apropriadas aos cuidados de saúde e à investigação em saúde; a formação de pessoal ligado à investigação e cuidados de saúde; o planeamento de publicações em conjunto assim como a partilha de dados; a preparação de acordos acerca da partilha de benefícios resultantes da investigação [11: 29].

Como podemos constatar, a capacitação envolve não só uma vertente científica mas também aspetos administrativos, orçamentais e relacionados com a gestão do conhecimento e dos sistemas de I&D. Por outro lado, uma melhoria dos sistemas de I&D dos países em desenvolvimento não só pode contribuir para uma maior produção científica emergente desses países como também trazer benefícios mais vastos ao nível dos sistemas de saúde, por exemplo. Nesse sentido, é necessário adotar uma visão integrada para que os PBMR possam desenvolver e usufruir de um maior investimento em C&T.

De acordo com Acharya (2006), um alinhamento dos investimentos em C&T com os objetivos de Saúde Pública pode trazer benefícios económicos e sociais, mas é fundamental assegurar que este processo de capacitação possa ter um efeito concreto na saúde das populações pobres [43: 54]. De forma a promover um processo de desenvolvimento sistemático que inclua a ciência e a sociedade, Acharya defende a disseminação de um processo ramificado que sumarizamos na tabela 3.

O Instituto de Investigação para o Desenvolvimento (IRD) de França também reconhece que a investigação científica é benéfica para os objetivos de desenvolvimento, e que este pode ser alcançado através de um reforço de ações de capacitação. O Serviço de Reforço de Capacidades do IRD leva a cabo diversas ações de capacitação com investigadores, administradores e equipas de investigadores das instituições parceiras, incluindo: a) o apoio à formação individual em setores de investigação; b) a promoção da formação de equipas

Tabela 4: Recomendações de IJsselmuide et al. para um fortalecimento dos recursos humanos em investigação em saúde em África (adaptado de [49: 231-232])

1) Mais dados sobre a investigação, investigação em saúde e sobre os recursos humanos nestas áreas
2) Com base nestes dados, África tem de desenvolver uma estratégia coordenada para aumentar a sua capacidade em recursos humanos em investigação em saúde, incluindo a alocação de 2% dos orçamentos em saúde para investigação nessa área
3) Os programas de investigação sobre doenças devem ser reestruturados para suportar a capacitação nacional em investigação e gestão em saúde
4) Maior comunicação e colaboração entre financiadores internacionais para levar a cabo esta capacitação
5) Diversificação da capacitação
6) Ferramentas mais robustas de monitorização e avaliação

de investigação e o reforço das suas aptidões, autonomia e competição num ambiente internacional; c) o favorecimento do desenvolvimento institucional do ambiente de investigação no Sul e a sua integração no mundo global [44].

No seguimento de um workshop levado a cabo em Cape Town, em Fevereiro de 2004, o Conselho Nuffield sobre Bioética publicou um relatório onde se indica a necessidade de reforçar a capacitação local das instituições parceiras. Neste workshop participaram 58 delegados de 28 países – investigadores, financiadores e membros de comités de ética de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os participantes argumentaram que a investigação financiada externamente gera oportunidades para o aumento do número de cientistas e para uma capacitação dos profissionais, e concluíram que tanto os investigadores como os financiadores partilham responsabilidades em termos de capacitação. Nesse sentido, deveriam ser reforçadas as parcerias para uma maior capacitação regional e nacional, incluindo o apoio a programas de capacitação por parte das entidades financiadoras [1: 58-59]

Um modelo pioneiro no desenvolvimento de capacitação em países de baixo e médio rendimento foi o Programa Especial sobre Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR), um programa cofinanciado pela UNICEF, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde. Poucos eram os programas que nos anos 1970 levavam a cabo uma capacitação da investigação em doenças tropicais, e o TDR, a partir de 1974, desenvolveu um programa de capacitação para formar indivíduos e fortalecer os processos de investigação em países onde estas doenças são endémicas [45: 1].

Inicialmente o TRD estava focado em instituições. Os primeiros programas não eram competitivos, sendo caracterizados por financiamento duradouro que ajudava as instituições nos processos de capacitação. Posteriormente, este financiamento tornou-se mais competitivo e o TDR também

permitiu que algumas instituições se tornassem pontos fulcrais dos processos de capacitação em regiões da OMS, como em Cali, na Colômbia. Foi também introduzido financiamento para formação individual ao longo dos anos, integrado com o apoio institucional. Atualmente, o TDR visa lidar com três aspetos críticos para fortalecer a capacitação em PBMR: a) o reconhecimento do percurso académico dos investigadores; b) liderança institucional; c) capacitação relevante para as prioridades de investigação nacionais [45].

Dean et al. (2015) entrevistaram 50 indivíduos de 12 instituições de paí-

ses de alto rendimento e de PBMR de forma a avaliar qualitativamente como se processam e os fatores que encorajam as parcerias internacionais. Alguns aspetos fundamentais dizem respeito por exemplo aos benefícios da parceria ao nível individual e institucional – colaboração em financiamento e na publicação de artigos; a capacidade de influenciar a cultura de investigação assim como colaborações anteriores (como relação supervisor-estudante) e também a equidade da parceria. Aspetos como o controlo financeiro ou expectativas distintas podem prejudicar as colaborações entre países do Norte e Sul global [46: 13].

A agência para a investigação e qualidade em cuidados de saúde (AHRQ) dos EUA desenvolveu uma série de recomendações para a gestão dos fundos de investigação que incluem, por exemplo, como responder aos pareceres científicos; o planeamento da implementação; a gestão financeira; a gestão do pessoal; a criação e adesão a um cronograma; aspetos ligados à autoria e à comunicação e a preparação para candidaturas a financiamento futuro [47].

Beran et al. (2017), com base na sua experiência a partir de instituições de PBMR, consideram que os dispositivos de capacitação em saúde global são ainda marcados por formas de neocolonialismo. Apesar de existirem boas intenções, estas por vezes não ultrapassam um registo meramente retórico, e nesse sentido os investigadores desenvolveram uma série de recomendações que incluem obrigações dos financiadores dos países de elevados rendimentos (como assegurar que as chamadas para financiamento visam as necessidades locais ao invés dos seus interesses); obrigações das Universidades e investigadores dos países de alto rendimento (desenvolver parcerias equitativas com os parceiros do Sul global); obrigações das Universidades, investigadores e governos dos PBMR (como o aperfeiçoamento da governação local, melhoria da liderança e transparência a todos os níveis da hierarquia institucional e o reconhecimento da importância dos governos em financiarem a C&T); obrigações das revis-

tas científicas (como não cobrar um custo para a publicação em regime de livre-acesso, no caso do projeto não ter sido financiado por uma instituição do Norte) [48].

IJsselmuiden et al. (2012) também argumentam que é necessário reforçar os esforços de capacitação em recursos humanos para a investigação em saúde em África. De acordo com os autores, o esforço de capacitação nesta área é “descoordenado, em pequena escala e desenvolvido maioritariamente a partir de fora de África” e o “conhecimento sobre a capacitação para a investigação em saúde (...) em África é fragmentado ou inexistente” [49: 231]. Para fazer face a este contexto e promover um fortalecimento dos recursos humanos em investigação em saúde em África, os autores fazem 6 recomendações, que elencamos na tabela 4.

Chu et al. (2014) constatam que os países de baixo e médio rendimento são os mais afetados por problemas relacionados com saúde, apesar da investigação nessa área ter pouca expressão - de facto, estima-se que a África subsariana apenas produza 1% das publicações na área da biomedicina [50: 1]. Para que possa ocorrer uma verdadeira capacitação em investigação em saúde, colocam-se três desafios fundamentais: a) como é que as instituições e médicos africanos podem beneficiar das colaborações internacionais de investigação sem serem explorados? B) como é que o avanço da capacidade Africana em investigação pode constituir uma prioridade tendo em conta as exigências de publicação associadas às universidades do Norte? C) Como é que os cientistas e governos africanos gerem a vaga de académicos do Norte que encaram África como a próxima fronteira na investigação em saúde global? [50: 2].

Para fazer face a estes desafios, os autores sugerem seis eixos para uma capacitação robusta na área da investigação em saúde no contexto africano: a) a criação de capacidade local de investigação através da cooperação com países do Norte e de recursos regionais; b) a definição de uma agenda de investigação local; d) o estabelecimento de colaborações duradouras; e) coordenação e monitorização locais; f) o estabelecimento de comités éticos locais; g) a exigência de participação na autoria das publicações e na disseminação de resultados [50: 2-3].

Bates et al. (2006) desenvolveram uma ferramenta para avaliar a capacitação na investigação em saúde no contexto africano, que foi testada no Hospital Universitário de Anokye, no Gana. Essa ferramenta, baseada numa extensa revisão de literatura acerca de várias ferramentas e modelos de capacitação e de melhores práticas, foi depois adaptada ao contexto específico do hospital. A ferramenta centrou-se em diferentes fases, como a implementação, a expansão e a consolidação [51: 1226], e elencou as atividades que caracterizaram o processo de capacitação, como por exemplo a inscrição de participantes de especialidades clínicas e não clínicas no curso; o envolvimento

de organizações nacionais no programa; a organização de uma reunião nacional de disseminação ou até a integração de atividades de investigação nas responsabilidades diárias do Hospital [51: 1226]

Um exemplo de boa prática relativa especificamente à capacitação financeira diz respeito aos esforços da Asia Foundation. Esta agência, que há mais de 55 anos trabalha com diversas organizações locais para o desenvolvimento na região da Ásia-Pacífico, leva a cabo uma avaliação da capacidade financeira destas organizações, antes que estas se candidatem a financiamento específico. Caso não cumpram os standards exigidos, a fundação providencia apoio no que diz respeito à adoção de standards financeiros e contabilísticos, incluindo assistência feita à medida da organização local e também um programa de treino financeiro de dois dias, que inclui a formação em software e manuais relevantes [52].

Outra organização responsável pela capacitação financeira em países em desenvolvimento e economias emergentes é a ACCA, uma associação global para os contabilistas profissionais. A ACCA levou a cabo vários programas de capacitação financeira em países como o Botswana, Paquistão, Vietname, Zâmbia e Zimbábue, centrando-se nas seguintes ações: a) fortalecimento dos sistemas, processos e infraestrutura para a gestão financeira pública; b) a melhoria das qualificações financeiras; c) o desenvolvimento de aptidões básicas para as exigências laborais; d) a formação de auditores e contabilistas do setor público; e) a melhoria da cooperação entre governos nacionais e instituições locais e internacionais; f) a melhoria de competências através do apoio e desenvolvimento [53: 6].

De acordo com o Instituto Alemão para o Desenvolvimento, uma progressiva reforma dos sistemas públicos de gestão financeira (SPGF) nos países em desenvolvimento teria benefícios para os processos de governação, incluindo uma maior responsabilização dos atores perante o Parlamento e o público; o estabelecimento de estruturas de SPGF encorajaria a separação de poderes; a reforma dos SPGF iria gerar maior transparência, aumentando também a eficácia e eficiência da ação do governo, assim como a legitimidade do Estado. [54: 2].

Já no que diz respeito às organizações sem fins lucrativos, a capacitação financeira deve incluir a implementação dos seguintes dispositivos: políticas fiscais e manuais de procedimentos; sistemas de contabilidade; mapa das contas; orçamento(s); declarações financeiras; análise financeira; relatórios financeiros; revisão/auditoria financeira [55: 6-7]. No que concerne a modelos de boas práticas financeiras em contextos de investigação, a Universidade de Stanford desenvolveu uma série de recomendações para a gestão financeira que salienta a responsabilidade fiscal – e não meramente científica – dos líderes dos projetos de investigação [56].

Para além das deficiências ao nível da organização fiscal

de algumas instituições do Sul, a falta de capacidade de negociação acaba por se manifestar em parcerias desiguais, pelo que, como vimos na secção 4, o COHRED desenvolveu uma série de recomendações para as negociações contratuais em contextos de investigação colaborativa [23]. Mais recentemente, estas recomendações foram expandidas para um documento que visa desenvolver estratégias para sistemas de inovação e investigação mais robustos. Estas estratégias dividem-se em três fases: pré-contrato (clarificar necessidades e horizontes; identificar parceiros potenciais; clarificar os resultados ideais da parceria; estar preparado para a negociação; compreender e estabelecer processos internos; procurar aconselhamento; estar a par de diferentes estilos de negociação; considerar estratégias para negociações difíceis), contrato (formalizar as negociações; aspetos básicos da contratação; definição da calendarização) e pós-contrato (executar o contrato, concluir o projeto de investigação) [57: 6].

Conclusão

Neste artigo levámos a cabo uma revisão de literatura da base de evidências relativa ao primeiro domínio do RFI – Equidade de Oportunidade. As diversas sugestões e recomendações associadas a esta literatura heterogénea incluem a adoção de standards e modelos nas mais diversas áreas das colaborações, incluindo aspetos contratuais, fiscais, de financiamento, de gestão de ciência, de definição de prioridades e de partilha de benefícios.

As melhores práticas elencadas neste artigo visam permitir às instituições dos PBMR a obtenção de maiores benefícios nas parcerias que estabelecem com as instituições e financiadores do Norte Global, contribuindo nesse sentido para um esforço global na capacitação da investigação em saúde.

As ciências sociais e os estudos de ciência e tecnologia têm historicamente levado a cabo uma crítica dos processos de modernização, associados a conceitos como disciplina [58], standardização [59] e mais recentemente à imposição de indicadores de produtividade em contextos académicos [60].

De acordo com Boaventura Sousa Santos, “temos o di-

reito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza e temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” [61: 56]. A adoção de práticas e modelos pode permitir uma maior equidade Norte/Sul no âmbito das colaborações em investigação em saúde e C&T em geral; por outro lado, corremos o risco de levar a cabo um processo universalizante que descaracteriza as epistemologias das comunidades locais.

De acordo com James Scott (1998), os processos de standardização e homogeneização associados à modernidade – como a silvicultura científica, a uniformização das medidas e das moedas – procederam a uma obliteração de práticas e conhecimentos específicos. Os contextos epistemológicos locais são caracterizados por formas particulares de produção de expertise e da relação entre cidadãos e leigos [62], e as epistemologias cívicas variam consoante as tecnologias a que se referem [63].

O objetivo do RFI é promover uma maior igualdade nas colaborações internacionais ao nível da investigação em saúde. Para esse efeito, identificaram-se 3 domínios e 45 indicadores que avaliam de forma sistemática o “comportamento” de uma instituição, convidando-a a comprometer-se a adotar mecanismos para melhorar e fortalecer todas as dimensões associadas às relações de parceria.

Prevendo-se que o RFI seja adotado em larga escala nos próximos anos por instituições do Norte e Sul global, é premente que as diversas organizações aderentes não se limitem a adotar de forma acrítica recomendações, práticas e procedimentos desenvolvidos *a priori*, mas sejam capazes de desenvolver, através de formas de deliberação interna e colaborativa com os seus *stakeholders*, os modelos e abordagens mais úteis para os seus contextos culturais e epistemológicos.

Dessa forma, o RFI poderá comportar uma dimensão positiva e criativa, tornando-se numa oportunidade para as instituições reinventarem os seus processos colaborativos, por um lado assegurando os seus interesses num contexto internacional cada vez mais competitivo e exigente e, por outro lado, transformando as suas ambições, perspetivas e situações particulares em modelos vinculativos com um potencial impacto nas comunidades a que pertencem.

Bibliografia

1. Nuffield Council on Bioethics (2005). The ethics of research related to healthcare in developing countries: follow-up paper. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: https://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/HRRDC_Follow-up_Discussion_Paper.pdf
2. World Health Organization (2012). The WHO Strategy on Research for Health. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf
3. Viergever RF et al. (2010). A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Res Policy Syst.* 8: 36, 1-9.
4. Bradley M (2008). On the agenda: North–South research partnerships and

agenda-setting processes. *Development in Practice* 18(6): 673–85.

5. Justice J (1987). Bureaucratic context of international health: a social scientist's view. *Social Science and Medicine* 25 (12): 1301-1306.

6. Nuyens Y (2007). Setting priorities for health research: lessons from low and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 85: 319-321.

7. Tomlinson M et al. (2011). A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Res Policy Syst* 15(9):19.

8. McGregor S, Henderson KJ, Kaldor JM (2014). How are health research priori-

- ties set in low and middle income countries? A systematic review of published reports. *PLoS One* 9(9): e108787.
9. Carvalho A, Nunes JA (2013). Technology, Methodology and Intervention: Performing Nanoethics in Portugal. *Nanoethics* 7(2): 149–160.
 10. World Health Organization (2007). Sixtieth World Health Assembly. Eleventh plenary meeting, 23 May 2007 – Committee B, second report. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf
 11. Council of International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2016). International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: <http://cioms.ch/ethical-guidelines-2016/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
 12. Montorzi G, De Haan S, IJsselmuide C (2010). Priority setting for research for health. A management process for countries. Geneva: COHRED. Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: http://www.cohred.org/downloads/Priority_Setting_COHRED_approach_August_2010.pdf
 13. Khan et al. (2017). Assessing of R&D priority setting processes for neglected diseases. Global Observatory on Health R&D Working paper series 1 (preliminary draft). Consultado em 10 de Setembro de 2017. In: http://www.who.int/research-observatory/resources/methods/gohrd_working_paper_series1.pdf
 14. White G, Birkel R (1989). Low Priority of Research on Stress-Related Disorders Questioned. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 27(11): 3-36.
 15. Tomlinson M et al. (2009). Setting priorities for global mental health research. *Bull World Health Organ* 87 (6): 438-446.
 16. Fuster V et al (2007). Low priority of cardiovascular and chronic diseases on the global health agenda: a cause for concern. *Circulation* 116: 1966-1970.
 17. Commission for Research Partnerships with Developing Countries (KFPE) (2014). A Guide for Transboundary Research Partnerships. Consultado em 11 de setembro de 20017. In: https://naturalsciences.ch/organisations/kfpe/11_principles_7_questions
 18. Carvalho A et al. (2017). A implementação da Iniciativa para a Equidade na Investigação. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 16 (Supl. 2), 11-20.
 19. Small R et al. (1999). Cross-cultural research: Trying to do it better. 2: Enhancing data quality. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23(4): 390-395.
 20. ESSENCE (2014). Seven principles for strengthening research capacity in low- and middle-income countries: simple ideas in a complex world. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: http://www.who.int/tdr/publications/Essence_report2014_OK.pdf
 21. Nobes A (2017). Challenges faced by early career researchers in low and middle income countries – how can we support them? Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://gheg-journal.co.uk/2017/01/challenges-faced-early-career-researchers-lmics-support/>
 22. Uduma O. et al. (2014). Research Capacity Building in Africa: Perceived Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats Impacting on the Doctoral Training for Development Programme in Africa. In: Brennan L. (eds) *Enacting Globalization*. Palgrave Macmillan, London, 43-53.
 23. Marais D et al. (2013). Where there is no lawyer: Guidance for fairer contract negotiation in collaborative research partnerships. Geneva: Council on Health Research for Development. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2012/04/Fair-Research-Contracting-Guidance-Booklet-e-version.pdf>
 24. Larkan F et al. (2016). Developing a framework for successful research partnerships in global health. *Glob Health.* 12:17. Doi: 10.1186/s12992-016-0152-1
 25. IDeA Networks of Biomedical Research Excellence (INBRE) (2017). Conflict Resolution Policy. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.nminbre.org/index.php/conflict-resolution-policy>
 26. Bagshaw D et al. (2007) International research collaboration: Building teams and managing conflicts. *Conflict Resolution Quarterly* 24: 433–446.
 27. Carvalho A (2017) Ecologies of the Self in Practice - meditation, affect and ecology. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography* 99 (2): 207-222.
 28. Carvalho A (2014) Subjectivity, Ecology and Meditation: Performing Interconnectedness *Subjectivity* 7 (2): 131-150.
 29. Bammer G (2008). Enhancing research collaborations: Three key management challenges. *Research Policy.* 37(5):875-887.
 30. Research Councils UK (RCUK) (2014). RCUK Pathways to Impact. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.rcuk.ac.uk/innovation/impacts/>
 31. Buxton M, Hanney S, Jones T (2004). Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review. *Bulletin of the World Health Organization* 82: 733-739.
 32. Darby S (2017). Making space for co-produced research ‘impact’: learning from a participatory action research case study. *Area* 49: 230–237.
 33. Jasanoff S. (2003). Technologies of humility: citizen participation in governing science. *Minerva* 41:223-244.
 34. Commission on Health Research for Development (HRfD) (1990). *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. New York, Oxford University Press.
 35. Webb D et al. (2015). Co-financing for health and development – an affordable innovation. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/blog/2015/7/13/Co-financing-for-health-and-development-an-affordable-innovation.html>
 36. Edejer TTT (1999). North-South research partnerships: the ethics of carrying out research in developing countries. *BMJ.* 319:438-41.
 37. European Commission (2015a). Rethinking the blueprint for African-EU research. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/news/rethinking-blueprint-african-eu-research>
 38. European Commission (2015b). Lessons in Co-financing: Second Phase of ERA-Africa Planned. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://caast-net-plus.org/story/9>
 39. OECD (2011). Opportunities, Challenges and Good Practices in International Research Cooperation between Developed and Developing. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://www.oecd.org/sti/sci-tech/47737209.pdf>
 40. GAVI (2017). Gavi Co-financing Policy. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.gavi.org/about/programme-policies/co-financing/>
 41. WHO (2015). Fiscal space, public finance management and health financing: A collaborative agenda. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153947/5/9789241508506_eng.pdf
 42. Glassman A et al. (2012). Priority setting institutions and health recommendations from a center for global development working group. *Global Health.* 7(1): 13 - 34.
 43. Acharya T (2007). Science and technology for wealth and health in developing countries. *Global Public Health* 2: 53-63.
 44. Institut français de recherche pour le développement (IRD) (2014). Reinforcing the research capacities of scientific communities in the South. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://en.ird.fr/partnerships/capacity-building>
 45. Ogundahunsi OAT et al. (2015). Strengthening Research Capacity—TDR’s Evolving Experience in Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Negl Trop Dis* 9(1): e3380.
 46. Dean L et al. (2015). Promoting sustainable research partnerships: a mixed-method evaluation of a United Kingdom-Africa capacity strengthening award scheme. *Health Research Policy and Systems* 13 (81). doi: 10.1186/s12961-015-0071-2
 47. Selby-Harrington M et al. (1993). Guidance for managing a research grant. *Nursing Res.* 41 (1): 54–58.
 48. Beran D et al. (2017). Research capacity building—obligations for global health partners. *The Lancet Global Health* 5(6): 567-568.
 49. IJsselmuide C et al. (2012). Africa’s neglected area of human resources for health research—the way forward. *SAfr Med J* 102: 236-41.
 50. Chu KM et al. (2014). Building research capacity in Africa: equity and global health collaborations. *PLoS Med* 11: e1001612.
 51. Bates I et al. (2006). Evaluating Health Research Capacity Building: An Evidence-Based Tool. *PLoS Med* 3(8): e299.
 52. The Asia Foundation (2009). Financial Management Capacity Building: A commitment to partners. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://asiafoundation.org/resources/pdfs/IDFinanceGrants.pdf>
 53. AccountAnts for business (ACCA) (2010). Improving public sector financial management in developing countries and emerging economies. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.accaglobal.com/content/dam/accaglobal/PDF-technical/public-sector/tech-afb-ipsfm.pdf>
 54. Klingebiel S, Mahn TC (2011). Briefing Paper 3/2011 - Reforming public financial management systems in developing countries as a contribution to the improvement of governance. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: https://www.die-gdi.de/uploads/media/BP_3.2011.pdf
 55. Claussen C (2012). Capacity Building for Financial Management: A Literature Review. *United Way of Calgary and Area*. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: http://www.calgaryunitedway.org/images/uwca/our-work/supporting-non-profits/capacity-building/capacity_building_for_financial_management.pdf
 56. Stanford University (2017). Your role in financial management. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <https://doresearch.stanford.edu/research-scholarship/pi-financial-basics/your-role-financial-management>
 57. Edwards D et al. (2014). Negotiating Research Contracts – Creating Opportunities for Stronger Research and Innovation Systems. Council on Health Research for Development. Consultado em 11 de Setembro de 2017. In: <http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2014/06/COHRED-negotiationbookletv-web.pdf>
 58. Foucault M (1995). *Discipline and Punish*. New York: Pantheon Books.
 59. Scott J (1998). *Seeing like a State*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
 60. Felt U (2017). Under the Shadow of Time: Where Indicators and Academic Values Meet. *Engaging Science, Technology, and Society* 3: 53-63.
 61. Santos BS (2003). Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro, *Civilização Brasileira*.
 62. Jasanoff S (2005). *Designs on Nature*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
 63. Santos Pereira T, Carvalho A, Fonseca P (2016). Imaginaries of nuclear energy in the Portuguese parliament: Between promise, risk, and democracy. *Public Understanding of Science* 26 (3): 289-306.