

Capítulo 21

REDE DE ATENÇÃO E AMBULATÓRIO PARA ELAS. PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Elza Machado de Melo

Myrian de Fátima Siqueira Celani

Natália Cristina de Andrade Dias

Andréa Maria Silveira

Tammy Angelina Mendonça Claret

Elisane Adriana Rodrigues dos Santos

Paulo César Machado Pereira

Victor Hugo de Melo

Resumo

Este capítulo apresenta o Projeto de Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidades, desenvolvido a partir de parceria entre o Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (Mestrado Profissional); o Programa Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós; o ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas (HC); e as Secretarias Municipais de Belo Horizonte, de Saúde e de Assistência Social. Tem por base estruturante a promoção de saúde, entendida como o mais potente recurso de prevenção da violência disponível ao setor de saúde e representa, por outro lado, estratégia de superação de um dos pontos mais desafiadores da promoção de saúde que é a sua efetivação prática. Orienta-se em três grandes princípios: a práxis de autonomia dos envolvidos; a integralidade; e a sustentabilidade ou durabilidade da atuação. E estrutura-se em dois pilares: o primeiro, entendido como ponto de partida, constituído por atuação que mobiliza, organiza e integra recursos – o ambulatório no HC –, que, dessa forma, torna-se capaz de irradiar influxos para o território onde vivem as mulheres, promovendo, então, o segundo pilar, constituído por ações coletivas participativas, realizadas no território, a primeira delas sendo responsável pelo planejamento das demais. Em outras palavras, este segundo pilar tem por núcleo

central o encontro entre mulheres que retomam ao território, os profissionais de saúde, da Academia da Cidade, dos CRAS e do Programa Para Elas. O movimento completo do projeto envolve, então, o fluxo de vinda das mulheres ao ambulatório no HC e seu retorno ao território, propagando ações coletivas e práticas de promoção de saúde. O ambulatório e rede são, portanto, uma e mesma coisa, razão pela qual se fala em ambulatório/rede Para Elas, que vem funcionando desde setembro de 2016, como piloto, e teve seu lançamento oficial em dezembro de 2016.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social. Vulnerabilidade em Saúde. Violência Contra a Mulher.

Introdução

Vários países vêm desenvolvendo e/ou adotando iniciativas para a abordagem da violência contra a mulher, no entanto, os resultados são ainda insuficientes.¹ Dados recentes não deixam dúvidas sobre isso: trabalho de revisão sistemática e de síntese de dados científicos realizado pela OMS, envolvendo 155 estudos de 81 países mostrou que, no conjunto, 35% das mulheres do mundo já sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro ou violência sexual por outro agressor que não o parceiro, confirmando o caráter global da violência contra a mulher.² O mesmo pode ser dito para o Brasil, que dispõe de robusto arcabouço político-institucional voltado para a atenção à mulher em situação de violência. No capítulo 3 deste livro apresentam-se as principais leis e políticas públicas correspondentes³ e, no entanto, ainda se convive com altos níveis de agressão contra a mulher, como mostra estudo multicêntrico realizado em 15 localidades de 10 países, nos anos de 2002 e 2003, envolvendo 24.097 mulheres entre 15 e 49 anos. O Brasil fez parte desse estudo, que foi realizado em uma cidade na Zona da Mata de Pernambuco e em São Paulo, onde foram encontradas prevalências de 36,9 e 28,9%, respectivamente, de violência doméstica contra mulheres.⁴

No estudo realizado em 2002 e 2003, em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, com mulheres de 15 a 69 anos, observou-se que, no conjunto, mais de 75% das mulheres relataram algum tipo de agressão psicológica nos 12 meses anteriores à entrevista, 21,5% relataram agressão física leve e 12,9%, agressão física grave.⁵ A situação de Belo Horizonte e região metropolitana (RMBH), onde se situa o ambulatório/rede Para Elas, não é muito diferente. Segundo o DataSUS⁶, em 2011, a taxa de mortalidade feminina por homicídios, em Belo Horizonte, foi de 7,2/100.000 habitantes, menor apenas do que Maceió (10,8) João Pessoa (10,0) Porto Velho (8,9) Salvador (8,8), bastante próxima de Goiânia (7,4) e Vitória (7,4) e muito acima da média nacional das capitais (4,8) e da média do estado (4,6). Para a RMBH, a taxa de mortalidade feminina por homicídios é de 4,6/100.000, igual à média nacional, igual à do Rio de Janeiro e quase o dobro da taxa de São Paulo. Em 2012, Belo Horizonte e RMBH tiveram altas taxas de internação de mulheres por agressões, 1,46 e 3,02 internações/100.000 habitantes, respectivamente, sendo a da RMBH a segunda maior entre as demais do país.

No que se refere à atenção prestada, a situação é análoga: o Brasil dispõe de Sistema Único de Saúde, concebido como direito de todo cidadão, segundo conceito ampliado de saúde, que deve incorporar, entre suas obrigações, a abordagem da violência contra mulher, o que ademais é contemplado por leis e políticas específicas. Apesar disso, são inúmeros e de toda ordem os problemas que marcam a atenção à mulher em situação de violência dentro do sistema: a avaliação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito mostrou que é precário o cumprimento das leis e seu impacto ainda é pequeno. O mesmo acontece em relação à atenção à mulher pelos setores públicos, que apresentam deficiências de identificação, notificação e oferta do cuidado, sendo especialmente falhas a comunicação e a articulação da rede, necessárias para o encaminhamento e garantia de cuidado de qualidade.⁷

Tais incongruências mostram que há ainda muitos desafios a serem enfrentados no que se refere à abordagem da mulher em situação de violência, explicam por que essa questão é hoje foco de atenção nas agendas nacionais e internacionais e impõem a contínua busca de soluções inovadoras com capacidade de produzir respostas mais eficazes.⁸ A criação do ambulatório/rede Para Elas de Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência se situa no cerne dessas incongruências: a existência de direitos reconhecidos e recursos legais e organizativos disponíveis, em franco contraste com a realidade vivida por mulheres, ainda marcada pelas múltiplas formas de violência, cujo significado não pode ser outro se não o baixo nível de efetividade das iniciativas institucionalizadas.

As Bases Conceituais da Proposta

O ambulatório/rede Para Elas surge da articulação de estruturas e atividades já existentes em andamento: as redes de atenção que garantem, em sua rotina, cobertura de bens e serviços à população; os movimentos sociais que lutam pela conquista dos direitos e prosseguirão nessa missão; o Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e, dentro dele, o “Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós,” pontos de partida da presente proposta, que atuam no ensino e na pesquisa. O que se agrega, portanto, resulta da melhor integração e aproveitamento do que existe: é o novo que surge, dialeticamente, do “velho,” não por mágica e sim pela lógica da construção compartilhada e cooperativa.

Práticas, recursos e cuidados fragmentados, que se diluem e se perdem na dura e complexa realidade, podem ser complementados e potencializados. Torná-los efetivos e consequentes implica mais resolubilidade e menos custo. O intercâmbio de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos, desenvolvido segundo a perspectiva cooperativa, em que os participantes aprendem e ensinam, propicia o desenvolvimento sólido e equânime de serviços e pessoas - profissionais e usuários. A integração com movimentos sociais, cidadãos e usuários propicia atuação justa e adequada às necessidades. Por fim, esses

aspectos juntos mantêm a mobilização dos participantes, geram o gosto pelo trabalho e, sobretudo, recuperam, para cada um, o *status* de sujeitos que transformam o mundo.

Adotou-se, como base conceitual do projeto, a Teoria de Direito e Democracia formulada por Habermas – cujos marcos podem ser encontrados em outras publicações⁹⁻¹⁵ – e dela se extraiu a inspiração para formular a estratégia central desta proposta, a saber, a construção de redes em que se articulam os mais diferentes cuidados, em que se integram diferentes setores e em que atuam diferentes atores – gestores, profissionais, mulheres, cidadãos em geral – por meio de oficinas interativas e acordos horizontais, fundados no diálogo, explorando, ao máximo, as energias vinculantes da fala, não só para reproduzir/ renovar saberes, mas também para constituir sujeitos que se criam/recriam no encontro com o outro e na atuação cooperativa; sujeitos individuais que constroem saberes e práticas coletivos e se *constroem* em sujeitos coletivos com muito mais alcance, mais potentes para construir a prática e também transformá-la em direito. Se tais premissas são desejáveis, são também necessárias, como mostra a literatura. O trabalho em rede, a intersectorialidade, a participação da comunidade, a integração dos cuidados, das práticas, dos saberes e dos atores, compondo abordagem ampla em vários níveis de atuação - individual, comunitário, institucional, cultural, social e político - são exaustivamente descritos como essenciais para abordagem da violência contra a mulher.^{2,8,16,17}

O estudo de Feder¹⁸ mostra resultados positivos para a capacitação dos profissionais, *desde que vinculada a um sistema de referência definido e à garantia de apoio para a mulher*, o que confirma a estratégia da proposta de investir na capacitação dos profissionais vinculada ao fortalecimento da rede de atenção. A WHO¹⁹ ressalta bons resultados tanto para abordagens nas escolas - que propiciem o aprendizado, desde cedo, de novos valores e comportamentos sobre relações de gênero pautadas na igualdade e justiça – como para abordagens comunitárias que propiciem o empoderamento das mulheres, ambas estratégias fortemente presentes na nossa proposta.

Por fim, estudos brasileiros enfatizam a construção da intersectorialidade para o enfrentamento da violência contra mulher, reiterando mais uma vez o acerto dos investimentos na construção de redes.^{20,21} Não por acaso, a promoção de saúde é considerada entre nós como pilar de sustentação para o enfrentamento da violência, sem o qual as medidas convencionais de segurança tendem ao fracasso.²² Segundo o *Global Evidence Reviews commissioned by the UK-funded*²³, existem evidências de que as medidas protetivas e o abrigo são eficazes no enfrentamento da violência contra a mulher e devem ser recomendadas. Porém, tendo em vista a existência, no nosso contexto, de vulnerabilidades sociais reconhecidamente vinculadas à produção das violências,¹⁴ é imprescindível que a adoção de tais medidas venha articulada e respaldada por redes sólidas de apoio à mulher ou não terão efeito algum, como bem demonstrou o trabalho da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra mulher.⁷

Nenhuma outra atuação pode resultar em impacto duradouro, senão aquela que se assenta, desde o início, sobre o protagonismo dos participantes. No exato momento em que mulheres vulneráveis conquistam voz e inserção em grupos, elas começam a mudar a sua vida. Por isso, todas as ações previstas - ocorram na rede existente ou nos espaços criados pelo projeto e, ainda, utilizem ou não graus variados de especialização - deverão estar intimamente vinculadas às práticas interativas com as mulheres, nas suas inúmeras formas de organização. O mesmo deve ser dito *para todos* os profissionais. O aprendizado coletivo começa no exato momento em que se iniciam os encontros: como diz Habermas, o mundo da vida se abre sempre que pelo menos dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente²⁴. Contrariamente, o mundo da vida é colonizado – aqui está a nossa explicação para a violência – sempre que os processos comunicativos mediadores da ação comunicativa são substituídos por meios sistêmicos, como poder e dinheiro, com suas correspondentes formas de dominação e controle, gerando individualismo possessivo, apatia, empobrecimento cultural, anomia e psicopatologia.²⁵

Essa abordagem torna-se mais necessária quando se sabe que a violência contra as mulheres está fortemente vinculada aos valores, normas e papéis socialmente atribuídos ao homem e à mulher, a dominação para eles, a submissão para elas. Logo, toda e qualquer abordagem da violência contra mulher passa obrigatoriamente pela discussão e transformação das relações de gênero, especialmente sobre a desigualdade de poder socioculturalmente reproduzida e que ainda hoje as constitui.^{8,26}

Aprende-se com Habermas que o mundo da vida, contexto sociocultural que nos modela e constitui só se reproduz por meio da ação comunicativa – ação coletiva linguisticamente mediada entre sujeitos que se reconhecem reciprocamente, portanto, genuinamente participativa – e isso significa dizer que saberes, padrões, normas, valores e práticas vigentes nesse âmbito se reproduzem apenas quando utilizados pelos participantes da ação comunicativa (reprodução cultural); nesse processo, esses elementos são arrastados pelo “torvelinho” de problematização e questionamento inerente a esse tipo de interação e, por isso, no movimento mesmo de sua reprodução, são sempre passíveis de contestação (renovação da cultura) – processo circular em que a reprodução do modo de pensar e agir vigente acontece de modo necessariamente inseparável da possibilidade da sua transformação. Somos sempre homens e mulheres produtos e produtores do mundo da vida.^{25,27}

Obviamente, a realização e manutenção desses encontros não ocorrerão espontaneamente pelo fluxo natural dos fatos, ao contrário, demandarão a participação ativa e consciente dos envolvidos. A existência formal e regular de políticas, programas e projetos voltados para o mesmo fim facilita a tarefa. A sempre desejável relação entre universidade, serviços e sociedade que se põem, recíproca e permanentemente, novos desafios representa sempre um estímulo. O Mestrado Profissional em Promoção de

Saúde e Prevenção da Violência, com suas linhas de pesquisa, disciplinas, projetos e produção de dissertações, todas diretamente orientadas pelas demandas e necessidades dos serviços e da sociedade, recebendo mestrandos e multiplicando seu alcance para grande número de profissionais da rede, desempenha importante pilar de sustentação da proposta. Isso, ademais, é recíproco, pois o mestrado não pode prescindir da integração assim construída, uma vez que sua vocação precípua é subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas.

Levando em consideração que todos os pontos até aqui discutidos são os mesmos que, do nosso ponto de vista, constituem os alicerces da promoção de saúde, pode-se dizer que o objetivo da proposta é efetivar ações de promoção de saúde como estratégia prioritária para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Estrutura Geral da Proposta

A estratégia central do ambulatório/rede Para Elas é promover a articulação, em rede, horizontal e participativa, de serviços, universidade, movimentos sociais, mulheres e homens, que contemple a utilização/disponibilização de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos de várias tradições e áreas, convencionais e alternativos, individuais e coletivos, colocando-os a serviço da mulher e em parceria com a mulher. Essa estratégia será estruturada de modo a combinar estruturas e práticas já existentes com novas estruturas e práticas (Figura 21.1).

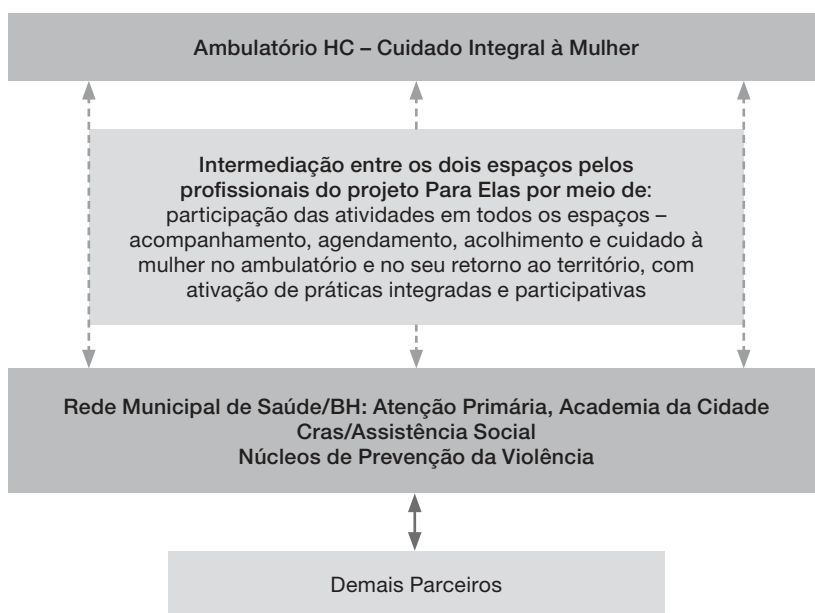


Figura 21.1. Estrutura geral da proposta com os três blocos: ambulatório HC, Projeto Para Elas, Rede Municipal de Saúde.

Como se vê na Figura 21.1, o ambulatório/rede se organiza em três pilares de sustentação:

- a. criação do ambulatório de Práticas de Promoção de Saúde para Mulheres em Situação de Violências e Vulnerabilidades/HC;
- b. desenvolvimento, no território, de práticas interativas pautadas na práxis de autonomia voltadas para o empoderamento das mulheres; abordagem do agressor; capacitação prática dos profissionais e organização intersetorial dos serviços;
- c. integração permanente dos dois espaços – ambulatório e território – por meio de atuação robusta do Projeto para Elas, no esforço contínuo e cotidiano de comunicação, intercâmbio e cooperação entre serviços, profissionais, cidadãos e usuárias.

Em cada um desses espaços são desenvolvidas práticas que integram diferentes saberes, profissões e áreas de conhecimento:

1. prestação de cuidados convencionais (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, etc.); de terapias complementares (homeopatia, *Reik*, *Yoga* e espiritualidade) e práticas coletivas (medicina de estresse, oficinas e rodas de conversa), no ambulatório de Práticas de Promoção de Saúde à Mulher em Situação de Violência e de Vulnerabilidades do HC;
2. cuidados convencionais de saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, etc.); de terapias complementares (homeopatia, *Yoga*, acupuntura, antroposofia, *lian gong*) e práticas da saúde coletiva, educativas, jurídicas e de defesa social, oferecidas rotineiramente às mulheres pela Rede de Enfrentamento no município, inicialmente, constituída por quatro pilares: saúde (atenção primária, academias da cidade); assistência social (CRAS e CREAS); defesa social (Núcleos de Prevenção da Violência) e Projeto Para Elas; posteriormente, por mecanismos de bola de neve, outros núcleos, setores e serviços serão incorporados;
3. oficinas e rodas de conversa com profissionais e mulheres em seu retorno ao território, trazendo a *expertise* da saúde pública, Psicologia, Direito, Terapia Ocupacional, Educação, Física, Assistência Social e Fonoaudiologia, utilizando recursos lúdicos e artísticos e associando a elas as atividades físicas e os esportes; as oficinas ficarão principalmente sob a responsabilidade do Mestrado Profissional, da Residência de Medicina de Família e Comunidade e do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós;
4. atividades do Projeto Para Elas: fluxo de informações entre os vários espaços, por meio de planilhas virtuais compartilhadas; grupos de *e-mails*; grupos de *WhatsApp*; reuniões semanais; oficinas de avaliação e de planejamento e participação de grupos de integrantes em todas as atividades desenvolvidas em todos os espaços de atuação previstos na proposta.

O desenvolvimento da proposta seguiu rigorosamente suas premissas de trabalho em rede, horizontal e participativa, a partir de um processo intenso e dialógico, com todos os envolvidos, em todos os espaços, durante aproximadamente seis meses (Quadro 21.1).

Quadro 21.1. Desenvolvimento da proposta: atividades de discussão e formulação da proposta, planejamento, pactuação e tomada de decisão

Discussão e formulação da proposta	Reuniões semanais do Projeto Para Elas e da disciplina Bases Teórico-Metodológicas e Práticas de Abordagem da Mulher em Situação de Violência – de março a dezembro de 2016 Reuniões semanais da coordenação do Projeto Para Elas com a coordenação e gerência do ambulatório de Ginecologia do HC – de agosto a dezembro de 2016
Tramitação da proposta no HC	Redação da proposta e apresentação à Direção Clínica; Diretoria de Ensino e Pesquisa, Gerências de Serviços, Assessoria de Comunicação, Auditoria e referências técnicas do HC: ajustes da proposta às normas vigentes e aprovação
Início de funcionamento do ambulatório, como projeto-piloto	Pactuação com grupos específicos de atenção e pesquisa à mulher, para início do funcionamento; ajustes da proposta promovidos pela experiência do piloto
Pactuação da proposta com a Secretaria Municipal de Saúde	Encaminhamento do documento escrito à Secretaria; reuniões da coordenação do Para Elas com a Gerência de Assistência de Saúde da Secretaria; inúmeras reuniões da Comissão Técnica de Promoção de Saúde da Secretaria Municipal; reunião com o Secretário Municipal de Saúde e seus assessores: ajustes da proposta à normas da Secretaria e aprovação
Pactuação da Proposta com a Sub-Secretaria Municipal de Assistência Social	Encaminhamento do documento à Subsecretaria; reuniões da coordenação do Para Elas e gerentes da SMSABH com Subsecretário e técnicos de Assistência Social: ajustes e aprovação da proposta
Lançamento oficial da proposta	1º Fórum de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, em 1º de dezembro de 2016
Início de funcionamento regular do ambulatório	Dia 02 de dezembro de 2016
Articulação com a rede	Construção de agendas de oficinas descentralizadas nos distritos, com gestores e profissionais dos setores envolvidos; construção de agenda de oficinas de retorno da mulher ao território
Agendamento da primeira oficina no território	Dia 16 de janeiro de 2017, na regional norte de Belo Horizonte

O ambulatório/rede Para Elas começou a funcionar no dia 02 de setembro de 2016 na modalidade de projeto-piloto. Seu lançamento oficial ocorreu publicamente, no dia 1º de dezembro de 2016, no 1º Fórum de Promoção de Saúde e de Prevenção da

Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, realizados na Faculdade de Medicina, com a presença do Reitor da UFMG; diretores da Faculdade de Medicina e do Hospital das Clínicas; Secretários Municipais de Saúde e de Assistência Social; Secretário de Estado de Direitos Humanos; coordenadora, professores, mestrandos e profissionais do Mestrado Profissional; coordenadora e integrantes do Projeto Para Elas e convidados em geral (Figuras 21.2 e 21.3).



Figura 21.2. - 1º Fórum de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós – mesa de abertura.
QR Code: Acesso à imagem colorida.

A proposta se estrutura em dois pilares: o ambulatório no HC, entendido como ponto de partida, constituído por atuação que mobiliza, organiza e integra recursos e, dessa forma, torna-se capaz de irradiar influxos para o território onde vivem as mulheres. Ativa, então, e promove o segundo pilar, constituído por ações coletivas participativas, realizadas no território, voltadas para as mulheres e para os profissionais da rede. A primeira ação de retorno ao território é responsável pelo planejamento das demais – em outras palavras, esse segundo pilar tem por núcleo central o encontro entre mulheres que retornam ao território, os profissionais de saúde, da Academia da Cidade, dos CRAS e os profissionais do Programa Para Elas.



Figura 21.3. - 1º Fórum de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e 1º Fórum Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós - momento de lançamento do ambulatório/rede.
QR Code: Acesso à imagem colorida.

O ambulatório/rede Para Elas funciona no Serviço de Ginecologia do 4º andar do Instituto Jenny Andrade Faria/HC, todas as sextas-feiras, de oito às 12 horas e conta com a atuação de profissionais de várias áreas do conhecimento. A mulher, ao entrar no ambulatório, recebe cuidados individuais e coletivos integrados, segundo sua necessidade e preferência, de modo que nessas interações sejam construídos vínculos ente elas e entre a equipe e elas; que elas tenham espaço e tempo para refletir, analisar criticamente e vislumbrar soluções para o seu problema e para a sua vida; que elas encontrem motivos e estímulos para continuar e aderir a tais práticas, inclusive no espaço onde vivem; e, enfim, que substituam o cuidado fragmentado por outro integral, participativo e de qualidade, por elas próprias construído.

A cada sexta-feira, o ambulatório recebe mulheres encaminhadas pela rede SUS-BH, para a quase totalidade das vagas previstas, com pequena abertura para grupos específicos ou para demanda aberta. Sendo assim, a demanda é regulada pela Secretaria Municipal de Saúde e segue os procedimentos já normatizados, acrescidos, porém, de um passo, representado pela intermediação de profissionais que pertencem à rede municipal e são, ao mesmo tempo, integrantes do Projeto Para Elas. Com essa dupla filiação, esses profissionais conseguem acompanhar adequadamente a trajetória das mulheres em todo o ciclo, isto é, saída do território, chegada ao ambulatório e seu retorno à rede e à comunidade.

O segundo pilar, ativado pelo retorno ao território e representado pelas oficinas aí realizadas e por toda a agenda de atividades definidas de modo participativo, ocorrerá sem-

pre na comunidade de origem das mulheres, nos espaços disponíveis da rede pública. Além de se agregarem para a solução compartilhada dos seus problemas, as mulheres têm papel de multiplicadoras e protagonizam o processo de mobilização de outros atores da sua comunidade. A cada sexta-feira o ambulatório recebe 40 mulheres de apenas uma regional de Belo Horizonte, para que o retorno seja feito de modo concentrado, as ações não se dispersem e, dessa forma, tenham impacto. As oficinas de retorno dessas mulheres estão previstas para ocorrer 10 dias após a vinda ao ambulatório. O mesmo movimento deve acontecer em cada uma das nove regionais do município: vinda ao ambulatório, realização de oficinas e definição de agendas, realização das atividades previstas da agenda. Quando todas as regionais passarem por esse ciclo, começa de novo o movimento, em cada uma, com vindas ao ambulatório, novas oficinas e novas agendas.

O primeiro dia de atendimento com esse formato está previsto para 06 de janeiro e a primeira oficina marcada para o dia 16 de janeiro de 2017, na regional norte de Belo Horizonte. O ambulatório/rede Para Elas é, agora, uma realidade.

Referências

1. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015; 385: 1567–79.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2013. [acesso em 2017 jan]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
3. Melo VH, Melo EM. Enfrentamento da violência contra mulher: arcabouço político institucional. In: Melo, EM; Melo, VH. Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. Belo Horizonte: Folium; 2016a. p. 31-53
4. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 2006; 368: 1260–69.
5. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2):425-437.
6. DataSUS. [homepage na internet] Morbimortalidade feminina por violências, nas capitais e regiões metropolitanas brasileiras; 2011. [acesso em 2016 dez 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/matriz.htm#morb>
7. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. "Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência": Relatório final. [Internet]. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/06/relatoriofinalcpmi.pdf>
8. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*. 2015; 385: 1672–84.

9. Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Machado GP. Projeto Meninos do Rio. Mundo da Vida, Adolescência e Riscos de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(1):39-48.
10. Melo, EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10: 167-178.
11. Melo MM, Paiva L, Álvares J, Flecha AD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 suppl.1:s29-41.
12. Melo EM, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL. Promoção de saúde e prevenção da violência. In: Camargos AF, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL (Org.). Ginecologia ambulatorial baseada em evidências científicas. 3.ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2016b. 101-118.
13. Batista EC, Melo EM. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(1): 337-347.
14. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, Melo EM. Homicídios e vulnerabilidade social. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(3): 923-934.
15. Melo EM, Melo MAM, Pimenta SMO, Lemos SMA, Chaves AB, Pinto LMN. A violência rompendo interações. As interações superando a violência. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.2007; 7(1):89-98
16. Miller E, McCaw B, Humphreys BL, Mitchell C. Integrating Intimate Partner Violence Assessment and Intervention into Healthcare in the United States: A Systems Approach. Journal Of Women's Health. 2015; 24 (1): 92-99.
17. Dutton MA, James L, Langhorne A, Kelley A. Coordinated Public Health Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents. Journal Of Women's Health. 2015; 24(1):57-61.
18. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomized controlled trial. The Lancet. 2011; 378: 1788–95.
19. World Health Organization. Violence prevention: the evidence. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em:
20. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html
21. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersectorial e atenção integral. Saúde Soc. São Paulo. 2014; 23(3): 778-786.
22. Kiss LB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2007; 11(23): 485-501.
23. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
24. Jewkes R, Hilker LM, Khan S, Fulu E, Busiello F, Fraser E. What works to prevent violence against women and girls - Evidence Reviews. Paper 3: Response mechanisms to prevent violence against women and girls. [S.l.]: What Works to Prevent Violence; 2015.
25. Habermas J. Between Facts and Norms: Contributions to a discourse theory of law and democracy. Cambridge :The MIT Press; 1996.
26. Habermas J. Teoria de la Acción Comunicativa: Complementos y Estudios Prévios. Madrid: Editora Cátedra; 1989.
27. Corradi C, Marcuello-Servós C, Boira S, Weil S. Theories of femicide and their significance for social research. Current Sociology. 2016; 64(7): 975–995.
28. Habermas J. Teoria de la Acción Comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.