

## CAPÍTULO 15 – UMA HISTÓRIA A SEGUIR

LOUISE POTVIN<sup>1</sup>

A história deste livro é a história de um projeto que, de repente, ganha força. Antes de encerrar um primeiro ciclo de financiamento, as responsáveis da CACIS decidiram publicar uma antologia composta por artigos dos colaboradores da Cátedra (AUBRY e POTVIN, 2012). Zulmira Hartz e toda a equipe do Brasil, evidentemente, foram convidadas a participar. Mas Zulmira tinha outra ideia! Nossa colaboração, que data dos primórdios da Cátedra, deu demasiados frutos para que um só ou até dois artigos bastem para fazer sua análise. Em realidade, e tratava-se de um argumento muito mais convincente, redigir paralelamente uma antologia em português, para um leitorado brasileiro, permitia sustentar muito mais o desenvolvimento da capacidade local em matéria de avaliação das intervenções em promoção da saúde do que uma contribuição em uma obra publicada no Quebec. De fato, se esta obra destaca as contribuições desta colaboração neste sentido, parece-me igualmente importante examinar como esta colaboração sustentou também o trabalho de inovação da Cátedra.

“Inovação invertida” (*“innovation inversée”*), este último conceito está na moda para descrever uma via possível nas relações industriais e comerciais entre o Norte e o Sul, entre os países ricos, os países emergentes e os países mais pobres. Embora eu considere o termo uma escolha muito duvidosa, parece-me que a realidade que ele descreve se concretiza cada dia mais; muitas inovações não seguem mais a trajetória admitida de uma concepção nos países ricos seguida por uma adaptação-exportação-difusão nos países mais pobres. Esta trajetória “idealizada” é associada a resultados cada vez mais limitados, visto que as inovações desenvolvidas nos países ricos são geralmente acessíveis nos países mais pobres somente a uma pequeníssima parcela da população. Sua penetração restrita limita consideravelmente seu potencial comercial e sua capacidade em fornecer soluções apropriadas a problemas amplamente difundidos.

A inovação invertida descreve os fenômenos pelo qual uma solução inovadora é criada, em primeiro lugar, em um país mais pobre para resolver problemas que são colocados localmente, para em seguida ser difundida a contracorrente e alcançar os consumidores em toda parte no mundo, inclusive nos países ricos (GOVINDARAJAN e TRIMBLE, 2012). O conceito de inovação invertida revela também o potencial comercial limitado de uma estratégia que consiste em exportar para os países em desenvolvimento as soluções tecnológicas, adaptadas ou não, desenvolvidas para responder às necessidades dos mercados nos países do Norte. De acordo com Govindarajan e Trimble, é necessário criar novas soluções lá onde se apresentam os problemas mais do que adaptar e importar as tecnologias desenvolvidas no Norte, pois as inovações elaboradas para responder às necessidades nos países ricos são inadequadas para responder às necessidades nos países menos ricos. As diferenças entre os países ricos e os países mais pobres, mesmo emergentes, são demasiado grandes, em especial no que diz respeito: 1) às preferências dos consumidores do Sul que não são as mesmas dos consumidores do Norte; 2) às infraestruturas que, nos países menos ricos, muitas vezes, não podem sustentar as mesmas tecnologias que nos países ricos; e 3) ao fato que, em função dos recursos limitados nos países menos ricos, os consumidores satisfazem-se geralmente com um nível de desempenho menor tendo custos significativamente mais baixos. As

1. Universidade de Montreal.

soluções inovadoras devem, portanto, ser desenvolvidas lá onde os problemas existem, e parece que de maneira crescente várias destas inovações encontram oportunidades na escala global, inclusive nos países ricos.

Sempre de acordo com Govindarajan e Trimble, existem dois caminhos pelos quais as inovações desenvolvidas nos países menos ricos alcançam os mercados dos países mais ricos. O primeiro, cujo impacto é imediato, supõe que existem nos países mais ricos segmentos de população cujas características e necessidades são semelhantes àquelas das populações dos países menos ricos de onde vêm certas inovações. O acesso ao microcrédito como medida de luta contra a pobreza é um exemplo tipo de tal procedimento. Fundado no Bangladesh em 1976 por um professor de ciências econômicas da Universidade de Chittagong, Muhammad Yunus, o Grameen Bank conhece, no fim do século passado, um sucesso regional no subcontinente indiano que vale à organização e a seu fundador partilhar o prêmio Nobel da Paz em 2006 ([www.grameen.com](http://www.grameen.com)). Esta inovação local se difunde agora na escala do planeta quando, mesmo em países ricos como os Estados Unidos, o acesso ao microcrédito a grupos organizados de mulheres se torna uma estratégia de luta contra a pobreza ([www.grameenamerica.org](http://www.grameenamerica.org)). O segundo caminho está ligado ao fato que, em vários países ricos, existem tendências que reduzem as diferenças que os distinguem dos países mais pobres. Por exemplo, as recessões cíclicas que as economias liberais do Norte enfrentam atingem mais seriamente os países mais ricos que, muitas vezes, não têm a escolha de mudar reduzindo suas infraestruturas. Assim, a invenção do futuro não é mais propriedade exclusiva dos países mais ricos. Como em relação a outras dimensões de nossa vida coletiva, a inovação e a capacidade de inovar se torna global, e passa pelo crescimento das trocas horizontais entre núcleos locais, cada um envolvido com a necessidade de inventar soluções locais.

Eu anunciei isto de início, considero o termo inovação invertida pouco apropriado e até pejorativo, pois ele supõe uma normalização do canal de difusão da inovação dos mais ricos para os mais pobres. Em realidade, é um erro grosseiro e uma insolência que frequentemente beirou o cinismo e que permitiu, durante muito tempo, aos países do Norte acreditarem que eles tivessem soluções prontas para usar a fim de solucionar os problemas do Sul. De qualquer maneira, a realidade problematizada por este conceito e como é descrita sumariamente acima, parece-me corresponder exatamente aos *a priori* epistemológicos e ideológicos que fundaram o trabalho de colaboração entre a CACIS e seus parceiros montrealenses e brasileiros e que permitem hoje formalizar um projeto mais global que incluirá parceiros de outros continentes. Da mesma forma que nunca pensamos que a universidade fosse um lugar particularmente privilegiado para desenvolver as soluções que permitem às populações desfavorecidas inventar e implementar condições mais favoráveis para sua saúde, nunca passou na nossa mente que nossas colaborações com os colegas brasileiros constituíssem uma transferência tecnológica de mão única.

## **A CACIS: um programa de pesquisa local**

Foi no início dos anos 2000, quando a expectativa de vida das mulheres nos países mais industrializados supera a marca dos oitenta anos que começa a ser colocada com acuidade a questão das desigualdades sociais de saúde. Evidentemente, as diferenças consideráveis nos indicadores de saúde entre os países do Norte e os do Sul eram conhecidas e os programas de ajuda internacional dos países do Norte ou de organizações multilaterais encarregavam-se de implementar diversos

programas de desenvolvimento econômico e de alívio do sofrimento que permitiam às populações dos países mais ricos acreditarem-se em geral em melhor situação do que as populações do Sul. Os trabalhos que se seguiram à publicação do Rapport Black (DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1980) e que confirmaram a robustez do gradiente de saúde (MCINTYRE, 1997) evidenciaram a falsidade da crença popular segundo a qual há os pobres de um lado que sofrem e estão doentes e os mais abastados do outro, que desfrutam em geral de uma melhor qualidade de vida e de uma boa saúde. Em realidade, o gradiente de saúde significa que, em uma população dada, e independentemente dos fatores que estruturam a hierarquia social, aqueles que ocupam o topo da escala social desfrutam de uma melhor saúde do que aqueles que se encontram na classe logo abaixo, e que eles próprios têm uma melhor saúde do que aqueles que estão abaixo deles e assim por diante até os estratos mais baixos da hierarquia. Não se é rico e com saúde ou pobre e doente; desfruta-se, em geral, simplesmente, de uma melhor saúde do que aqueles que são menos abastados que si próprio, mas de uma saúde mais precária do que aqueles que são mais ricos. Por consequência, uma comparação indiferenciada da situação sanitária global entre os países ricos e os países pobres esconde muitas vezes uma realidade mais complexa que varia conforme as desigualdades sociais de saúde. Por isso, se é verdade que em uma cidade como Montreal muitas pessoas podem esperar uma longevidade em boa saúde entre as mais elevadas do planeta, os habitantes de certos bairros, quanto a eles, devem se satisfazer com uma expectativa de vida inferior àquela que conhecem os Cubanos, por exemplo, ou os habitantes de certas regiões do Brasil. Pior ainda, em certos bairros de grandes cidades americanas como Detroit ou Nova Iorque, a expectativa de vida não é superior àquela que encontramos nos países mais pobres do planeta.

Na origem, o programa de pesquisa da CACIS previa colocar em estudo os programas supervisionados pela Direção da saúde pública de Montreal em sua luta contra as desigualdades sociais de saúde. Muito rapidamente, foi colocada a questão das parcerias entre as organizações de saúde pública e as organizações comunitárias que têm por missão desenvolver e fornecer serviços de proximidade às populações mais desfavorecidas. Em realidade, aparecia então, cada vez mais claramente, às autoridades de saúde pública que sua capacidade de alcançar o conjunto da população, e, mais particularmente, os habitantes dos bairros mais desfavorecidos, era relativamente limitada. As organizações comunitárias, porque elas dão uma voz àqueles que não a têm, aparecem, muitas vezes, como mediadores incontornáveis entre os programas institucionais que servem a redistribuir nos meios sociais os recursos necessários à produção local de saúde e os beneficiários destes programas (MANTOURA, GENDRON e POTVIN, 2007). Muito mais do que uma simples adaptação dos programas que descem de cima para baixo, a ação das organizações comunitárias em Montreal é muitas vezes sinônimo de invenção social para resolver problemas locais, invenções que podem mesmo se traduzir por mudanças de prática dos profissionais de saúde pública. A hipótese de trabalho que guiou a elaboração e a implementação do programa de pesquisa da CACIS foi que o acoplamento de tais invenções com um dispositivo de pesquisa, ao mesmo tempo respeitoso das dinâmicas comunitárias e não intervencionista na orientação da ação, aumenta a capacidade reflexiva dos sistemas de ação (POTVIN, 2012), o que tem duas consequências importantes.

Em primeiro lugar, este acoplamento aumenta a eficácia dos sistemas de ação supervisionados pelo meio comunitário. Ao definir um espaço de pesquisa paralelo ao sistema de ação o dispositivo de pesquisa fornece aos atores um novo espaço de interações no qual os desafios políticos vincu-

lados à ação não são prioritários e, portanto, podem ser reexaminados sem que as controvérsias ligadas à ação fiquem em primeiro plano. É um espaço de identificação e de solução das controvérsias (MANTOURA, GENDRON e POTVIN, 2007). Segundo, as alianças entre a pesquisa e a ação comunitária favorecem a perenização destas últimas. De fato, as exigências da pesquisa são tamanhas que esta exige que seu objeto seja bem definido e circunscrito. Ora, a urgência da ação, muitas vezes, faz que esta última se realiza nos meios comunitários seguindo estratégias que se elaboram ao fazer-se e em resposta às situações que evoluem, mais do que segundo um processo formal de planejamento que antecipa uma sequência de resultados de longo alcance. Uma das primeiras tarefas da pesquisa intervencional quando ela acompanha um sistema de ação comunitário é modelizar este último de uma maneira que ele seja ao mesmo tempo significativo para os atores presentes e suficientemente rigoroso para permitir a formulação das questões de pesquisa suscetíveis de fazer avançar os conhecimentos, o que os pesquisadores brasileiros conhecem de longa data e chamam sistematização (WESTPHAL e FERNANDEZ 2008) e que constitui muitas vezes um momento necessário da avaliação.

No decorrer dos projetos, nossa abordagem de pesquisa se desenvolveu e se tornou mais sofisticada. Nossos trabalhos contribuíram para reposicionar a pesquisa sobre as intervenções de saúde das populações como requerendo parcerias entre a pesquisa e a intervenção, portanto uma abordagem participativa (POTVIN, BISSET, WALZ, 2010). No entanto, ao contrário de certas correntes de pensamento sobre as abordagens participativas, nós trabalhamos muito para definir e manter uma distinção epistemológica e prática fundamental entre a direção da ação que pertence aos “intervencionistas” e o desdobramento e a orientação do dispositivo de pesquisa (MANTOURA e POTVIN, 2013; COUTURIER, 2012). Em realidade, no espaço interativo que quisemos construir para o desenvolvimento de conhecimentos a respeito da maneira de intervir nas comunidades para reduzir os efeitos das desigualdades sociais de saúde, parece-nos muito mais apropriado conceitualizar as relações entre as diversas formas de saber que se confrontam, se conjugam, se coordenam ou se completam como uma ecologia dos saberes (STINGERS, 2011). Como em todo ecossistema, é o equilíbrio dinâmico entre as diversas formas de saber que permite aos atores portadores destes saberes enriquecer seu ponto de vista único, ao tempo em que participam da construção de novos saberes, que só se tornam possíveis pela presença ativa dos outros saberes. Em realidade, numa ótica compatível com a Teoria do ator-rede, os saberes assim construídos se tornam ao mesmo tempo um outro componente de uma rede sócio-técnica que porta a ação mas também um resultado da interação desta mesma rede com um dispositivo de pesquisa distinto (POTVIN e CLAVIER, 2012). As hierarquias entre os atores e os saberes perdem assim algo de sua relevância e são substituídos como princípio determinante do valor dos saberes, pela capacidade dos atores a transformar e fazer circular estes saberes em outras redes (HARTZ, DENIS, MOREIRA e MATIDA, 2008).

No decorrer destes 10 últimos anos e por meio dos projetos de pesquisa que realizamos contribuímos para definir um novo campo de pesquisa: a pesquisa intervencional em saúde das populações. Mais especificamente, desenvolvemos e sistematizamos modelos e práticas de pesquisa que colocam em estudo sistemas de ação complexos, operados por uma diversidade de atores e que visam à transformação das condições locais de produção da saúde. Mediante o conceito de espaço socio-sanitário emprestado a Didier Fassin (1998) e à Teoria do ator-rede desenvolvida por Michel Callon (1986) e Bruno Latour (2005), os projetos realizados serviram para documentar como:

1. As intervenções que visam à redução das desigualdades de saúde exigem colaborações entre parceiros de diversos setores e esferas de atividade.
2. Estas colaborações são frequentemente conflituais já que os diferenciais de recursos e de poder que estão na base das desigualdades sociais atravessam também estes espaços de ação.
3. A busca de solução das controvérsias inerentes a estas parcerias leva a inovações cuja emergência é facilitada pela presença de um dispositivo de pesquisa intervencional que organiza espaços de reflexividade para o conjunto dos atores concernidos.
4. As condições que facilitam o dimensionamento e a institucionalização destas soluções inovadoras locais são ainda amplamente desconhecidas e o papel da pesquisa intervencional ainda deve ser definido nos processos decisórios.

## **De Montreal ao Rio e depois no Nordeste**

Foi em 2002 que a CACIS foi contatada para participar de um projeto de transferência tecnológica supervisionado pela Associação canadense de saúde pública e financiado pelo Conselho de pesquisa e desenvolvimento internacional do Canadá e que visava apoiar os esforços brasileiros, mais especificamente em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para o desenvolvimento e a integração da promoção da saúde nas organizações de saúde pública brasileira. É da questão da avaliação que trataram os primeiros intercâmbios entre a CACIS e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mais especificamente em torno dos projetos multisetoriais e de desenvolvimento comunitário supervisionados pela Escola nacional de saúde pública na favela de Manguinhos (ZANCAN, BODSTEIN, MARCONDES, 2002). Desde este primeiro contato, ficou bastante evidente que as intervenções realizadas no âmbito deste projeto compartilhavam várias dimensões comuns com as intervenções montrealenses com as quais a Cátedra desenvolvera parcerias de pesquisa. Além disso, os questionamentos dos colegas brasileiros no que diz respeito à avaliação destas intervenções e aos limites dos métodos epidemiológicos para conduzir tais avaliações eram muito parecidos com aqueles que mantínhamos na CACIS. Os contornos da colaboração entre a CACIS e os colegas brasileiros começavam a se desenhar: os projetos de intervenção com base comunitária para a redução das desigualdades sociais de saúde e as parcerias entre estes projetos e equipes universitárias para extrair conhecimentos não somente úteis para a ação, mas também transmissíveis em outros meios e outras problemáticas.

No decorrer dos intercâmbios e dos projetos, das estadas em Montreal de colegas brasileiros e de seminários no Rio e no Nordeste, a colaboração estabeleceu-se. Esta colaboração teve vários rostos. Em primeiro lugar, parece-me que a CACIS, muitas vezes, serviu de mediador para fazer conhecer e introduzir em redes internaconais os trabalhos e intervenções desenvolvidos no Brasil no âmbito da luta contra as desigualdades sociais de saúde. Bem antes que a palavra fique verdadeiramente na moda nos meios de saúde pública ocidentais, a ação intersetorial e a luta contra as desigualdades de saúde estiveram no cerne do desdobramento dos sistemas de saúde e da organização da saúde pública no Brasil no decorrer destes 25 últimos anos. Neste sentido, a série de colóquios internacionais sobre os programas locais-regionais de saúde nos quais a CACIS participou ativamente durante estes 10 últimos anos serviu de tribuna para vários projetos em que



colaboramos. Foi o caso também de um conjunto de obras, números especiais e antologias que deram um lugar importante à experiência brasileira.

Outra forma de colaboração ancorou-se na vontade de algumas instituições do Nordeste em desenvolver programas de formação em avaliação. No âmbito da Cátedra e com os estudantes e colegas montrealenses, desenvolvemos uma visão da avaliação e das práticas de pesquisa que se aparenta muito mais ao desdobramento de um dispositivo de reflexividade organizada do que a uma experimentação social (POTVIN e BISSET, 2008). Esta abordagem, amplamente fundada nas ciências sociais parece-me corresponder muito mais às necessidades e à postura epistemológica dos projetos brasileiros do que as abordagens mais tradicionais fundadas sobre a epidemiologia. Em vários momentos organizamos seminários e formações durante os quais nós apoiamos na experiência de projetos realizados no Brasil para afinar e aprofundar um modelo de avaliação que leve mais em conta a complexidade das intervenções de redução das desigualdades sociais de saúde.

Finalmente, a forma mais elaborada de nossa colaboração resultou em um projeto de pesquisa durante o qual nos apoiamos em projetos intersetoriais de promoção da saúde realizados no Nordeste, para desenvolver uma instrumentação de pesquisa que permita estudar as intervenções complexas e extrair conhecimentos para a ação aplicáveis em outros contextos. Esta instrumentação desenvolvida com os colegas brasileiros a partir destes projetos no Brasil forma uma parte importante da instrumentação que implantamos atualmente no âmbito de um laboratório social que se instala em quatro bairros desfavorecidos de Montreal e que coloca em estudo um certo número de projetos intersetoriais de ação sobre os determinantes sociais da saúde.

Assim, a colaboração com os colegas brasileiros possibilitou à CACIS introduzir um conjunto de atores distantes mas muito relevantes nas parcerias que ela mantém com vários atores montrealenses e internacionais. Participando dos estudos que permitem valorizar as intervenções brasileiras de redução das desigualdades de saúde, a CACIS também participa da penetração destes na literatura internacional em promoção da saúde e da ampliação de uma rede de pesquisadores e de lideranças em promoção da saúde que compartilham pontos de vista semelhantes sobre as parcerias entre as intervenções comunitárias e a pesquisa. De modo claro, as colaborações com os pesquisadores brasileiros, porque ancoradas em projetos similares àqueles desenvolvidos no âmbito da Cátedra, permitiram interligar soluções locais e desta forma enriquecê-las mutuamente desenvolvendo novas abordagens para estudá-las.

## **O futuro da CACIS: a globalização das redes locais**

Desde 2013, a CACIS entrou em uma nova fase de sua existência. A obtenção de uma Cátedra de pesquisa no Canadá sobre as abordagens comunitárias e as desigualdades de saúde e o financiamento de um programa de pesquisa que assume a forma de um laboratório social no qual um dispositivo de pesquisa em parceria se implanta em relação com uma intervenção intersetorial de base comunitária de redução das desigualdades de saúde, assegura a continuidade e uma renovação das suas atividades. No âmbito deste novo projeto, queremos testar um pouco mais sobre como é possível combinar estes conceitos de ecologia dos saberes e de inovação invertida articulando projetos que têm a particularidade de implantar um dispositivo de pesquisa para estudar e produzir conhecimentos concernentes às intervenções comunitárias de redução das desigualdades

de saúde. Queremos, em realidade, revelar os ecossistemas locais pela constituição de uma rede global na qual pesquisadores e responsáveis da intervenção, compartilhem e construam conhecimentos a partir destes intercâmbios. Queremos testar em que medida é possível colocar numa escala global o que foi experimentado articulando projetos do Nordeste, do Rio de Janeiro e do Quebec. Como a globalização de uma rede deste tipo favorece a inovação, ao mesmo tempo no campo da pesquisa sobre as intervenções e na condução destas intervenções?

Portanto, é outro capítulo em nossa colaboração entre a CACIS e os colegas do Brasil que começará em pouco tempo. Haverá ainda seminários e intercâmbios de estudantes, outros projetos de pesquisa e publicações conjuntas. No entanto, abriremos este espaço a outros colegas da Europa e da América e documentaremos como a dinâmica dos intercâmbios nesta rede virtual apoiará o desenvolvimento de práticas inovadoras, ao mesmo tempo no campo da intervenção e nos dispositivos de pesquisa. A forma de organização flexível e horizontal que a rede permite se adéqua, de fato, relativamente bem, à superação das fronteiras, sejam elas geográficas, disciplinares e profissionais, bem como ela constitui um veículo privilegiado para a difusão, o dimensionamento e as adaptações locais das práticas inovadoras desenvolvidas para solucionar problemas locais, mas que têm um alcance e causas mais globais como é o caso das desigualdades sociais de saúde.

## Referências bibliográficas

AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire**: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012.

CALLON, M. Some elements of a sociology of translation: domestication of scallops and the fishermen of St-Brieux Bay. In: LAW, J. (Ed.). **Power, action and belief**: a new sociology of knowledge. London: Routledge, 1986. p. 196-229.

COUTURIER, Y. Une entente partenariale contractualisée et vécue. In: AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire**: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 247-258.

Department of Health and Social Security. **Inequalities in Health**: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black. DHSS, London, 1980.

FASSIN, D. Introduction: politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In: FASSIN, D. (Ed.). **Les figures urbaines de la santé publique**: enquête sur des expériences locales. Paris: La Découverte, 1998. p. 7-46.

GOVINDARAJAN, V.; TRIMBLE, C. **Reverse innovation**: create far from home, win everywhere. Boston MA: Harvard Business Review Press, 2012.

HARTZ, Z.M.A; DENIS, J-L.; MAREIRA, E.; MATIDA, A. From knowledge to action: Challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In POTVIN, L.; McQUEEN, D. V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas**: Values and research. New York: Springer, 2008. p. 101-120.

LATOUR, B. **Re-assembling the social**: an introduction to Actor-Network Theory. Oxford University Press, 2005.

MANTOURA, P.; GENDRON, S.; POTVIN, L. Participatory research in public health: Creating innovative alliances for health. **Health e Place**, vol. 13, p. 440-451, 2007.

\_\_\_\_\_; POTVIN, L. A realist-constructionist perspective on participation in health promotion research. **Health Promotion International**, vol. 28, n. 1, p. 61-72, 2013.

McINTYRE, S. The Black Report and beyond, what are the issues. **Social Science e Medicine**, vol. 44, p. 723-745, 1997.

POTVIN, L. Repères conceptuels pour réfléchir sur l'action dans l'espace sociosanitaire. In: AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 13-42.

\_\_\_\_\_; BISSET, S. L. There is more to methodology than methods. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer, 2008. p. 63-80.

\_\_\_\_\_; BISSET, S. L.; WALZ, L. Participatory action research: theoretical perspectives on the challenges of research action. In: BOURGEAULT, I.; DINGWALL, L.; DE VRIES, R. (Eds.). **The Sage handbook of qualitative methods in health research**. London UK: Sage, 2010. p. 433-453.

\_\_\_\_\_; CLAVIER, C. La théorie de l'acteur-réseau. In: AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 75-98.

STINGERS, I. **L'invention des sciences modernes**. Paris: Flammarion, 2011.

WESTPHAL, M.F.; FERNANDEZ, J.C.A. The contribution of systematization evaluative approach to implement a health promotion project in Capela do Socorro, Sao Paulo, Brazil. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: Values and research**. New York: Springer, 2008. p. 269-284.

ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiencia em Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002.