

DOI: 10.35621/23587490.v8.n1.p239-252

OS IMPACTOS DA INSERÇÃO PRECOCE DO ALUNO DE MEDICINA NO COTIDIANO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE IMPACT OF PRECOCIOUS INSERTION OF THE MEDICINE STUDENT ON DOMESTIC VIOLENCE DAILY LIFE: AN EXPERIENCE REPORT

Carolina Ávila Garcia¹
Joana Rosa Urbano Sousa Costa²
Erivar Moisés de Lima Júnior³

RESUMO: OBJETIVO: Esse relato de experiência tem como objetivo suscitar reflexões a partir da visão do aluno sobre o contexto em que ele foi inserido no início de sua jornada acadêmica e analisar as repercussões dessa imersão, ainda inexperiente, em casos complexos, como os que envolvem violência doméstica. **METODOLOGIA:** É um relato de experiência do estudante, que durante quatro meses realizou visitas semanais na residência designada e pôde acompanhar o cotidiano da família. **RESULTADOS:** observou-se que por um lado as habilidades de comunicação e de percepção melhoraram exponencialmente, porém as sensações de impotência, a ansiedade e a tristeza tornaram todo o processo penoso. As práticas geram, com certeza, aprendizados importantes e experiências que influenciarão a postura e o desempenho dos alunos como futuros médicos. São aprendidas habilidades de comunicação, de empatia e de observação, que indubitavelmente facilitarão a desenvoltura do aluno em futuras consultas. **COMCLUSÃO:** Sem dúvidas, experiências como essa ajudam ampliar o olhar do futuro profissional a não focar simplesmente em um diagnóstico, mas sim em buscar a melhoria da qualidade de vida para o paciente.

Palavra chave: Atenção Primária à Saúde. Estudante. Violência Doméstica.

ABSTRACT: OBJECTIVE: This experience report aims to raise reflections from the student's view of the context in which he was inserted at the beginning of his academic journey and to analyze the repercussions of this immersion, still

¹ Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

² Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

³ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

inexperienced, in complex cases, such as those that involve domestic violence.

METHODOLOGY: *It is an experience report of the student, who for four months made weekly visits to the designated residence and was able to follow the family's daily life.*

RESULTS: *it was observed that, on the one hand, communication and perception skills improved exponentially, but feelings of helplessness, anxiety and sadness made the whole process painful. Practices certainly generate important learning and experiences that will influence students' posture and performance as future doctors. Communication, empathy and observation skills are learned, which will undoubtedly facilitate the student's resourcefulness in future consultations.*

CONCLUSION: *Undoubtedly, experiences like this help to broaden the view of the future professional, not to focus simply on a diagnosis, but rather on seeking to improve the quality of life for the patient.*

Keywords: *Primary Health Care. Student. Domestic violence.*

INTRODUÇÃO

A criação de vínculo, a escuta apurada e a compreensão do paciente como um todo são os pilares do Módulo Horizontal A (MHA), disciplina que se estende do ciclo básico até o final do ciclo clínico no curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O MHA, insere o aluno desde o primeiro período, quando ele ainda está desarmado de conhecimentos anatômicos, fisiológicos e clínicos, na realidade do cuidado da Atenção Básica à Saúde.

Assim sendo, logo ao ingressar no curso, o aluno já adentra a prática, devendo uma vez por semana visitar alguma Unidade de Saúde da Família (USF) da região e acompanhar uma família. Deve ser feita uma visita semanal, na qual o estudante deve compreender a família globalmente, saber quais problemas enfrentam, sejam eles sociais ou patológicos. Para isso, também é requerido que o lecionando compreenda a região em que a família reside, seu processo de territorialização. É necessário que o lecionando assuma uma posição de observador, ele precisa compreender o contexto, sem jamais realizar alguma intervenção.

A metodologia do MHA envolve, as tecnologias relacionais, principalmente, as leves. Desse modo, Abreu, Amendola e Trovo (2017) caracterizam a tecnologia relacional como a busca intencional da criação de bens e produtos que atuam como objetos que vão além do âmbito material, sendo símbolos, os quais possuem valores de uso e satisfazem necessidades. Podem ser classificadas como: tecnologias leves, tecnologias leve-duras e tecnologias duras (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017). Essas tecnologias das relações, abrangem o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização do paciente perante aos seus problemas (ROSSI, 2005).

Nessa linha de raciocínio, entre as tecnologias leves citadas, a criação de vínculo foi o foco do MHA-1 (módulo vivido no primeiro período do curso), pois foi através da escuta e do acolhimento que o aluno compreendeu a realidade de sua paciente. A escuta, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, contempla comunicações

verbais e não verbais, é um rico recurso que possibilita a identificação de queixas que, muitas vezes, não são explicitadas pelo paciente (SOUZA, 2019). A convivência com a paciente e o uso orgânico das tecnologias leves nesse módulo mudaram por completo a postura do aluno perante qualquer paciente, pois a experiência obtida aguçou sua escuta e modificou sua percepção, permitindo que ele também identificasse queixas e demandas nunca expressadas verbalmente pela paciente.

Dessa maneira, esse relato de experiência tem como objetivo suscitar reflexões a partir da visão do aluno sobre o contexto em que ele foi inserido no início de sua jornada acadêmica. O discente acompanhou por cerca de 3 meses uma paciente idosa, vítima de várias formas de violência durante sua vida e que atualmente sofre com a situação de seu neto e de seu bisneto, ambos vítimas de violência física, verbal e psicológica.

Destarte, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde apresentam como definição de violência como um fenômeno de múltiplas causas, com vários tipos de manifestações e naturezas, sendo muito importante para a epidemiologia e que requer uma abordagem característica dos seus fatores e seus contextos (OLIVEIRA; ALMEIDA; MORITA, 2011). Além disso, Minayo (2006) aponta que as consequências da violência acabam afetando de uma ampla maneira a sociedade e os seus cidadãos, incluindo também o setor de saúde, pois inclui novos desafios ao atendimento em saúde.

Assim, a violência doméstica é um dos muitos tipos de manifestações de violência. Oliveira, Almeida e Morita (2011) apresentam que a violência doméstica é uma das formas de violência mais vivenciadas na comunidade e seus reflexos são vistos nos serviços de saúde, através dos custos ou complexidade que seus atendimentos representam. Ela pode ser compreendida como: "toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família", mas ao contrário do que sua denominação ilustra, não apenas os membros do núcleo familiar podem ser afetados. O termo também inclui indivíduos que convivem com o agrupamento familiar, sendo eles: agregados, empregados ou visitantes frequentes (DAY, 2003).

Por fim, são vários os ensinamentos que uma jornada como essa podem deixar para o estudante, é uma oportunidade única de se inserir na Atenção Básica à Saúde ainda sem os vícios do olhar médico. No entanto, a inserção do jovem ainda tão tenro em graves situações de vulnerabilidade social, sem poder fazer qualquer intervenção, pode ser gênese de inquietações psicológicas importantes.

METODOLOGIA

O trabalho trata-se de um relato de experiência ocorrida na USF Alto do Mateus, localizada na cidade de João Pessoa (PB), por uma estudante de medicina do primeiro período da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), durante a disciplina “MHA 1 - Saúde da Comunidade”. Essa disciplina tem como característica a inserção do estudante ainda no seu primeiro período de curso na realidade da Assistência Básica de Saúde através da articulação teórico-prática. Ela se desenvolveu no período de 17 de julho de 2017 até 28 de novembro de 2017, correspondendo ao período letivo de 2017.1 da universidade.

Assim, o componente curricular tem como objetivo geral: conhecer as famílias, seus modos de vida e suas necessidades de saúde em um determinado território. Entre os objetivos específicos estão: aprender a se relacionar com as famílias e as organizações comunitárias; estabelecer vínculos com as famílias, identificando suas estratégias de vida e problemas vivenciados; caracterizar o espaço/ambiente em que vivem as famílias através da técnica de territorialização; conhecer as forças sociais (atores sociais) sobre o processo saúde/doença e suas estratégias de intervenção/participação no setor saúde.

Nessa disciplina os alunos se dividiam entre quatro USF diferentes, cada grupo permanecendo na mesma unidade durante todo o semestre. Os alunos e o professor se encontravam na unidade de saúde, posteriormente, os estudantes seguiam para as casas dos pacientes designados, por um período de quatro horas semanais, nas segundas-feiras pela manhã. Além disso, passavam duas horas semanais em sala de aula na universidade debatendo sobre as vivências e

construindo o conhecimento teórico necessário para a realização da prática, nas quartas-feiras à tarde.

A metodologia do MHA-1 é centrada nas tecnologias leves. São as ferramentas de comunicação, das relações, que permitem que o estudante compreenda a realidade em que está inserido. São as tecnologias leves que propiciam o caráter longitudinal do cuidado nas USF, através da criação de vínculo (COELHO, 2009).

Dessa maneira, essas tecnologias humanizam o atendimento e permitem que a partir do conhecimento integral do indivíduo, seja gerenciado o seu cuidado. Destarte, atenção integral e horizontal, proporcionada pelas tecnologias leves, consegue hierarquizar as necessidades do paciente (MERHY, *et al*, 2006).

A escolha da paciente para essa atividade foi feita pelo docente do módulo, com a colaboração dos alunos. Um grupo de pacientes atendidos na USF e que se encontram em situações de vulnerabilidade foram selecionados, pela equipe da USF, e os perfis de suas famílias foram repassados para os professores da disciplina. A atividade de escolha dos pacientes foi feita em uma reunião, na qual o docente perguntava características dos alunos e, posteriormente, apresentava os perfis das famílias. Após a troca de informações, o professor sugeria qual aluno deveria atender determinada família. Cerca de 10 visitas foram realizadas pelo aluno no domicílio da paciente, com uma duração média de 4h, nas quais ela ficava livre para falar de seu cotidiano, de suas queixas e de sua história.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O acompanhamento em questão foi realizado com a Senhora L., de 79 anos, viúva, residente de um bairro periférico da cidade de João Pessoa. Ao longo de sua vida, ela foi vítima de várias formas de violência, física, sexual e psicológica e na terceira idade, tenta encontrar uma vida melhor, porém sofre ao ver seu neto ser vítima de violência doméstica, praticada por sua esposa. Como descrito na metodologia, foram realizadas visitas domiciliares semanais a paciente pelo

estudante de medicina. Nessas visitas, ocorreram conversas para conhecer melhor a paciente, seu estilo de vida, suas relações interpessoais e seu contexto social, para a partir daí haver a criação de vínculo e se possível, através disso, a geração de um impacto positivo na vida da paciente.

A formação de vínculo não é uma tarefa fácil, não é algo que ocorra rapidamente, mas é essencial para a aplicação do cuidado na Atenção Básica à Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como um de seus pilares o desenvolvimento de vínculo, a responsabilização das equipes pela saúde da população (BRASIL, 2012). Esse vínculo adquirido com o usuário e sua família torna-se a principal ferramenta utilizada pelo profissional de saúde para conseguir entender as subjetividades, individualidades e condições de vida das famílias (SANTOS; MIRANDA, 2016). Assim, é só a partir do estabelecimento de uma relação que as pessoas deixam de lado as mentiras piedosas e cordiais, as ressalvas e os eufemismos.

A princípio, os relatos da paciente eram vagos, não apresentavam linearidade e dificultavam o entendimento do estudante que ainda dispunha de poucas habilidades de comunicação. Ademais, a paciente tinha uma má dicção e falava em um dialeto peculiar. O lecionando, por outro lado, com um enorme receio de invadir a privacidade da paciente, realizava poucas perguntas. Era penoso e até estressante que no começo o diálogo com a paciente fosse tão unilateral: ela falava, ela mesmo respondia. Talvez por sua carência, pelo longo período que a paciente passara sozinha, ela havia aprendido a conversar consigo mesma.

Aos poucos, foi se sabendo mais que sua rotina, mais que seu amor por organização, por sua horta e por sua coleção de vinhos. Foi quando a usuária começou a falar das violências sofridas no passado que o aluno foi sentindo o peso e a necessidade dessa experiência. O que dizer para uma pessoa que recordava coisas tão cruéis como estupro e violência doméstica? O que dizer quando a paciente revela que na busca de um relacionamento melhor acabou por sofrer as mesmas fatalidades em seu segundo casamento? Frases prontas e palavras de efeito pareciam, e eram, inócuas. Nesse momento foi aprendido que um olhar sincero era mais reconfortante do que qualquer palavra cortês. Mais tarde viriam, numa aula sobre anamnese, instruções precisas sobre o que fazer quando o paciente chora,

ou relata algum trauma em uma consulta, mas o estudante em questão já havia aprendido com a paciente, exatamente o que fazer em situações como essa, e jamais esqueceria como aprendeu.

Assim, quando observou-se que um vínculo já havia sido estabelecido, no qual um perfil da paciente já estava sendo traçado, outros métodos foram usados para que o conhecimento sobre a paciente fosse expandido. Foi realizado um Ecomapa, instrumento que retrata a relação do paciente e sua família, com o mundo, de forma ampla, traçando seu perfil social (MELLO, 2005). O ecomapa que revela o cotidiano da paciente, locais que ela frequenta, pessoas com as quais ela tem mais contato, é nele que vemos se a paciente conta, ou não, com uma rede de apoio.

O ecomapa da paciente era restrito, como o de muitos idosos que tendem à solidão, apesar de falante quando à vontade, L. tinha uma vida social limitada (PINHEIRO, 1984). Basicamente, suas relações se limitavam a seu neto T., esposa dele J. e o filho do casal, seu bisneto Y. Outros contatos eram muito superficiais, como na USF, local que ela não frequentava assiduamente, na igreja, onde mesmo indo regularmente só nutria um coleguismo pelo fiéis, na vizinhança ela alegava ter uma relação apenas cordial com os que a rodeavam. Sendo assim, logo foi percebido que a rede de apoio da usuária era precária, por mais que seu neto fosse presente, ele tinha sua própria vida, e como veremos mais adiante, seus próprios problemas, que acabavam por causar sofrimento na paciente.

Depois de conhecer o cotidiano da paciente, era o momento de entender sua história, para isso, foi utilizada a ferramenta do Genograma, que ilustra a árvore genealógica da família, ilustrando suas relações e suas patologias hereditárias (MELLO, 2005). A elaboração do genograma é feita a partir de extensas entrevistas, depende da recuperação da memória da paciente, e pode estar enviesada por sua percepção, já que estabelece as relações entre os familiares a partir da percepção do paciente.

No genograma da usuária percebe-se que ela vem de uma grande família, mas tem pouco contato com seus 4 irmãos. No que tange aos seus 4 filhos do primeiro casamento ela também alegou não ser próxima de nenhum, segundo ela a vida foi os separando aos poucos. Seu primeiro casamento foi marcado pelo

alcoolismo e violência de seu marido, que já é falecido. Em sua maturidade, L. casou-se novamente, foi severamente rejeitada pelos filhos do novo companheiro e voltou a enfrentar os mesmos problemas, já que o segundo cônjuge também era etilista e violento. As doenças que permeiam a família da paciente são: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e o vício em álcool e drogas.

Embora vítima de violência doméstica durante quase toda sua vida adulta, L. falava do tema com tranquilidade, dizia perdoar seus maridos e era difícil para quem ouvia acreditar ou concordar com aquilo. Esse foi mais um ensinamento que a experiência plantou, o de não exercer qualquer julgamento pelo relato que é apresentado, o que também seria algo a ser ensinado mais tarde na grade curricular, mas a paciente conseguiu ensinar antes ao aluno. Depois de conhecer seu contexto, sua história, o vínculo se estabelecia de tal forma que L. começava a falar de seu presente, do transtorno pelo qual passava.

T. e Y., neto e bisneto de Dona L., eram sempre presentes em seus relatos, compunham sua pequena, mas significativa rede de apoio. Apesar disso, quem não era muito presente nas histórias era J., esposa de T. e mãe de Y., e aos poucos as pistas de que elas não somente eram distantes foram aparecendo. A sensibilidade que essa experiência gerou no aluno, foi sendo exercida, e quando a esposa de seu neto era mencionada, a paciente mudava sua postura, era percebido um misto de angústia, de medo e o estudante começava a reconhecer esses indícios. Conforme os meses foram passando, já era sabido que a relação entre seu neto e sua esposa não era das mais estáveis, L. começou a relatar alguns dos episódios de ciúmes da cônjuge de seu neto. Um dia, ao chegar para mais um dos encontros semanais, que já era encarado como rotina, tanto para a paciente quanto para o aluno, L. estava agitada, angustiada. A relação havia atingido um estágio de cumplicidade, foi quando ela então revelou, um pouco sem graça, com um misto de tristeza e vergonha, que seu neto T. era vítima de violência doméstica, mais um caso de abuso marcava a família.

O termo violência doméstica se refere a qualquer ato violento que ocorre no âmbito familiar, no entanto, esse conceito é usado na maioria das vezes para designar exclusivamente a violência cometida pelo homem contra mulher (BHONA, 2011). No contexto social vigente, é fácil entender o porquê de associar esse crime

aos homens, já que o termo violência diz respeito à noção de força, ao uso da superioridade física perante ao outro. Todavia, violência é algo muito mais amplo, e diminuir a noção de violência numa definição fixa e simples é reduzi-la, é compreender de forma rasa sua evolução histórica (GOMES, 2005). Foram necessárias reflexões e a desconstrução de muitas ideias para entender o panorama em que num caso de violência conjugal, era a mulher da relação que cometia atos violentos e psicologicamente abusivos.

J., esposa do neto da paciente, tinha todos os traços de uma parceira abusiva, ela era o estereótipo que tanto se vislumbra na figura masculina. Ciúmes excessivos, plantava ideias na cabeça de seu marido T., como a de que ele não poderia deixá-la, fazia chantagens emocionais envolvendo seu filho Y. e por vezes chegava às vias de fato, agredindo o marido, neto da paciente, com objetos.

Se para o discente já era difícil ouvir os relatos de violência do passado de Dona L., já havia considerado um enorme aprendizado saber como ouvir e reagir a situações como essa. Ouvir os relatos de um abuso atual, que às vezes ocorrera na noite anterior à visita semanal era perturbador. Era visível a reserva de L. em falar sobre o abuso, ela por vezes tentava normatizar o comportamento de J., a companheira de seu neto, às vezes comentava o quão vergonhoso era para seu neto e como eles não podiam comentar com ninguém, por medo de serem ridicularizados. Era fácil entender os receios da paciente, uma avó desesperada, e difícil argumentar e romper com ideais machistas.

Num certo dia, Y., o bisneto, estava na casa da paciente. durante uma das visitas. A essa altura, L., a bisavó do jovem, já havia comentado que seu bisneto também já havia sofrido agressões, que sua mãe. não tinha paciência com ele. Quando as habilidades de mãe de J. foram questionadas pelo lecionando, L. categoricamente afirmou que seu bisneto sofria e que ela já havia procurado o serviço social, sem muito sucesso. Y. é um menino de 13 anos, introvertido, ele chegou a conversar com o lecionando, sempre olhando para o chão e com respostas curtas e precisas. Dona L. chegou a comentar que o rendimento acadêmico do menino havia caído, desde que os o relacionamento de seus pais havia piorado. Além disso, existia uma suspeita, levantada na escola, de que o garoto Y. estivesse apresentando um quadro depressivo, algo que preocupava muito

sua bisavó. Foi uma experiência difícil, deparar-se com um adolescente já tão marcado pela violência, sua linguagem corporal delatava o sofrimento vivido.

Não poder fazer nenhuma intervenção é a parte mais cruel de toda a experiência, mas também a mais sensata. Ao fim desse processo, chega a ser injusto que o lecionando aprenda tanto e não possa dar nada em retorno para sua professora, a paciente, Dona L. Ela deixou ensinamentos que nem imagina, também deixou memórias de momentos de tensão e ansiedade. Afinal, não era fácil para um estudante tão inexperiente lidar com situações tão complexas com tamanha sensação de impotência.

O legado dessa experiência é diverso, se por um lado as habilidades de comunicação e de percepção melhoraram exponencialmente, as sensações de impotência, a ansiedade e a tristeza tornaram todo o processo penoso. A primeira influência da convivência com Dona L. foi um verdadeiro choque de realidade, foi o rompimento com o ideal do que é medicina que o aluno tinha previamente ao ingresso no curso. O estudante que está prestes a entrar na graduação de medicina geralmente sonha com o cotidiano frenético de um hospital e a posteriori com a tranquilidade do atendimento em consultórios. Entretanto, um módulo como o MHA é responsável por abrir os olhos do estudante para a realidade do cuidado. Realidade essa na qual a Atenção Primária à Saúde pode, além de melhorar os indicadores de saúde, resolve cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população (CAMPOS, 2014).

Nessa linha de raciocínio, Almeida *et al.* (2012) descreve que a vivência dos estudantes de graduação da área de saúde na atenção básica leva a uma aprendizagem diversificada, não limitado apenas ao conhecimento teórico de condutas e procedimentos, mas também a sabedoria baseada no relacionamento com os pacientes, tendo em vista a realidade em que ele se insere, suas necessidades e suas condições particulares (ALMEIDA *et al.*, 2012). No que tange ao ganho de habilidades, é inegável que a escuta do discente foi drasticamente transformada, no início era superficial, se restringia ao que era dito e, posteriormente, foi-se percebendo a maneira como as coisas eram ditas. A aptidão para a comunicação também foi melhorada, houve o aprendizado de observar o momento ideal para realizar perguntas. Além disso, a forma como as perguntas eram elaboradas

foram aprimoradas, evitando perguntas direcionadas e favorecendo questionamentos mais amplos, que deixam o paciente mais à vontade para responder de acordo com sua realidade.

Outra esfera severamente modificada ao longo da experiência, foi o estado psicológico do aluno. O módulo coloca o estudante ainda muito inapto na missão de extrair do paciente sua história e compreender suas adversidades. A princípio, há o sentimento, no aluno, de enorme sobrecarga, visto que ele está rodeado de problemáticas que parecem, e muitas vezes são, sem solução. Aos poucos o discente ganhou confiança ao ver que conseguia se comunicar e entender melhor o processo do módulo, no entanto a sensação de impotência permaneceu, foi algo que o lecionando teve aprender a conviver com. Um ensinamento, um tanto quanto difícil, teve que ser absorvido, o de que nem sempre há uma solução para determinado problema.

Por fim, veio o impacto da violência, palavra que rodeou todo esse processo, e com isso, a percepção de que ela faz parte do cotidiano. É difícil compreender a magnitude da vulnerabilidade que existe perante a violência, sejam homens ou mulheres, adultos ou crianças. A jornada com a paciente mostrou que os diversos tipos de abuso rondam a sociedade, eles são um problema de saúde pública e que na maioria das vezes podem passar despercebidos por um olhar não tão atento, ou inexperiente. Os relatos de violência do cotidiano da Atenção Primária à Saúde são fragmentados, vagos, rodeados por medo e vergonha, na maioria das vezes, apenas uma escuta mais atenta os percebe. Apesar de ser assustador, abrir os olhos para esse panorama é, também, fortalecedor, pois o aluno em questão terá sempre sua percepção aguçada para esse tipo de caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Módulo Horizontal A é controverso, ele expõe seus alunos à situações de risco em áreas perigosas, em residências onde existem doenças contagiosas, violência e atividades ilícitas. As práticas geram, com certeza, aprendizados

importantes e experiências que influenciarão a postura e o desempenho dos alunos como futuros médicos. São aprendidas habilidades de comunicação, de empatia e de observação, que indubitavelmente facilitarão a desenvoltura do aluno em futuras consultas. Sem dúvidas, experiências como essa ajudam ampliar o olhar do futuro profissional a não focar simplesmente em um diagnóstico, mas sim em buscar a melhoria da qualidade de vida para o paciente.

No entanto, é inegável que o módulo coloca seus alunos, ainda muito inexperientes, em situações de extrema complexidade sem nenhum suporte emocional. Há crescimento, mas ao custo de sensação de extrema impotência, de desesperança, e em alguns casos há a deterioração da saúde mental. Não é incomum que alunos desenvolvam problemas psiquiátricos, como depressão ou ansiedade, ao longo da graduação (JUNIOR, 2005). É sabido que experiências de MHA já foram responsáveis por ataques de ansiedade e afastamentos do curso. Sendo assim, há espaço para melhoramento nessa tão rica experiência, como a inserção de algum tipo de suporte psicológico mais eficaz para os alunos que tenham dificuldades em lidar com panoramas tão complexos.

A prática do MHA teve um saldo infinitamente mais positivo para o aluno do que para a paciente em questão, o que talvez não seja justo. Dona L. seguiu vivendo numa família marcada pela violência e por seus traumas, continua a temer pelo futuro de seu neto e de seu bisneto. Sem poder fazer qualquer intervenção, o máximo que o lecionando pôde fazer por L., foi garantir que ela seria acompanhada por mais um semestre, fez questão de apresentar o novo estudante que acompanharia Dona L., em uma tentativa de garantir que ela continuasse a ter o mínimo de suporte em sua tão difícil jornada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de; AMENDOLA, Fernanda; TROVO, Monica Martins. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 981-987, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

ALMEIDA, Francisca Claudia Monteiro *et al.* Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 33-39, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BHONA, Fernanda Monteiro de Castro; LOURENCO, Lelio Moura; BRUM, Camila Resende Soares. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 87-100, 2011.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, Oct. 2009.

DAY, Vivian Peres *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 9-21, Apr. 2003.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria C. de S; SILVA, Cláudio F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: MINAYO, Maria C. de S. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. 1 ed. Ministério da Saúde, 2005.

JÚNIOR, M. A. G. N. *et al.* Depressão em estudantes de medicina. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 25, n. 4, 2015.

MELLO, Débora F. de *et al.* Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 78-91, abr. 2005.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP). Hucitec; 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n., p. 1259-1267, 2006. FapUNIFESP (SciELO).

OLIVEIRA, Cristiano Claudino; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de; MORITA, Ione. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 412-420, set. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

PINHEIRO, A. A. A; TAMAYO, A. **Conceituação e definição de solidão**. **Revista de Psicologia**, 1(2), 29-37. 1984.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, Junho 2005.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revistade Enfermagem da UFSM**, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 350-359, 30 set. 2016.

SOUZA, Suzy Anne Lopes de; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 19-42, abr. 2019.