

A. O QUE É A PESQUISA-AÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE (ICPHR POSITION PAPER 1)

Michael T. Wright, PhD. Catholic University of Applied Sciences, Berlin, Alemanha (Michael.Wright@KHSB-Berlin.de)

Irma Brito, PhD. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Tina Cook, Dr. Northumbria University, Newcastle-Upon-Tyne, Reino Unido

Janet Harris, Dr. University of Sheffield, Sheffield, Reino Unido

Maria Elisabeth Kleba, PhD. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, Brasil

Wendy Madsen, Dr. Central Queensland University, Rockhampton, Australia

Jane Springett, PhD. University of Alberta, Edmonton, Canada

Tom Wakeford, Dr. University of Edinburgh, Edinburgh, Reino Unido

Tradução para português

Maria da Alegria Simões Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Maria Elisabete Martins, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Maria do Céu Barbieri, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

As abordagens de pesquisa participativa em saúde estão cada vez mais a interessar, em todo o mundo, os financiadores, decisores, investigadores e a sociedade civil. Há uma grande diversidade destas abordagens em termos de intenção, teoria, processo e resultado (Waterman *et al.*, 2001; Ismail, 2009; Whitelaw *et al.*, 2003; Minkler & Wallerstein, 2008; Rocha & Aguiar, 2003). Esta diversidade reflete a grande variedade de pessoas, lugares e questões envolvidas na pesquisa-ação participativa em saúde (PaPS) em vários países e sob condições muito diferentes. A PaPS é muitas vezes vista como sendo um meio para alcançar a transformação positiva na sociedade, no interesse da saúde das pessoas, por exemplo, alterando a forma como os profissionais de saúde são formados, a forma como as instituições de cuidados de saúde trabalham, e como são concebidas as políticas que afetam a saúde das comunidades.

A Colaboração Internacional para a Pesquisa-ação Participativa em Saúde (ICPHR) foi criada em 2009 como um espaço para reunir o que se está a desenvolver internacionalmente sobre a aplicação de abordagens de pesquisa-ação participativa para tratar de questões de saúde (Wright *et al.*, 2009, 2010). Através da consolidação dos conhecimentos existentes e consensos sobre a terminologia e princípios comuns,

o ICPHR visa reforçar o papel da PaPS no desenho de intervenções e na tomada de decisão sobre questões de saúde e, assim, fornecer um meio para as pessoas mais afetadas por problemas de saúde puderem influenciar a forma como estes problemas são abordados na sociedade. Isto inclui o desenvolvimento de diretrizes para a condução e avaliação de PaPS, descrevendo que teorias e evidências são produzidas por esta abordagem, e encontrar um modelo para a realização de revisões sistemáticas da literatura sobre PaPS, a fim de contribuir para aumentar o corpo de conhecimento internacional sobre saúde.

Este artigo é uma contribuição, a partir de um determinado conjunto de perspectivas, para a discussão internacional sobre PaPS. Num campo tão emergente e diversificado, ainda não há descrição "definitiva" desta abordagem. Embora a pesquisa qualitativa e a PaPS sejam distintas, cada uma é um projeto aberto que resiste às tentativas de impor um único paradigma, tipo guarda-chuva, ao longo de todo o projeto (Denzin & Lincoln, 2011, p. XIII). A PaPS e a pesquisa participativa em geral não podem ser confinadas a um conjunto restrito de princípios epistemológicos (Fals-Borda & Rahman, 1991). Parte da riqueza e recurso da PaPS é o espectro de paradigmas, estratégias de investigação e métodos de análise que os pesquisadores podem desenhar e utilizar. As múltiplas histórias disciplinares da PaPS levam a constantes tensões e contradições em relação aos seus métodos, resultados e interpretações. Essa pluralidade inerente faz parte da força epistemológica da PaPS que nos esforçamos para reconhecer neste documento, que resultou da colaboração de vários pesquisadores internacionais. Por isso é um documento vivo que define a PaPS: com base na experiência dos membros da ICPHR e no seu trabalho de pesquisa, sintetizou-se o que foi desenvolvido no contexto de estudos realizados em vários países; será revisto ao longo do tempo, refletindo a evolução do conhecimento coletivo dos membros do ICPHR; é o produto de um certo ponto da história e da comunidade de pessoas envolvidas na sua escrita, que vivem e trabalham, elas próprias, em espaços politizados. O que uniu os membros da ICPHR para o escrever foi o seu compromisso em articular a sua experiência de realizar PaPS para tornar mais visível a singularidade desta forma de pesquisa.

1. A pesquisa-ação participativa em saúde é uma abordagem, não é um método

Entendemos PaPS como sendo um paradigma de pesquisa, em vez de um método de pesquisa. O paradigma de pesquisa orienta o processo de investigação.

A participação como método de pesquisa significa que as pessoas estão envolvidas na investigação em saúde de formas específicas, a fim de melhorar a qualidade da investigação. Nos últimos anos tem havido um movimento em alguns países para aumentar a participação dos cidadãos na investigação em saúde, mediante consulta sobre o rumo do desenvolvimento e implementação dos estudos (por exemplo Cropper *et al.*, 2010; DoH, 2006; DoH, 1999; Instituto de Medicina 2009; Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica, 2002). Nestes estudos as pessoas afetadas pelo problema de saúde em estudo são consultadas previamente sobre os temas de investigação e prioridades de pesquisa (Stewart *et al.*, 2012.); são convidados a avaliar e criticar as intervenções que devem ser postas à prova no contexto da pesquisa (Trivedi & Wykes, 2002); ou são recrutados como participantes do estudo, na distribuição de questionários, etc. Além disso, há um repertório crescente de métodos de colheita de dados cuja finalidade é envolver os participantes de forma mais ativa no estudo, em comparação com entrevistas ou inquéritos tradicionais (Van de Ven, 2007). Estas várias formas de, nas pesquisas, aumentar a participação das pessoas afetadas pelos problemas de saúde, levou a melhorias, por exemplo, em relação ao recrutamento, à retenção de participantes (menor perda de sujeitos nas medições sucessivas), qualidade dos dados, análise e interpretação dos dados e divulgação dos resultados. A maior parte do envolvimento, no entanto, tem sido dirigido pelos pesquisadores acadêmicos e financiadores, que definem os pontos específicos onde a entrada dos pacientes e/ou público em geral é necessária (Boote *et al.*, 2002; Branco & Verhoef, 2005). Van de Ven (2007) descreve como a limitação da participação em determinadas etapas e em determinadas atividades, manteve o controle externo sobre o problema de pesquisa e questão de investigação, bem como sobre o processo de pesquisa, apesar de uma ampla entrada de várias partes/públicos interessados. Por outro lado, está agora a ser questionado quem controla o processo de investigação, advogando alguns pesquisadores por maior controle da parte de pesquisadores não acadêmicos, através do reconhecimento da participação como um paradigma para orientar o processo global de pesquisa (Abma, 2006; Abma & Broerse, 2010).

A **PaPS como uma abordagem de pesquisa** significa que a participação é o princípio que define todo o processo de pesquisa. Uma abordagem deste tipo constitui-se como um paradigma de pesquisa, ou seja, um conjunto de pressupostos subjacentes sobre o mundo e como ele deve ser estudado, que serve como base para definir o que constitui "uma boa investigação" (cf. Guba & Lincoln, 2005; Kuhn, 1996). Para a PaPS, o pressuposto subjacente principal é que a participação daqueles cujas vidas ou trabalho são o tema do estudo afeta todos os aspectos da pesquisa. O envolvimento dessas pessoas no estudo é um fim em si mesmo e é distintivo da PaPS, reconhecendo o valor da contribuição de cada pessoa para a co-criação de conhecimento num processo que não só é prático, mas também colaborativo e capacitador (Onwuegbuzie *et al.*, 2009). O envolvimento de outras pessoas dentro do processo de pesquisa também pode ser importante. Por exemplo, os decisores políticos podem agir com base nos resultados da investigação e, assim, melhorar a situação das pessoas afetadas por um problema de saúde.

Não consideramos a PaPS como sendo categoricamente "melhor" do que outras formas de pesquisa, no entanto produz formas de conhecimento e de ação que contribuem de um modo único e importante para abordar as questões de saúde (incluindo a prestação de cuidados de saúde), em particular as questões relacionadas com os determinantes sociais da saúde e as desigualdades na saúde, como será discutido mais à frente.

2. Origens da pesquisa-ação participativa em saúde

A PaPS é composta por uma variedade de tradições de pesquisa participativa de diferentes países e épocas. Estas têm a sua base em movimentos sociais que lutavam por uma sociedade mais democrática e inclusiva, com um reconhecimento compartilhado de que a ciência é mais do que adesão a critérios epistemológicos ou metodológicos específicos, mas sim um meio de gerar conhecimento para melhorar a vida das pessoas (cf. Santos, 1988). As diversas tradições que ancoram a PaPS incluem: Diagnóstico Rural Participativo (por exemplo Chambers, 1981; Narayanasamy, 2009); Abordagens Liberais de Pesquisa (por exemplo Freire, 1970, 1982; Fals-Borda & Rahman, 1991); Pesquisa-ação em Desenvolvimento Organizacional (por exemplo Lewin de, 1948; Lorau, 1993); Pesquisa-ação em Educação (por exemplo Stenhouse, 1975; McNiff, 1992; Elliot, 1991; Kemmis & McTaggart 1986; Carr & Kemmis, 1986; Tripp & Wilson 2001); Pesquisa Participativa em contexto de movimentos locais, Nacionais e internacionais (por exemplo People's Health Movement, 2013; Stepping Stones, 2013; IPPF, 2013); Epidemiologia leiga/comunitária, Epidemiologia Popular (por exemplo Watterson, 1995); Inquérito

Humano e Inquérito Cooperativo (por exemplo Heron, 1996; Reason, 1998); Inquérito Apreciativo (por exemplo Cooperrider & Whitney, 1999; Reed, 2007); Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade (por exemplo Minkler & Wallertstein, 2008; Israel *et al.*, 2005); Ciência Ação (Argyris *et al.*, 1985); Pesquisa Construtivista (por exemplo Guba & Lincoln, 1989); Pesquisa Feminista (por exemplo Maguire, 1987; Luther, 1986b); Avaliação do Empowerment (por exemplo Fetterman *et al.*, 1995) e Diálogo Democrático (por exemplo Gustavsen, 1992).

Os praticantes de PaPS podem aderir a uma ou mais destas tradições. O mais comum é um desenho baseado em várias fontes, adaptando a sua abordagem ao contexto particular em que estão a trabalhar.

3. Características da pesquisa-ação participativa em saúde

Embora haja uma grande diversidade dentro da PaPS, os seguintes princípios estão a emergir como sendo comuns a muitas abordagens (cf. Hart & Bond, 1995; Waterman *et al.*, 2001; Whitelaw *et al.*, 2003; Israel *et al.*, 1998, 2003; Viswanathan *et al.*, 2004; Ismail, 2009; Macaulay *et al.*, 1999; Cargo & Mercer, 2008). O que se apresenta não pretende ser a lista completa (ou "definitiva") de características, mas sim uma tentativa para citar alguns dos atributos distintivos das abordagens participativas de pesquisa em saúde.

3.1. A PaPS é participativa

O objetivo da PaPS é maximizar a participação daqueles cuja vida ou trabalho é o tema da pesquisa em todas as fases do processo de investigação, incluindo a formulação da pergunta de pesquisa e objetivo, o desenvolvimento de um projeto de pesquisa, a seleção dos métodos adequados para a recolha e análise de dados, a implementação da pesquisa, a interpretação dos resultados, bem como a divulgação dos resultados. Esta participação é o núcleo, princípio definidor da PaPS, distinguindo este tipo de pesquisa de outras abordagens participativas no campo da saúde.

A pesquisa não é feita "nas" pessoas como sujeitos passivos que fornecem "dados", mas "com" elas para fornecer informações relevantes no sentido de melhorar as suas vidas. O processo de pesquisa é visto como uma parceria entre as partes interessadas, que podem incluir pesquisadores académicos; profissionais das áreas de saúde, educação e bem-estar social; membros da sociedade civil; decisores políticos e outros. Para ser chamada de participativa, as pessoas cuja vida ou trabalho é o tema da pesquisa têm de participar ativamente no processo de pesquisa. Por exemplo, se o tema da pesquisa é desenvolver a comunicação interna entre os funcionários de uma instituição de saúde, os funcionários têm de estar envolvidos. Se

o tema da pesquisa é melhorar a saúde das pessoas num bairro, os moradores do bairro têm de ser parte do processo. E se o tema da pesquisa é a qualidade dos serviços prestados pelo sistema de cuidados de saúde, profissionais e usuários dos serviços têm de estar envolvidos, já que cada grupo é diretamente afetado por problemas que afetam a qualidade dos cuidados. Como dito acima, o envolvimento de outras pessoas dentro do processo de pesquisa também pode ser importante.

Vários instrumentos foram criados para apoiar as pessoas que realizam pesquisa participativa a identificar o grau em que as várias pessoas estão envolvidas. Por exemplo, Cornwall (2008) identificou seis tipos de participação (cf. von Unger, 2012b):

Cooptação. Representantes simbólicos do problema são escolhidos, mas não têm contributos reais ou poder no processo de pesquisa;

Conformidade. A agenda da pesquisa é decidida e o processo conduzido externamente, com tarefas e incentivos atribuídos aos participantes e a serem proporcionados pelos pesquisadores;

Consulta. São pedidas opiniões e informações aos locais, mas os pesquisadores externos realizam o trabalho e decidem sobre o curso da ação;

Cooperação. As pessoas locais trabalham em conjunto com os pesquisadores externos para determinar as prioridades, mas com a responsabilidade das pessoas externas para dirigir o processo de pesquisa;

Co-aprendizagem. As pessoas locais e externos partilham os seus conhecimentos, a fim de criar uma nova compreensão e trabalham em conjunto para formar planos de ação, com pessoas externas a facilitarem processos;

Ação coletiva. As pessoas locais definem a sua própria agenda e mobilizam-se para realizar pesquisas na ausência de iniciadores externos e/ou facilitadores.

Estas categorias foram complementadas por modelos que descrevem a participação que ocorre em diferentes níveis dentro de um sistema, articulando a relação entre participação "individual" e "organizacional". Smithies e Webster (1998) comparam com um modelo de "cebola", de camadas conectadas: indivíduos isolados; desenvolvimento comunitário e participação; desenvolvimento organizacional e participação. Rifkin (1996), referindo-se à participação da comunidade, por si só, faz uma distinção entre três modelos diferentes que proporcionam uma estrutura útil para o posicionamento da PaPS (Quadro 1):

Quadro 1: Modelos de Participação Comunitária

Abordagem	Modelo	Processo
Médica	Conformidade	Participação marginal

Planeamento em Saúde	Contribuição/Colaboração	Participação substancial
Desenvolvimento Comunitário	Controle Comunitário	Participação estrutural

Fonte: Rifkin, 1996.

Outros autores têm desenhado os limites de forma diferente, ligando mais estreitamente a participação com a intenção. Por exemplo, Blackstock *et al.* (2007), fazendo referência aos conceitos que sustentam a democracia deliberativa, identificam as seguintes formas:

Normativa – incentiva a aprendizagem social e individual;

Substantiva – incentiva múltiplas perspectivas para melhorar a compreensão dos problemas e identificar soluções;

Instrumenta – reduz o conflito e apoia a ação.

O ICPHR não recomenda qualquer modelo específico para definir os níveis de participação num processo de investigação. A adequação de um determinado modelo é dependente da cultura local e do contexto, dos recursos disponíveis, e do processo de articulação e tomada de decisão em cada equipe de pesquisa. Usar um modelo ajuda os pesquisadores a estarem ativamente cientes das dimensões participativas do estudo e a refletir sobre o propósito e o impacto esperado dessa participação. Seja qual for o modelo usado para descrever a participação no processo de pesquisa, o objetivo da PaPS é de proporcionar a oportunidade para todos os participantes serem equitativamente envolvidos com o grau máximo possível ao longo da pesquisa.

Saliente-se que as tentativas de maximizar a participação não podem estar confinadas a convites simples, é preciso usar a vasta gama de métodos desenvolvidos ao longo dos últimos anos para envolver as pessoas em processos de investigação. Isso requer um compromisso ativo e intensivo por parte daqueles que iniciam a pesquisa. Daí que os processos de mobilização estão no cerne da PaPS. Os praticantes de PaPS têm de identificar formas concretas e significativas para julgar o grau e a adequação da participação dos envolvidos em cada contexto específico e apresentar um relatório sobre o nível de participação alcançado.

Desconstruir o quem, o quê e como da pesquisa participativa significa pensar sobre a melhor participação em termos do que faz sentido para diferentes propósitos e contextos. Isto tem implicações para o uso de métodos e instrumentos de pesquisa específicos, que também têm de ser adaptados para satisfazer o princípio participativo. O processo de co-criação de conhecimento na PaPS requer facilitação, construção e manutenção de confiança, esta última dependente no desenvolvimento de atitudes e comportamentos que refletem os valores humanos fundamentais de

dignidade e respeito. Uma base sólida tem de ser estabelecida sobre todas estas questões no início de qualquer processo de investigação; e são necessários processos de manutenção e suporte para garantir que essa base é mantida do início ao fim. Este é o desafio. Em muitos casos, o potencial para a participação num processo de pesquisa não é cumprido. Um problema particular é o que Cornwall (2008) chama de "participação funcional", confinando os membros da comunidade a papéis sem poder real de decisão sobre o processo de pesquisa. Uma recente revisão sistemática da PaPS tem mostrado, por exemplo, que a participação é menor em relação às propostas de desenvolvimento da pesquisa e à responsabilidade financeira para adjudicar fundos. (Salimi *et al.*, 2012). Mesmo em situações em que existe uma forte adesão aos princípios da PaPS como um processo colaborativo e compartilhado, o pesquisador externo (académico) será frequentemente responsável por iniciar o projeto por causa das limitações associadas aos processos de financiamento e ética (McIntyre, 2008).

3.2. A PaPS é contextualizada

A PaPS é baseada na realidade da vida diária e do trabalho, em lugar e hora específicas. A questão a ser pesquisada deve estar localizada no sistema social e suscetível de adotar as alterações que resultam do processo de investigação. Esta é a força da PaPS e resulta num maior desenvolvimento do conhecimento local. É esta dimensão local que muitas vezes apresenta o maior desafio para os financiadores e formuladores de políticas, bem como para aqueles que assumem que o seu conhecimento generalizado (conhecimento "científico" ou "profissional", no sentido usual) é superior. A dimensão local não apenas influencia a escolha do foco de pesquisa, como também dos métodos de pesquisa utilizados, o processo de aprendizagem a partir da pesquisa e o seu impacto (cf. Stoecker, 2013). Como consequência, as narrativas da situação local (histórias locais) são muitas vezes uma parte importante do processo de pesquisa participativa. O uso de narrativas ultrapassa a lacuna entre as realidades vividas das pessoas, a ciência, e questões políticas. As narrativas aumentam a capacidade da PaPS organizar espaços de participação coletiva (cf. Rocha & Aquiar, 2003; Ledwith & Springett, 2010).

A ênfase colocada no nível local de conhecimento e experiência não significa que os projetos PaPS estejam necessariamente restritos a ter um âmbito local. Cada vez mais, há exemplos de projetos PaPS que mobilizam um grande número de pessoas para reunir os seus conhecimentos locais, a fim de fazer declarações sobre questões de saúde a nível regional, nacional ou internacional (por exemplo, IPPF *et al.*, 2013a; Von Unger, 2012a; Wright, 2010; ATHENA & GCWA, 2013).

3.3. PaPS é um processo de pesquisa coletiva

Nas formas não participativas de pesquisa em saúde, o processo de pesquisa é geralmente do controle de um ou mais acadêmicos que são responsáveis por todas as fases do estudo. Geralmente há uma hierarquia entre os pesquisadores, sendo o investigador principal que assume a responsabilidade primária. Na PaPS o processo de pesquisa é normalmente realizado por um grupo que representa os vários intervenientes que participam no estudo. Este grupo inclui frequentemente cidadãos mobilizados, membros da sociedade civil (ONGs), profissionais de saúde e de assistência social, organizações de saúde, pesquisadores acadêmicos e decisores políticos. Qualquer uma dessas partes interessadas pode iniciar e conduzir um estudo. O título de "pesquisador participativo" ou "co-investigador" não é reservado para os acadêmicos, mas sim designa todos os membros do grupo de pesquisa. O papel de liderança consiste em facilitar o processo de grupo na tomada de decisão compartilhada pelo desenvolvimento, implementação, análise e divulgação da pesquisa (ver abaixo). Através do processo de grupo, os participantes tornam-se co-autores da investigação e experienciam autoeficácia através da sua influência sobre o processo de pesquisa. Um objetivo explícito da facilitação é capacitar todos os membros a participar ativamente no processo e, assim, ter o controle sobre a pesquisa.

Os vários participantes envolvidos no processo de pesquisa devem representar grupos que irão ser influenciados pela pesquisa e/ou terão necessidade de usar os resultados. Ou seja, o processo que ocorre não é apenas para beneficiar aqueles imediatamente envolvidos no estudo, mas também outros que podem ser alcançados através das suas redes. Sejam os cidadãos envolvidos membros da sociedade civil, profissionais de saúde e bem-estar social, ou pesquisadores acadêmicos, todos os participantes são convidados, a partir do início, a considerar como podem envolver os seus membros no processo de pesquisa, pelo menos através da divulgação dos resultados. Isto inclui reconhecer e respeitar vários níveis e tipos de envolvimento dos participantes (Israel *et al.*, 2008). Como McIntyre (2008) assinala, por exemplo, os membros da equipa de investigação podem não se sentir confortáveis, ou desejar ser envolvidos em todos os níveis de divulgação.

3.4. Os projetos PaPS são de propriedade coletiva

Coerente com os princípios acima mencionados, a propriedade da pesquisa está nas mãos do grupo que realiza o estudo. O grupo decide a melhor forma de apresentar um relatório dos resultados da pesquisa, a fim de atingir os objetivos estabelecidos (Stoecker, 2013).

3.5. A PaPS visa a transformação através de agenciamento humano

Como noutras formas de pesquisa participativa, a PaPS segue o objetivo explícito de criar uma mudança social positiva, como resultado do processo de pesquisa para aquelas pessoas cuja vida ou trabalho é o foco da pesquisa. Objetivos de pesquisa representativos são: melhorar a saúde de um grupo específico de pessoas; abordar os determinantes sociais da saúde através da melhoria do nível de vida; abordar os determinantes políticos de saúde, alterar políticas repressivas ou restritivas; melhorar a qualidade dos serviços, abordar questões organizacionais. Ações para produzir mudanças sociais são incorporadas no próprio processo de pesquisa e são elas próprias o tópico da pesquisa (em conformidade com os princípios da pesquisa-ação, de modo geral), ou ações para produzir alterações imediatamente a seguir à conclusão da investigação com base numa agenda de ação, formulada como resultado do estudo.

A pesquisa em saúde, incluindo a investigação não participativa, é muitas vezes relacionada com a melhoria da saúde e bem-estar da população em geral ou de um grupo específico de pessoas afetadas por um problema de saúde particular. A PaPS vai um passo além, promovendo diretamente a ação humana para a mudança. As pessoas são mais capazes de agir em seu próprio nome quando podem aprender sistematicamente mais sobre um tema de interesse comum e quando elas se tornam capacitadas para agir com base nesse conhecimento. A aprendizagem é alcançada através de uma reflexividade crítica que permite que os participantes reconheçam a sua situação atual e as causas sociopolíticas de saúde e doença, particularmente as dinâmicas relacionadas com a exclusão social, e como se envolverem na busca de soluções. O *empowerment* é promovido por pessoas que assumem um papel ativo, decidindo em todos os aspetos do processo de investigação. A PaPS oferece uma oportunidade para essas pessoas se articularem e investigarem sistematicamente as suas forças e aplicarem esse conhecimento na solução dos problemas de saúde com interesse comum (Israel *et al.*, 2010).

Além de aprendizagem e capacitação por parte dos participantes na pesquisa, as transformações podem ter lugar em termos de indicadores de saúde concretos ou fatores sociais e políticos que incidem sobre a saúde das pessoas cuja vida ou trabalho é o tema do estudo. Essas transformações são o resultado das ações empreendidas durante ou imediatamente subsequentes à pesquisa.

Um critério de qualidade para a PaPS é apoiar os processos de transformação que vão além da extensão do projeto de pesquisa, de modo a contribuir para uma

mudança duradoura no interesse de uma melhor saúde. Essa mudança sustentável é promovida, por exemplo, através do envolvimento de uma ampla coligação de partes interessadas na investigação, a criação de estruturas de aprendizagem e ação sustentada como parte do processo de investigação, e o treino de habilidades para a população local a fim de darem continuidade às iniciativas lançadas durante a pesquisa, uma vez o projeto concluído.

3.6. A PaPS promove a reflexividade crítica

A reflexividade crítica significa considerar que o poder e a impotência afetam a vida diária e prática daqueles cuja vida ou trabalho é o foco da pesquisa. Desta forma, uma consciência crítica (conscientização, Freire, 1970) é desenvolvida entre os participantes. A micro-política da experiência cotidiana é reconhecida, permitindo novas ligações entre teoria e prática, entre o "sujeito" e "objeto", lançando assim bases para a mudança. Do ponto de vista dos profissionais de saúde e bem-estar envolvidos na PaPS, a reflexividade crítica pode ser comparada com as formas técnicas e práticas de reflexividade mais tipicamente encontradas entre os profissionais e, muitas vezes, enfatizada noutras formas de pesquisa em saúde (cf. Schön, 1983; Ledwith & Springett, 2010; Wright, 2012).

Reflexividade técnica. Refere-se a comparar a prática com normas profissionais codificadas, operacionalizadas e quantificáveis, tão comuns no campo da saúde. O objetivo é proporcionar a melhor qualidade possível, assegurando que os profissionais seguem procedimentos. Mas cada vez mais estas normas são baseadas na evidência gerada no contexto da investigação académica.

Reflexividade prática. Exige profissionais que questionem normas estabelecidas, com base no seu conhecimento e experiência prática, permitindo-lhes fazer o que é mais eficaz num contexto específico. Assim, uma aprendizagem sistemática pode ocorrer com base nestas adaptações. Esta forma de reflexividade está agora a ser incentivada no contexto dos esforços de melhoria da qualidade, com base em conceitos como Gestão da Qualidade Total (por exemplo Sallis, 2002).

A reflexividade técnica e prática mantêm o papel dos profissionais como especialistas que mobilizam os seus conhecimentos para o benefício dos usuários do serviço, um papel que tem sido criticado como sendo paternalista e, assim, encorajar a dependência (Carapinha, 1993; Allen *et al.*, 2010; Stoecker, 2013). A desvantagem social é entendida como uma característica da pessoa que procura ajuda, e que precisa de ser abordada por um perito.

A reflexividade crítica. Exige profissionais que questionem os seus papéis e seus conhecimentos com base no diferencial de poder entre si e os usuários do serviço, e com base na experiência adquirida através de experiências de vida e as desvantagens sociais enfrentadas por pessoas sem qualificação profissional de saúde. O profissional criticamente reflexivo entende o papel dos especialistas/peritos como um parceiro, numa parceria formada com pessoas que procuram os serviços com a finalidade de aumentar a sua capacitação e, portanto, tomar medidas para melhorar a sua saúde. Os problemas de saúde são vistos como sendo causados não só pela biologia, mas também por fatores sociais que não estão muitas vezes sob o controle da pessoa que procura ajuda. Os profissionais criticamente reflexivos trabalham com os usuários do serviço para desenvolver não só as estratégias individuais, mas também estratégias coletivas, para abordar estes determinantes sociais.

Do ponto de vista das pessoas envolvidas na PaPS que não são das profissões de saúde ou bem-estar, a reflexividade crítica pode ser descrita usando as categorias de literacia em saúde definidas por Nutbeam (2000). Normalmente pensamos em pesquisa em saúde para beneficiar as pessoas em termos de melhorar a sua literacia em saúde funcional, interativa ou crítica. **Literacia em saúde funcional** significa a capacidade de compreender os fatores que promovem a saúde, bem como riscos para a saúde e o conhecimento necessário para procurar ajuda no sistema de cuidados de saúde. **Literacia em saúde interativa** significa a capacidade de buscar ativamente informações sobre saúde e apropriar-se dessa informação com a finalidade de gerir, melhorar ou preservar a saúde. **Literacia em saúde crítica** refere-se à capacidade de agir em conjunto com os outros para abordar os fatores sociais e políticas que incidem sobre a saúde de um grupo como um todo.

A PaPS pode fortalecer a reflexividade técnica e prática dos profissionais, mas também a literacia em saúde funcional e interativa das pessoas envolvidas na pesquisa. Uma característica central da PaPS é, no entanto, o reforço da reflexividade crítica e da literacia em saúde crítica para que as estratégias coletivas eficazes para a mudança social possam ser desenvolvidas, o que visa as causas sociais dos problemas de saúde.

Então os processos dialógicos centrais da PaPS só podem ser bem-sucedidos na medida em que as questões de poder sejam reconhecidas e interpretadas. A teoria crítica é uma base importante para a reflexividade e pode ser levada para o terreno, para um diálogo ao lado de teorias locais. O questionamento contínuo do "tomado

como garantido" está no cerne da reflexividade e, portanto, do processo de criação de conhecimento (Freire, 1982; McIntyre, 2008).

A reflexividade crítica deve ser baseada na cultura e nos valores locais. Por exemplo, os pesquisadores Kaupapa Maori desenvolveram uma ferramenta para a reflexão baseada na sua própria epistemologia não-ocidental (Bishop, 2005). Demonstra como a reflexividade crítica está entrelaçada com um sistema de valores. A ferramenta é usada pelos pesquisadores Maori para incentivar a reflexividade durante o processo de pesquisa, garantindo assim que a qualidade da pesquisa é mantida em comparação com os elementos chave do que constitui uma boa pesquisa Maori. A reflexividade crítica é talvez o aspeto mais desafiador do trabalho PaPS, mas está no centro das questões de autenticidade, transparência, transferibilidade e de uma base de valores explícitos.

3.7. PaPS produz conhecimento que é local, coletivo, co-criado, dialógico e diversificado

O conhecimento produzido tipicamente pela pesquisa em saúde é feito por e para um público académico. Muitas vezes, altamente técnico, tanto na metodologia como nos relatórios, o conhecimento pode ser difícil de se difundir para os decisores políticos, profissionais, líderes comunitários e outros que poderiam usar as informações para gerar mudança. Este problema tem recebido considerável atenção nos últimos anos, sob a forma de translação do conhecimento e pesquisa translacional.

O conhecimento produzido pela PAPS é tipicamente de âmbito local. Como noutras formas de pesquisa participativa, as pessoas cuja vida ou trabalho é o foco da pesquisa, têm a oportunidade de articular o seu **conhecimento local** (também conhecido como o conhecimento popular ou tácito) e questionar e aprofundar esse conhecimento através do processo de pesquisa participativa. O conhecimento local engloba tudo o que as pessoas sabem sobre o assunto em causa, com base na sua experiência direta e nas suas próprias investigações empíricas. Este tipo de conhecimento é normalmente repassado na forma de **teorias locais** que definem questões de saúde, em termos concretos, identificando causas locais específicas e as formas de lidar com essas causas (cf. Wright *et al.*, 2010; Brito, 2008). Em contraste com "teorias científicas gerais", as teorias locais são menos abstratas e fornecem diferentes formas de generalização. Tal como Winter (2002, p. 144) afirma: "... um considerável conjunto de situações específicas que se aproxima suficientemente perto da estrutura subjacente para permitir que outros vejam potenciais semelhanças com outras situações" (cf. Bassey, 2001).

O objetivo das teorias locais é fornecer uma explicação plausível para um problema de saúde em termos tangíveis e acionáveis. O conhecimento local e as teorias locais são muitas vezes implícitos e raramente são sistematizados ou escritos. Através da PaPS estes conhecimentos e teorias podem ser submetidos a consenso coletivo e ser aproveitados para desenvolver uma mudança social eficaz. O consenso coletivo refina, articula, e faz com que o conhecimento local e as teorias se tornem explícitos, para que as pessoas locais envolvidas possam aprender de onde vêm os problemas de saúde e como podem ser remediados. Uma abordagem de resolução de problemas é fundamental para a produção do conhecimento no âmbito dos projetos PaPS, exigindo uma (re)construção coletiva sobre o tema em estudo. Este processo é bem resumido por Park (2001, p. 82, referindo-se a GraRN, MSci, 1971):

[...] A pesquisa participativa começa com o que as pessoas trazem para este empreendimento como conhecimento cotidiano – a sua íntima familiaridade com o meio ambiente, o conhecimento uns dos outros como membros de uma comunidade, e a consciência crítica de que as suas vidas podem mudar para melhor – e transforma esse conhecimento numa forma mais organizada, transformando o senso comum em bom senso.

A PaPS promove múltiplas formas de conhecimento, com destaque para o conhecimento relacional e reflexivo. Ledwith e Springett (2010) descrevem o teórico, experimental, prático, emocional e intuitivo, como formas importantes de conhecimento para o processo de PaPS. Normalmente, a pesquisa em saúde não participativa está focada em formas teóricas de saber, desenhado em conhecimento experiencial formalizado sob a forma de protocolos de investigação. Esta forma teórica do conhecimento produz o que Park (2001) designa de conhecimento representacional. Esta tipologia inclui: o conhecimento representacional, conhecimento relacional e o conhecimento reflexivo.

O conhecimento representacional é o que mais contribui para o "conhecimento científico". No conhecimento representacional o tipo funcional é encontrado em abordagens positivistas para as ciências sociais (e nas ciências naturais, de modo mais geral) e é mais frequentemente associado com métodos quantitativos. O pesquisador assume uma distância dos sujeitos da pesquisa, colhendo dados quantificáveis para fazer afirmações probabilísticas sobre a associação entre variáveis de uma maneira funcional. O tipo interpretativo é baseado na tradição hermenêutica ou interpretativa da pesquisa em ciências sociais, mais frequentemente associado com métodos qualitativos. Aqui, o foco está na compreensão de uma questão social em

termos das particularidades da vida das pessoas, enfatizando os aspectos contextuais e subjetivos da experiência humana. Em contraste com o tipo funcional, busca uma proximidade com as pessoas que estão a ser estudadas, de modo a compreender melhor as suas perspectivas. Reconhece-se também que a subjetividade do pesquisador afeta o processo de investigação. Ambos os tipos de conhecimento representacional produzem explicações abstratas (teorias, modelos) dos fenómenos em estudo que representam princípios ou dinâmicas subjacentes.

O conhecimento relacional é baseado na afetividade, decorrente dos níveis emocionais e intuitivos da experiência humana. O conhecimento relacional é expresso quando dizemos que conhecemos alguém ou que sabemos o que é certo ou errado. Este tipo de conhecimento é a chave para a construção de relacionamentos entre as pessoas e, portanto, para os processos coletivos de aprendizagem e ação. Também é o tipo de conhecimento que conecta as pessoas entre si e é construído de uma forma recíproca no contexto dos relacionamentos. Então é a base para o desenvolvimento de uma sensibilidade ética baseada na empatia e compreensão para com os outros. A PaPS visa explicitamente nutrir essa sensibilidade.

O conhecimento reflexivo é o resultado da reflexividade crítica e é caracterizado por uma consciência da dinâmica da sociedade que resulta em privilégio e/ou desvantagem social. O conhecimento sobre como essas dinâmicas afetam a saúde é a base para a ação coletiva de criar a mudança, a fim de abordar os determinantes sociais da saúde.

Em estudos de investigação não-participativos, incluir a participação como método de pesquisa pode ajudar muito na produção de conhecimento representacional. Mas a PaPS também pode produzir conhecimento representacional. No entanto, a contribuição incomparável da PaPS no campo da saúde é o conhecimento relacional e reflexivo produzido. O processo de investigação coletiva dedicado a produzir uma mudança social positiva proporciona uma oportunidade única para adquirir novos, inesperados e diferentes tipos de conhecimento sobre os processos de construção da comunidade e da ação coletiva, que não podem ser obtidos por pesquisadores académicos que estão separados das vidas/contextos que estão a estudar (cf. Blumer, 1969). O conhecimento relacional e reflexivo gerado é um conhecimento incorporado por parte dos participantes que permite uma conexão imediata, e absoluta, entre conhecimento e ação.

O conhecimento produzido pela PaPS é co-criado e dialógico, incorporando as várias perspectivas dos participantes. O processo de pesquisa coletiva é conduzido

de tal forma que o conhecimento é produzido num diálogo permanente entre os participantes sobre todos os aspetos do processo de investigação. As várias perspetivas dos participantes são incorporadas neste diálogo. A PaPS e a pesquisa participativa de modo geral são muitas vezes mal interpretadas como sendo um processo orientado para o consenso em que a perspetiva de investigadores académicos deve ter pouca influência. Mas a força da PaPS está na capacidade de descobrir e examinar diferentes pontos de vista, o que pode levar a apresentar uma variedade de perspetivas ao longo de um estudo. Pesquisadores académicos envolvidos na PaPS são incentivados a trazer os seus conhecimentos sobre questões de saúde, teorias e métodos de pesquisa para o diálogo. No entanto, o seu papel tem de ser analisado de forma crítica, para evitar influência indevida sobre o processo, particularmente se estão no papel de facilitadores.

Assim que se passa de pesquisa "sobre" para pesquisa "com", reconhece-se que as pessoas interessadas possuem perspetivas diferentes sobre um assunto, e que o conhecimento é criado através do diálogo entre as diferentes perspetivas e entre as pessoas envolvidas. Isto é conseguido através da abertura de **espaços comunicativos** no processo de pesquisa (Kemmis, 2006). Os espaços comunicativos permitem uma interface entre o conhecido e o quase conhecido, entre o conhecimento em uso e o conhecimento tácito que ainda pode ser útil. Os participantes reúnem o que pode ser conhecido, num espírito de aprendizagem compartilhada. O conceito de espaço comunicativo, neste sentido, foi descrito por Habermas (1970), que identificou que o lugar ideal para as pessoas se unirem foi um espaço de (p. 159) "... reconhecimento mútuo, reciprocidade de perspetivas, uma vontade compartilhada de considerar as próprias condições através dos olhos do estranho, e de aprender um com o outro."

A PaPS envolve o reconhecimento de que o conhecimento é sempre num processo próprio, nunca é fixo, é sempre dialético. O processo coletivo e co-criativo de geração de conhecimento requer facilitação para que a confiança possa ser construída e mantida, e as atitudes e comportamentos que refletem os valores humanos fundamentais de dignidade, respeito, mutualidade e reciprocidade possam ser alimentados. Também significa prestar explicitamente atenção para os problemas de poder, em termos de como cada voz é ouvida, como o diálogo é incentivado, e como a propriedade conjunta é criada. Isto tem implicações para todas as etapas do processo de pesquisa, incluindo a análise de dados.

3.8. A PaPS ambiciona um amplo impacte

Uma faceta chave da PaPS é a sua intenção explícita de trazer a mudança social. Como Wadsworth (1998, p. 7) coloca:

A pesquisa-ação participativa propõe-se estudar explicitamente algo para mudar e melhorar. E na maioria das vezes surge de uma situação insatisfatória com algumas necessidades mais afetadas para as alterar para melhor (embora também possa surgir a partir da experiência de algo que funciona bem, o que provoca o desejo de reproduzir ou expandir). Contudo, apesar de haver uma diferença conceitual entre a "participação", "ação" e "investigação", no seu estado mais desenvolvido estas diferenças começam a se dissolver na prática. Ou seja, não há participação seguida por pesquisa e, em seguida, esperamos, ação. Em vez disso, há inúmeros pequenos ciclos de reflexão participativa em ação, aprendendo sobre a ação e, em seguida, nova ação informada que por sua vez é objeto de uma reflexão mais aprofundada. A mudança não acontecerá no "final" – acontece por toda parte. A marca de um verdadeiro processo de pesquisa-ação participativa é que pode mudar de forma e foco ao longo do tempo (e às vezes inesperadamente) à medida que os participantes se concentram e reorientam os seus entendimentos sobre o que está "realmente" acontecendo e o que é realmente importante para eles.

Na PaPS, aprendizagem e pesquisa não são consideradas entidades separadas. Trata-se de aprendizagem social (aprender juntos e um com o outro), uma dimensão fundamental do processo PaPS em que o ciclo contínuo de "olhar, refletir, agir" sustenta a dinâmica do desenvolvimento de um saber conectado. Isto significa tentar compreender a outra pessoa ou ideia através do diálogo, partindo de relações de confiança e empatia (Goldberger *et al.*, 1996). Todos aprendem como "co-pesquisador" em diferentes graus. Idealmente, o processo deve envolver os participantes na **aprendizagem transformadora**, isto é, mudanças na forma como vêem o mundo e a si mesmos (Freire, 1970; Mezirow *et al.*, 1990), através de processos interativos que abordam tanto o pessoal como o coletivo. Por sua vez, isso gera uma intenção de ser capaz de agir com base nos resultados da investigação, tendo assim um maior impacte além da comunidade científica no sentido estrito. No seu conjunto, a forma como a mudança social está definida é, em grande parte, determinada pelo facto da abordagem ser pragmática (ou seja, focada em questões de utilização prática) ou emancipatória (onde o foco é sobre como alterar o modo como as pessoas pensam e agem no seu mundo), ou ainda uma tentativa de combinação de ambas (Johansson & Lindhult, 2008; Mercer, 2002).

O projeto **Base de Dados de Conhecimento da ICPHR** está focado no trabalho colaborativo para apoiar o desenvolvimento de pareceres sobre PaPS e definir os seus impactos ao longo do tempo, através de um arquivo crescente de projetos de investigação de diferentes países. Os primeiros trabalhos sobre a base de conhecimento já demonstraram algumas das dificuldades que os autores têm em reconhecer e articular o impacto. Estas dificuldades incluem reconhecer o impacto da PaPS no rigor metodológico e capturar o aspeto longitudinal do impacto que ocorre muito tempo depois de um projeto ser concluído. A Base de Conhecimento vai contribuir para a literatura emergente que sugere que a PaPS pode abordar aspetos da investigação em saúde que até agora não demonstraram muita mudança, como determinantes de saúde e das desigualdades na saúde (Beckman *et al.*, 2011; Bastide *et al.*, 2010; Braun *et al.*, 2012; Makosky Daley *et al.*, 2010; Salimi *et al.*, 2012). Como complemento ao projeto Base de Dados de Conhecimento, estão a ser conduzidas revisões sistemáticas por membros do ICPHR em diferentes idiomas que abordam a questão do impacto, entre outros temas. Avaliar o impacto da PaPS é um desafio, por várias razões: os temas de pesquisa, métodos e desenhos de estudo são heterogêneos; o grau de envolvimento colaborativo pode variar ao longo da duração de um projeto e de um projeto para o seguinte; as atividades de parceria podem gerar uma variação complexa, quer nos resultados a curto quer a longo prazo. Numa extensa revisão da literatura em inglês, Jagosh *et al.* (2012) identificaram, selecionaram e avaliaram uma grande e variada amostra de estudos primários que descrevem parcerias PaPS. Utilizaram os conceitos-chave da revisão realista para analisar e sintetizar os dados, utilizando a parceria PaPS como a principal unidade de análise (cf. Jagosh *et al.*, 2011). A ligação entre o processo de pesquisa participativa e os resultados dessas parcerias foi explicada utilizando a teoria de médio alcance da sinergia na parceria (*partnership synerg*), que demonstra como a PaPS pode (1) assegurar pesquisa adequada cultural e logisticamente; (2) aumentar a capacidade de recrutamento; (3) gerar capacidade profissional e competência em grupos interessados na temática; (4) resultar em desacordos produtivos seguidos de negociação útil; (5) aumentar a qualidade dos produtos e resultados ao longo do tempo; (6) aumentar a sustentabilidade do projeto, para além do prazo de financiamento e durante lacunas de financiamento externo; e (7) criar alterações do sistema e novos projetos e atividades não previstos.

3.9. A PaPS produz evidências locais com base no amplo entendimento de generalização

O primado do contexto local em PaPS tem implicações para a generalização dos resultados de estudos de PaPS. Como Greenwood & Levin (2005) argumentam, o conhecimento centrado no contexto exige uma revisão das noções tradicionais de generalização. Formas de investigação não participativa em saúde são frequentemente focadas em gerar conhecimento representacional que pode ser usado para desenvolver intervenções padronizadas para configurações locais semelhantes. A questão da ampliação a partir dessa perspectiva é, portanto, replicar as intervenções que se mostraram eficazes, em grande escala, sob condições cientificamente controladas ao nível local. O objetivo da PaPS é desenvolver intervenções para um tempo e lugar específicos, dando primazia ao contexto local. O resultado é a geração de **evidências locais** que podem ser acumuladas ao longo do tempo pelos participantes locais com a finalidade de reforçar a sua capacidade de tomar medidas eficazes sobre questões de saúde (cf. Brandão, 1987; Wright *et al.*, 2013). A transferência de intervenções de uma localidade para outra passa pela compreensão das condições contextuais da nova configuração; como diferem do cenário no qual o conhecimento foi produzido, e refletir sobre as consequências (Macauley *et al.*, 2011). Através da PaPS uma profunda compreensão da essência de uma determinada situação pode ser adquirida e comunicada a outras pessoas que podem, em seguida, julgar a relevância dos achados para a sua própria situação (cf. Winter, 2002). As revisões realistas são particularmente promissoras a este respeito, especificamente procurando documentar "**o que funciona, para quem e em que contextos**" (Jagosh *et al.*, 2011, 2012).

A questão da ampliação com base nas conclusões da PaPS de base local tem ainda que ser resolvida nos níveis conceituais e práticos (Bennett & Roberts, 2004; Wright *et al.*, 2013; Salamander Trust, 2013). Um caminho possível é pensar em cada projeto PaPS local como um estudo de caso; ampliação é, então, sobre uma ampla análise de uma série de estudos de caso, identificar padrões gerais e teorias, embora reconhecendo a singularidade do lugar. Esta abordagem está sendo seguida pelo ICPHR no contexto do projeto Base de Dados de Conhecimento. Outra ideia, que é uma promessa para a PaPS é a multiplicação (*scaling across*), um conceito de desenvolvimento de comunidades de práticas (Wheatley & Frieze, 2011, p. 36): "A multiplicação ou escalada acontece quando as pessoas criam algo localmente e inspiram outros que levam a ideia para casa e desenvolvem a ideia original à sua própria maneira."

3.10. A PaPS obedece a critérios de validade específicos

A PaPS incorpora quer os métodos quantitativos, quer os qualitativos, dependendo do tipo de dados necessários. Os métodos devem ser adaptados ao processo de pesquisa participativa que, muitas vezes, significa um desvio dos padrões metodológicos encontrados nas formas não participativas de pesquisa em saúde. Importante é a adesão aos critérios de validade específicas para abordagens de pesquisa participativa. Estes incluem (cf. Greenwood & Levin, 2005; Edwards *et al.*, 2008; Roman & Apple, 1990; Waterman *et al.*, 2001; Dadds, 2008; Sohng, 1995; Reason & Bradbury, 2008; Lather, 1986b):

Validade Participativa. A medida em que todas as pessoas interessadas são capazes de tomar parte ativa no processo de investigação em toda a extensão possível;

Validade Intersubjetiva. A medida em que a pesquisa é vista como sendo credível e significativa pelas partes interessadas segundo uma variedade de perspetivas;

Validade Contextual. A medida em que a pesquisa se relaciona com a situação local;

Validade Catalítica. A medida em que a pesquisa é útil em termos de apresentar novas possibilidades para a ação social;

Validade Ética. A medida em que os resultados da investigação e as mudanças exercidas sobre as pessoas pela pesquisa são sólidas e justas;

Validade Empática. A medida em que a investigação tem aumentado a empatia entre os participantes.

3.11. A PaPS é um processo dialético caracterizado por alguma desordem

O conhecimento e as estratégias de ação gerados pela PaPS surgem num processo facilitado de investigação coletiva. O processo é caracterizado por um diálogo entre os participantes com diferentes perspetivas sobre o assunto em estudo. O diálogo não resulta necessariamente numa visão consensual, mas pode revelar e avançar com vários pontos de vista diferentes, resultando em diferentes formas de abordar a questão de saúde em causa. Em qualquer caso, o processo dialógico tem a intenção de promover a aprendizagem transformacional com base numa análise crítica das causas da saúde e da doença.

A aprendizagem transformacional é possível através de um processo dialético em que os participantes são desafiados a investigar suposições com base no seu conhecimento local (tácito). O diálogo autêntico torna essa investigação possível. Devido à variedade de perspetivas e formas de conhecimento encontrados entre os

participantes, não é apropriado uma adesão estrita a um protocolo de pesquisa e as normas metodológicas.

O rigor na PaPS encontra-se na medida em que a pesquisa facilita tornar possíveis ideias novas e transformadoras que estas novas abordagens para a ação oferecem. A dialética em PaPS, como acontece com outras formas de pesquisa participativa, é dupla. Normalmente, desenrola-se um "padrão em espiral", em que os participantes refletem, planeiam, agem e refletem novamente, em vários ciclos repetidos (cf. McNiff, 1992). As ações estão numa relação dialética com a geração de novos conhecimentos, resultando num desenvolvimento contínuo de ação e conhecimento. Isso empresta a muitos projetos PaPS um carácter iterativo e recursivo desafiando uma descrição linear simples de planeamento e implementação de um projeto de pesquisa.

O segundo aspeto da dialética envolve um confronto entre diferentes perspetivas e formas de conhecimento dos participantes. A ampla gama de ideias e percepções cria um conflito para muitos participantes, desafiando-os a articular e examinar as suas opiniões sobre o assunto em estudo e sobre o papel que desempenham no agravamento ou melhoria do problema de saúde. Explicações estabelecidas (oficiais) tornam-se insustentáveis quando confrontadas com considerações em alternativa trazidas para o diálogo por outros participantes da pesquisa. Uma nova síntese pode ser alcançada para explicar os diferentes pontos de vista, resultando em novas formas de ver e de agir. Este é um aspeto importante do rigor encontrado na PaPS.

Se a tensão dialética for mantida, a "confusão" surge no processo, com os participantes muitas vezes exibindo confusão e irritação quando os seus pressupostos são questionados. Como Cook descreve (2009, p. 282; cf. Law, 2007):

Indo para além da retórica e reformulando e desenvolvendo novas maneiras de avançar é um processo variável, instável e confuso. Quando os participantes e pesquisadores zigzagueiam entre os modos intuitivos e analíticos de pensamento, os pensamentos e ideias não são imediatamente claras. As condições para o conhecimento estão onde os participantes da pesquisa tropeçam e, em seguida, encontram o seu caminho de novo, onde as tensões são detidas e dissipadas. A "área de confusão" é formada onde os participantes desconstroem noções bem ensaiadas da prática e aspetos de velhas crenças, estão conscientes do alvorecer do novo, mas ainda não faz muito sentido para eles. É onde as "alternativas mutuamente incompatíveis" (Feyerabend, 1975) são debatidas e argumentadas com e onde a colaboração

ocorre. Colaborar envolve engajar-se em "... labuta, sofrimento, angústia; esforços das faculdades do corpo ou da mente ... uma atividade que é, por vezes suscetível de ser desconfortável" (Sumara & Luce-Kapler, 1993: 393). Sempre que a colaboração tem lugar, é provável que as "confusões", incapazes de resolução através da imposição de estruturas técnicas predeterminadas, persista. Esta "área de confusão" é um fórum para o intercâmbio de percepções e crenças, um lugar de co-construção, onde vertentes de conhecimento e aprendizagem são trazidas à luz e analisadas. Estas vertentes, em última análise, agem como catalisadores para novos conhecimentos que influenciam o desenvolvimento e a mudança. É o espaço de liberdade criativa e novas ideias. É um lugar para celebrar "a importância de não saber sempre o que se está fazendo" (Atkinson & Claxton, 2000). [...] A "área de confusão" pode agora ser enquadrada como um espaço comunicativo onde os participantes aprofundam a compreensão individual e colaborativa para perturbar o saber atual. É um lugar onde o conhecimento técnico (profissional), a experiência, o juízo, a criatividade e a intuição são usados para abraçar novas e múltiplas formas de ver.

A ocorrência de confusão, neste sentido, é uma característica fundamental da PaPS, onde o envolvimento com a confusão é caracterizado como "... um processo complexo de investigação, envolvendo uma ampla gama de técnicas, onde confuso se entende como difícil, não descuidado" (Mellor, 1999). Isto resulta num processo de pesquisa que é não-linear, multi-centrado e cujos resultados de investigação não podem ser caracterizados à priori. Esta qualidade faz com que seja difícil para a PAPS atender aos requisitos das investigações típicas, dada a necessidade de definir previamente as fases do projeto de pesquisa, os métodos a serem utilizados, e o âmbito e a natureza dos resultados.

4. A ética da pesquisa-ação participativa em saúde

A ética em pesquisa tem sido formulada ao longo das últimas décadas como uma resposta a violações flagrantes dos direitos humanos das pessoas que participam em estudos de investigação. Códigos de ética em pesquisa assumem os projetos de pesquisa não-participativos, com foco no dever dos pesquisadores académicos de proteger os direitos dos sujeitos das suas pesquisas.

O processo coletivo de produção de conhecimento característico da PaPS e outras formas de pesquisa participativa coloca desafios éticos específicos (cf. Flicker *et al.*, 2007; Von Unger & Narimani, 2012). O mais proeminente é o conflito que pode surgir

entre os participantes em projetos de investigação, sobretudo tendo em conta os diferenciais de poder e status entre as várias partes interessadas. Estes conflitos podem girar em torno dos diferentes níveis de participação e influência associada durante o processo de pesquisa. Tais conflitos podem ser exacerbados por questões relacionadas com o financiamento e a distribuição de recursos entre as partes interessadas. Além disso, é comum que os pesquisadores académicos enfrentem o desafio de equilibrar o que entendem como seu dever de proteger os parceiros não académicos e o direito dos parceiros não académicos à autodeterminação. O ICPHR está a desenvolver um documento de posição em princípios éticos, com base na experiência internacional e as orientações éticas atualmente em desenvolvimento, para orientar os praticantes de PaPS na abordagem das questões éticas levantadas nos processos de pesquisa participativa.

5. A importância da facilitação em pesquisa-ação participativa em saúde

Entre os papéis vitais de qualquer pesquisador de PaPS está o do facilitador: a pessoa ou pessoas que agem como intermediários entre os vários intervenientes no processo de pesquisa participativa. De acordo com o contexto, os facilitadores podem ser chamados animadores, convocadores ou mediadores.

A facilitação é muitas vezes assumida como uma habilidade técnica composta por um conjunto de técnicas, com vista a supervisionar a complexidade e dificuldade da tarefa. Como tal, tornou-se uma das muitas "caixas negras" analíticas no estudo de processos participativos. Enquanto os interesses de participação das diferentes partes interessadas, a psicologia dos participantes ou os seus conhecimentos tenham sido exaustivamente examinados em estudos académicos e análises de políticas, o próprio processo de facilitação tem sido largamente ignorado. Em contrapartida, os melhores facilitadores realizam constantemente reflexões autocríticas na sua própria prática, geralmente de forma isolada dos analistas académicos.

Facilitadores de processos participativos, incluindo PaPS, podem contribuir para o entrincheiramento da autoridade dominante, que estão a tentar estudar e influenciar. Isto pode ocorrer, por exemplo, através de tentativas pouco exigentes para aplicar um método de participação "off-the-shelf", como se fosse meramente um procedimento técnico ou método de investigação. Isto está em contraste gritante com o conceito de facilitação como um ofício (habilidade). Como qualquer ofício, requer uma aprendizagem abrangente, em vez de um punhado de lições breves. A formação de facilitadores tem de ser suficientemente ampla para os profissionais PaPS saberem como facilitar numa variedade de contextos complexos e, geralmente, altamente

politizados (cf. Wakeford & Pimbert, 2013; Wagner, 2010; cf. Allen *et al.*, 2010; McIntyre, 2008).

O ICPHR procura contribuir para uma construção de autocrítica das melhores abordagens para a facilitação. A par de um desejo de alcançar objetivos políticos positivos, a facilitação da PaPS deve basear-se nas habilidades “Faça Você Mesmo (do-it-yourself)” de um artesão, desenhado em entendimentos tácitos e longe da postura distanciada da investigação social académica e convencional. O ICPHR está a desenvolver um documento de posição detalhando o que precisa ser considerado na facilitação de processos PaPS.

6. A contribuição única da pesquisa-ação participativa para as questões de saúde

A força da PaPS e da pesquisa participativa de forma geral é a união de conhecimento e ação para abordar as questões ao nível local. Enquanto que as ciências sociais têm sido criticadas por se concentrarem nos problemas e défices, sobretudo das pessoas marginalizadas, não oferecendo nenhuma solução; a PaPS trabalha em conjunto com pessoas mais afetadas por problemas de saúde, com foco nos seus pontos fortes, a fim de encontrar novas formas de conhecimento e ação coletiva para uma mudança positiva.

O projeto Base de Dados de Conhecimento da ICPAPS está a recolher exemplos de PaPS de todo o mundo para definir mais claramente a contribuição única que PaPS tem dado para abordar questões de saúde e para sintetizar os resultados de estudos individuais para fins de geração de conhecimento comum.

7. Quando é a pesquisa-ação participativa em saúde adequada

PaPS não é um protocolo de pesquisa “one-size-fits-all”, nem é sempre apropriada. Cook & Kothari (2003) falam de forma muito persuasiva sobre a “tirania da participação”, em que os métodos participativos de inquérito simplificam a natureza do poder e, portanto, estão em perigo de incentivar uma reafirmação do poder e controle social, não só por certos indivíduos e grupos, mas também em relação a corpos particulares de conhecimento. Se não formos capazes de ver o conhecimento como um acúmulo de normas, rituais e práticas que estão embutidos nas relações de poder, vamos cair em dicotomias de poder que não caracterizam adequadamente as formas em que o conhecimento é produzido ou os processos pelos quais se torna normalizado. Por outras palavras, há o perigo de que a prática da PaPS, na verdade, reforce os aspetos negativos da ordem social existente, que está tentando mudar. Há alguns contextos onde a PaPS não é apropriada e pode realmente causar danos

devido a práticas institucionais ou estruturas de poder. Por outro lado, existem alguns contextos que estão habilitados. Kar, Lundstrom e Adkins (1997) argumentam que os seguintes aspectos são cruciais para a aplicação da pesquisa participante:

Um ambiente político caracterizado pela **democracia e descentralização**;

Apoio de lideranças locais para alterar as instituições, pela aprendizagem e compreensão da capacidade dos leigos e da riqueza dos recursos locais;

A **capacidade de facilitação** para o planejamento e gestão baseado na comunidade, com suficientes praticantes de pesquisa participativa para realizar o trabalho.

O ICPHR irá desenvolver ao longo do tempo, com base na experiência internacional, um conjunto de orientações para auxiliar os profissionais de PaPS a decidir quando o uso de abordagens participativas para pesquisa em saúde é adequado e quais as características dos indivíduos e organizações/instituições mais adequadas para realizar uma abordagem participativa para a pesquisa em saúde.

Referências Bibliográficas

Abma, T. A. (2006). Patients as Partners in a Health Research Agenda Setting: The Feasibility of a Participatory Methodology. *Evaluation & the Health Professions*, 29(4): 424-439.

Abma, T. A., & Broerse, J. E. W. (2010). Patient Participation as Dialogue: Setting Research Agendas. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 13(2): 160-173.

Allen, M. L., Culhane-Pera, K. A., Pergament, S. L., & Call, K. T. (2010). Facilitating Research Faculty Participation in CBPR: Development of a Model Based on Key Informant Interviews. *Clinical and Translational Science*, 3(5): 233-238.

Argyris, C., Putnam, R., & Smith, D. (1985). *Action Science: Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.

ATHENA Network; Global Coalition on Women and AIDS (GCWA) (2013). *Building Women's Global Meaningful Participation in the High Level Meeting on AIDS*: http://www.athenanetwork.org/assets/files/HLM/AP_Factsheet.pdf

Atkinson, T., & Claxton, G. (eds.) (2000). *The Intuitive Practitioner: On the Value of Not Always Knowing What One Is Doing*. Bristol: Open University Press.

Bassey, M. (2001). A Solution to the Problem of Generalisation in Educational Research: Fuzzy Prediction. *Oxford Review of Education*, 27(1): 5-22.

- Bastidi, E. M., Txeng, T. S., McKeever, C., & Jack, L. (2010). Ethics and Community-Based Participatory Research: Perspectives from the Field. *Health Promotion Practice*, 11(1): 16-20.
- Beckman, M., Penney, N., & Cockburn, B. (2011). Maximizing the Impact of Community-Based Research. *Journal of Higher Education Outreach and Engagement*, 15(2): 83-103.
- Bennett, F., & Roberts, M. (2004). *From Input to Influence: Participatory Approaches to Research on Poverty*. York: Joseph Rowntree Foundation:
<http://www.jrf.org.uk/publications/participatory-approaches-research-poverty>.
- Bishop, R. (2005). Freeing Ourselves from Neo-colonial Domination in Research. A Kaupapa Maori Approach to Creating Knowledge. In: N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 3rd edition. Sage, Thousand Oaks et al.: 109-138.
- Blackstock, K. L., Kelly, G. J., & Horsey, B. L. (2007). Developing and Applying a Framework to Evaluate Participatory Research for Sustainability. *Ecological Economics*, 60(4): 726-742.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Boote, J., Telford, R., & Cooper, C. (2002). Consumer Involvement in Health Research: A Review and Research Agenda. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 61(2): 213-236. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12088893>.
- Brandão, C. R. (Org.) (1987). *Repensando a pesquisa participante*. 3 ed. São Paulo: Brasiliense.
- Braun, K. L., Nguyen, T. T., Tanjasiri, S. P., Campbell, J., Heiney, S. P., Brandt, H. M., Smith, S. A., et al . (2012). Operationization of Community-Based Participatory Research Principles: Assessment of The National Cancer Institute's Community Network Programs. *American Journal of Public Health*, 102(6): 1195-1203.
- Brito, I. (2008). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endêmica*. Tese de Doutorado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Afrontamento, Porto.

- Cargo, M., & Mercer, S. (2008). The Value and Challenges of Participatory Research: Strengthening Its Practice. *Annu. Rev. Public Health*, 29:24.1-24.26.
- Carr, W., & Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*. London: Falmer Press.
- Chambers, R. (1981). *Rapid Rural Appraisal-Rationale*. Discussion Paper 155. Brighton: Institute of Development Studies.
- Cook, B., & Kothari, U. (eds.) (2003). *Participation. The New Tyranny*. London: Zed Books.
- Cook, T. (2009). The Purpose of Mess in Action Research: Building Rigour Through a Messy Turn. *Educational Action Research*, 17(2): 277-291.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (1999). *Collaborating for Change: Appreciative Inquiry*. San Francisco: Barrett-Koehler Communications.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking "Participation" Models, Meanings and Practices. *Community Development Journal*, 43(3): 269-283.
- Cropper, S., Porter, A., Williams, G., Carlisle, S., Moore, R., O'Neill, M., ... Snooks, H. (2010). *Community Health and Wellbeing. Action Research on Inequalities*. Bristol: Policy Press.
- Dadds, M. (2008). Empathetic Validity in Practitioner Research. *Educational Action Research*, 16(2): 279-290.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (eds.) (2011). *Sage Handbook of Qualitative Research*. 4th edition. London: Sage Publications.
- Department of Health (DoH) (1999). *Patient and Public Involvement in the NHS*. London: Department of Health.
- Department of Health (DoH) (2006). *Best Research for Best Health: A New National Health Research Strategy*. London: DH Publications.
- Edwards, K., Lund, C., & Gibson, N. (2008). Validity: Expecting the Unexpected in Community-Based Research. *Pimatisiwin. A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(3): 17-29.
- Elliott, J. (1991). *Action Research for Educational Change*. Buckingham: Open University Press.
- Fals-Borda, O., & Rahman, M. (ed.) (1991). *Action and Knowledge. Breaking the Monopoly with Participatory Action Research*. New York: Apex.

- Fetterman, D. M., Kaftarian, S. J., & Wandersman, A. H. (1995). *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability*. Los Angeles: Sage.
- Feyerabend, P. (1975). *Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge*. London: Verso.
- Flicker, S., Travers, R., Guta, A., McDonald, S., & Meagher, A. (2007). Ethical Dilemmas in Community-Based Participatory Research: Recommendations for Institutional Review Boards. *Journal of Urban Health*, 86 (4): 478-493.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Freire, P. (1982). *Creating Knowledge: A Monopoly*. New York: Harper.
- Goldberger, N. R., Tanile, J. M., Clinchy, B. M., & Belenky, M. F. (eds.) (1996). *Knowledge, Difference and Power: Essays Inspired by Women's Ways of Knowing*. New York: Basic Books.
- GraRN, MSci, A. (1971). *Selections from Prison Notebooks*. London: Lawrence and Wishart.
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (2005). Reform of the Social Sciences and of Universities Through Action Research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd edition. Thousand Oaks et al.: Sage: 43-64.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (eds.). *Sage Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications: 191-215.
- Gustavsen, B. (1992). *Dialogue and Development*. Assen: van Gorcum.
- Habermas, J. (1970). *Toward a Rational Society*. Boston: Beacon Press.
- Hart, E., & Bond, M. (1995). *Action Research for Health & Social Care*. London: Open University.
- Heron, J. (1996). *Co-operative Inquiry: Research in the Human Condition*. London: Sage Publications.
- Institute of Medicine (IOM). (2009). *Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research*. Washington, DC. The National Academy Press.

- International Planned Parenthood Federation (IPPF), The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Global Network of People living with HIV/AIDS (GNP+), International Community of Women living with HIV/AIDS (ICW). (2013). *The People Living with HIV Stigma Index*. <http://www.stigmaindex.org/>
- Ismail, S. (2009). *Participatory Health Research. International Observatory on Health Research Systems*. Cambridge: RAND Europe.
- Israel, B., Eng, E., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Satcher, D. (2005). *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Israel, B. A., Coombe, C. M., Cheezum, R. R., Schulz, A. J., McGranagh, R. J., Lichtenstein, ... Burris, A. (2010). Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*, 100(11): 2094-2102.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. & Becker, A. B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., Becker, A. B., Allen, A. J., & Guzman, J. R. (2003). Critical Issues in Developing and Following Community-Based Participatory Research Principles. In M. Minkler, & N. Wallerstein (eds.). *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass: 56-73.
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., ... Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *The Milbank Quarterly*, 90(2): 311-346.
- Jagosh, J., Pluye, P., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Henderson, J., Sirett, E., ... & Green, L. W. (2011). Assessing the Outcomes of Participatory Research: Protocol for Identifying, Selecting, Appraising and Synthesizing the Literature for Realist Review. *Implementation Science*, 6(24): <http://www.implementationscience.com/content/6/1/24>
- Johansson, A. W., & Lindhult, E. (2008). Emancipation or Workability: Critical Versus Pragmatic Scientific Orientation in Action Research. *Action Research*, 6(1): 95-115.
- Kar, K., Lundstrom, T., & Adkins, J. (1997). *Who Will Influence the Institutionalisation of Participation and on Whose Terms? Recent Experiences in Institutionalising Participatory Approaches in Development from Lindi and Mtwara Regions*. Rural Integrated Programme Support (RIPS), Tanzania.

- Kemmis, S (2006) Participatory Action Research and the Public Sphere. *Educational Action Research*, 14(4): 459-476.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1986). *The Action Research Planner*. Geelong: Deakin University Press.
- Kuhn, T. S. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions*. 3rd edition. Chicago: University of Chicago Press.
- Lather, P. (1986a). *Issues of Validity in Openly Ideological Research: Between a Rock and a Soft Place*. *Interchange*, 17(4): 63-84.
- Lather, P. (1986b). Research as Practice. *Harvard Educational Review*, 55(3): 290-300.
- Law, J. (2007). Making a Mess with Method. In: Outhwaite, W., & Turner, S. P. (eds.). *The Sage Handbook of Social Science Methodology*. London: Sage: 595-606.
- Ledwith, M., & Springett, J. (2010). *Participatory Practice. Community-Based Action for Transformative Change*. Bristol: The Policy Press.
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. New York: Harper.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ.
- Macaulay, A., Commanda, L., Freeman, W. L., Gibson, N., McCabe, M., Robbins, C., & Twohig, P. (1999). Responsible Research with Communities: Participatory Research in Primary Care. *British Medical Journal*, 319, 774-778.
- Macaulay, A. C., Jagosh, J., Seller, R., Henderson, J., Cargo, M., Greenhalgh, ... Pluye, P. (2011). Assessing the Benefits of Participatory Research: A Rationale for a Realist Review. *Global Health Promotion*, 18(2): 45-48.
- Maguire, P. (1987). *Doing Participatory Research: A Feminist Approach*. Amherst, MA: University of Massachusetts.
- Makosky Daley, C., James, A. S., Ulrey, E., Joseph, S., Talawyma, A., Choi, W. S., Allen Greiner, K., & Coe, M. K. (2010). Using Focus Groups in Community-Based Participatory Research: Challenges and Resolutions. *Qualitative Health Research*, 20(5): 697-706.
- McIntyre, A. (2008). *Participatory Action Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- McNiff, J. (1992) *Action Research Principles and Practice*. London: Routledge.

- Mellor, N. (1999). *From Exploring Practice to Exploring Inquiry: A Practitioner Researcher's Experience*. PhD thesis. Newcastle: University of Northumbria.
- Mercer, G. (2002). Emancipatory Disability Research. In C. Barnes, M. Oliver, & L. Barton (eds.). *Disability Studies Today*. Cambridge: Blackwells: 228-249.
- Mezirow, J. and Associates (1990). *Fostering Critical Reflection in Adulthood. A Guide to Transformational and Emancipatory Learning*. Jossey-Bass: San Francisco, CA.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2008). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcome*. Jossey-Bass: San Francisco, CA.
- Narayanasamy, N. (2009). *Participatory Rural Appraisal: Principles, Methods, and Application*. London: Sage Publications.
- National Health and Medical Research Council & Consumers' Health Forum of Australia. (2002). *Statement on Consumer and Community Participation in Health and Medical Research*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267.
- Onwuegbuzie, A. J., Burke Johnson, R., & Collins, K. M. T. (2009). Call for Mixed Analysis: A Philosophical Framework for Combining Qualitative and Quantitative Approaches. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3(2): 114-139.
- Park, P. (2001). Knowledge and Participatory Research. In P. Reason, & H. Bradbury (eds.). *Handbook of Action Research: Participatory Inquiry and Practice*. London: Sage Publications: 81-90.
- People's Health Movement. (2013). <http://www.phmovement.org/>
- Reason, P. (ed.) (1998). *Human Inquiry in Action*. London: Sage Publications.
- Reason, P., & Bradbury, H. (eds.) (2008). *Handbook of Action Research*. 2nd edition. Sage, Thousand Oaks et al.
- Reed, J. (2007). *Appreciative Inquiry: Research for Change*. London: Sage Publications.
- Rifkin, S. B. (1996). Paradigms Lost: Towards a New Understanding of Community Participation in Health Programmes. *Acta Tropica*, 61(2): 79-92.
- Rocha, M., & Aguiar, K. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. [Versão eletrônica]. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23(4): 64-73.

- Roman, L. G. & Apple, M. W. (1990). Is Naturalism a Move Away from Positivism? Materialist and Feminist Approaches to Subjectivity in Ethnographic Research. In E. Eisner W., & A. Peshkin (eds.). *Qualitative Inquiry in Education*. New York: Teachers' College Press: 38-73.
- Salamander Trust. (2013). <http://www.salamandertrust.net/index.php/page/Home/>
- Salimi, Y., Shahandeh, K., Malekafzali, H., Loori, N., Kheiltash, A., Jamshiki, E. ... Majdzadeh, R. (2012). Is Community-Based Participatory Research (CBPR) Useful? A Systematic Review on Papers in a Decade. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(6): 386-393.
- Sallis, E. (2002). *Total Quality Management in Education*. London: Routledge.
- Santos, B. S. (1988). *Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna*. *Estud. av.* [online]. 2 (2): 46-71.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. London: Maurice Temple Smith Ltd.
- Smithies, J., & Webster, G. (1998). *Community Involvement in Health. From Passive Recipients to Active Participants*. Aldershot: Ashgate.
- Sohng, S. S. L. (1995). *Participatory Research and Community Organizing*. Working paper presented at the New Social Movement and Community Organizing Conference, University of Washington, Seattle, WA. November 1-3, 1995.
- Stenhouse, L. (1975). *An Introduction to Curriculum Research and Development*. London: Heinemann.
- Stepping Stones. (2013) <http://www.stepsstonesfeedback.org/>
- Stewart, R. J., Caird, J., Oliver, K., & Oliver, S. (2012). Patients' and Clinicians' Research Priorities. *Health Expectations: An International Journal Of Public Participation In Health Care And Health Policy*, 14(4): 439-448.
- Stoecker, R. (2013). *Research Methods for Community Change: A Project-Based Approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Sumara, D. J. & Luce-Kapler, R. (1993). Action Research as Writerly Text. *Educational Action Research*, 1(3): 387-395.
- Tripp, D. & Wilson, J. (2001). Critical Incidents in Action Research in Education. In S. Sankaran *et al.* *Effective Change Management Using Action Research and Action Learning: Concepts, Frameworks, Processes and Applications*. Lismore: Southern Cross University Press: 121-132.

- Trivedi, P., & Wykes, T. (2002). From Passive Subjects to Equal Partners: Qualitative Review of User Involvement In Research. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6): 468-472.
- Unger, H. von (2012a). Participatory Health Research with Immigrant Communities in Germany. *International Journal of Action Research*, 8(3): 266-287.
- Unger, H. von (2012b). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13(1): Art. 7.
- Unger, H. von & Narimani, P. (2012). *Ethische Reflexivität im Forschungsprozess: Herausforderungen in der Partizipativen Forschung*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Van de ven, A. (2007). *Engaged Scholarship: A Guide for Organisational and Social Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., Gartlehner, G., Lohr, K. N., Griffith, D., ... Whitener, L. (2004). *Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 99*. AHRQ Publication Number 04-E022-1, August 2004. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Wadsworth, Y. (1998). What is Participatory Research? *Action Research International*, November (www.scu.edu.au/schools/gam/ar/p_ywadsworth).
- Wagner, J. (2010). Ignorance in Educational Research: How not Knowing Shapes New Knowledge. In P. Thomson, & M. Walker (eds.). *The Routledge Doctoral Student's Companion*. London: Routledge: 31-42.
- Wakeford, T., & Pimbert, M. (2013). Opening Participatory Democracy's Black Box: Facilitation as Creative Bricolage. In T. Noorani, C. Blencowe, & J. Brigstocke (eds.). *Problems of Participation. Reflections on Democracy, Authority, and the Struggle for Common Life*. Lewes, UK: ANR Press: 69-82.
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & de Koning, K. (2001). Action Research: A Systematic Review and Guidance for Assessment. *Health Technology Assessment*, 5(23).
- Watterson, A. (1995). Lay Worker and Community Epidemiology – A new Approach to Documenting Community Health. *Pesticides News*, No. 30: 8-9.
- Wheatley, M., & Frieze, D. (2011). *Walk Out, Walk On*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

- White, M. A. & Verhoef, M. J. (2005). Toward a Patient-Centered Approach: Incorporating Principles of Participatory Action Research Into Clinical Studies. *Integrative Cancer Therapies*, 4(1): 21-24.
- Whitelaw, S., Beattie, A., Balogh, R., & Watson, J. (2003). *A Review of the Nature of Action Research*. Cardiff: Welsh Assembly Government.
- Winter, R. (2002). Truth or Fiction: Problems of Validity and Authenticity in Narratives of Action Research. *Educational Action Research*, 10(1): 143-154.
- Wright, M. T. (2012). Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität. In R. Rosenbrock, & S. Hartung. *Partizipation und Gesundheit*. Bern: Hans-Huber: 91-101.
- Wright, M. T., Gardner, B., Roche, B., von Unger, H., & Ainlay, C. (2010). Building an International Collaboration on Participatory Health Research. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 4(1): 31-36.
- Wright, M. T., Kilian, H., & Brandes, S. (2013). *Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Das Gesundheitswesen. DOI 10.1007/s00103-012-1628-7.
- Wright, M. T., Roche, B., von Unger, H., Block, M., & Gardner, B. (2009). A Call for an International Collaboration on Participatory Research for Health. *Health Promotion International*, 25(1): 115-122.
- Wright, M. T., von Unger, H., & Block, M. (2010). Lokales Wissen, lokale Theorie und lokale Evidenz für die Prävention und Gesundheitsförderung. In M. T. Wright (Hg.) (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans-Huber: 53-74.