

Artigo de Experiência

A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde*Active Listening as a Health Care Humanization Strategy**La Escucha Activa Como Estrategia De Humanización De la Asistencia en Salud*<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i2.4732>

Maria José Santos de Oliveira*¹, Andressa de Souza², Prislá Ücker Calvetti³, Lidiane Isabel Filippin²

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência da assistência em saúde prestada a pacientes vítimas e/ou agressores da violência urbana, no cuidado hospitalar. **Métodos:** Trata-se de relato de experiência da assistência em saúde prestada aos jovens, vítimas ou agressores, da violência urbana no cuidado hospitalar. **Resultados:** Essa interação profissional-usuário por meio do acolhimento e escuta ativa demonstrou que a assistência em saúde, além de realizar procedimentos técnicos e utilizar recursos de alta tecnologia, tem o desafio de diminuir a distância entre o profissional e o paciente na perspectiva de tornar a assistência

¹ Enfermeira, Mestrado em Andamento no Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano – Universidade La Salle, Canoas/RS.

² Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano – Universidade La Salle, Canoas/RS.

³ Psicóloga. Pós- Doutorado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS.

* Autor correspondente:

Endereço Correspondência:

Rua I, 56. Parque São Cristóvão. Viamão-RS. Brasil.
CEP: 94416240

Email: maria_santos_rs@yahoo.com.br

Submetido em: 02/05/2018

Aceito em: 28/06/2018

de saúde integral e humanizada. **Conclusão:** A partir da experiência vivenciada foi possível perceber que a assistência profissional precisa considerar os aspectos singulares da história de vida do paciente. Esse entendimento impacta no modo como a assistência de saúde é prestada pelos profissionais, exigindo que práticas e estratégias escolhidas se diversifiquem e possam ultrapassar a abordagem biomédica para um modelo biopsicossocial.

Palavras-chaves: Violência; Enfermagem; Assistência em Saúde; Humanização.

Abstract

Objective: to report the experience of the health care provided to patients victims and/or aggressors of urban violence in hospital care. **Methods:** this is an account of the experience of health care provided to young people, victims or perpetrators of urban violence in hospital care. **Results:** this professional-user interaction through active listening and reception has demonstrated that health care, in addition to performing technical procedures and using high technology resources, has the challenge of reducing the distance between the professional and the patient in order to make comprehensive and humanized health care. **Conclusion:** based on the experience, it was possible to perceive that the professional assistance needs to consider the singular aspects of the patient's life history. This understanding impacts on the way health care is provided by professionals, requiring that practices and strategies chosen diversify and can go beyond the biomedical approach to a biopsychosocial model.

Keywords: Violence; Nursing; Health Care; Humanization.

INTRODUÇÃO

O cuidado ao paciente hospitalizado na atualidade é focado na alta tecnologia, levando a uma visão mecanicista e centrado na doença^{1,2}. No entanto, para prestar assistência integral ao paciente, o profissional de saúde deve direcionar esforços para as tecnologias leves e leve-duras, as quais compreendem as relações interpessoais estabelecidas por meio do vínculo e da escuta ativa. Atualmente, as tecnologias leves e leve-duras têm sido bastante discutidas, pois direcionam à humanização da assistência em saúde^{1,2}.

Na assistência em saúde, a escuta ativa envolve interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala no intuito de identificar a real demanda do paciente. Essa prática requer concentração e energia por parte do profissional. Assim, essa modalidade de atendimento surge como ferramenta de cuidado leve, voltada para o acolhimento e à humanização da assistência em saúde. Essa escuta vincula o assistido ao sistema e aos profissionais tornando o tratamento mais resolutivo. A resolução e confiança são oferecidas ao paciente pela escuta de suas queixas e temores, direcionando-o a uma autorreflexão do processo de saúde-doença³.

Embora apresente muitos benefícios, a escuta ativa é um recurso ainda pouco utilizado pelos profissionais que atuam na assistência hospitalar⁴. A baixa aderência a essa terapêutica passa por três motivos: (a) configuração dos serviços, nos quais prevalece a preocupação pelo fazer diário dos procedimentos técnicos; (b) insuficiência de tempo em função do excesso de trabalho; (c) despreparo para realizar um atendimento adequado de escuta⁴. Somado a essas barreiras, os profissionais da saúde entendem a escuta ativa como parte da anamnese, que busca apenas a coleta de informações de saúde do paciente. Nessa perspectiva, o paciente permanece numa posição de objeto, alheio a tudo que diz respeito ao seu desejo e ao seu sofrimento⁵.

Apesar da dificuldade para implementação, a escuta ativa é uma ferramenta que pode ser utilizada em vários cenários da assistência de

saúde. Um desses cenários é o atendimento ao paciente vítima ou ao agressor da violência urbana. A violência é notícia constante dos grandes centros urbanos. Dados da Secretaria da Segurança Pública do Estado apontam números alarmantes da violência urbana no ano de 2017 no Rio Grande do Sul. As vítimas por violência associada à arma de fogo e ao tráfico de entorpecentes aumentaram substancialmente entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos⁷. Em relação ao panorama internacional, o Brasil possui uma taxa de 20,7 homicídios por arma de fogo a cada 100 mil habitantes, ocupando a 10ª posição ranking dos 100 países mais violentos do mundo⁷. Esse estudo objetivou compartilhar a experiência da assistência em saúde prestada a vítimas e/ou agressores da violência urbana no cuidado hospitalar.

DESCRIÇÃO

Trata-se de um relato de experiência acerca da assistência em saúde que emerge das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde em uma unidade de internação de traumatologia e ortopedia em um hospital público de Porto Alegre.

Os pacientes assistidos nesse hospital compreendem usuários do Sistema Único de Saúde que necessitam de intervenção para correção de fraturas por ferimento de arma de fogo geradas pela violência urbana. A escuta ativa foi realizada com dez pacientes, com idades entre 15 e 40 anos. Dentre as principais características dos pacientes atendidos, pode-se destacar que todos apresentavam baixo nível de escolaridade, vínculos familiares comprometidos ou rompidos e eram provenientes das periferias da cidade de Porto Alegre, residentes em áreas de conflitos ativos entre facções por domínio dos pontos de vendas de entorpecentes. A maioria com passagem policial ou em situação de liberdade condicional. A assistência por meio da escuta ativa foi realizada pela equipe de Enfermagem à beira do leito dos pacientes, inicialmente apresentando os protocolos hospitalares na admissão, e, durante o tempo de hospitalização, gerenciando as demandas trazidas pelos pacientes e familiares.

Relato de experiência da assistência em saúde multiprofissional: violência urbana e cuidado hospital

A abordagem ao paciente e seus familiares vítimas ou agressores da violência urbana na assistência hospitalar era realizada com o profissional de saúde sentado ao lado do paciente e familiar, à beira leito, sem papéis ou outros utensílios nas mãos, deixando o diálogo mais informal. Nesse momento, era discutido sobre a co-responsabilidade da família e do paciente no cuidado hospitalar, incentivando a promoção do autocuidado. Além disso, foi realizada uma abordagem sobre tabagismo, uso de drogas e álcool, esclarecendo os riscos sobre o período de abstinência, riscos acerca do abandono do tratamento e, mais especialmente, sobre benefícios da adesão à terapêutica.

No decorrer da hospitalização, problemas com a dependência de drogas ilícitas, problemáticas sociais e familiares passavam a ser relatados. Nesse momento, diante dos questionamentos, propunha-se uma autorreflexão do contexto atual. Por conseguinte, acordava-se o plano terapêutico individual de cuidados os quais pudessem auxiliar o indivíduo a enfrentar principalmente as problemáticas atuais. Dentre a assistência de saúde realizada, nos momentos de escuta ativa, pode-se destacar relatos de vivência pessoal tais como as situações descritas a seguir.

Paciente 1: Homem, 21 anos com passagem policial por tráfico de drogas. “No tráfico, todos os dias são de muita tensão porque os contra estão sempre querendo invadir e roubar o ponto de venda”. Ele continua “ouvi os estampidos de bala e em pouco tempo todos os meus companheiros mortos a minha volta, me fiz de morto até irem embora, depois de um tempo sangrando e me arrastando no chão consegui pedir ajuda”...“Agora estou aqui, inutilizado e com medo”.

Esse paciente ficou cerca de dois meses hospitalizado com restrição de visitas por conta do risco de morte. Foram dois meses com inúmeros atendimentos de escuta ativa à beira leito e problematizando as situações vividas. Próximo à data da alta, o paciente resolveu que iria mudar-se para outro Estado e recomeçar a vida longe do tráfico de drogas, pois acreditava que Deus estava lhe dando outra oportunidade de viver e fazer diferente.

Paciente 2: Homem de 23 anos usuário de maconha e cocaína, passagem policial por roubo de carros. Pode-se observar que determinados pacientes relataram fácil acesso para obter drogas e que, geralmente, o único obstáculo era de ordem financeira. Assim ele destaca: “Dona comecei desde cedo usar maconha, depois passei para cocaína eventualmente. Como era mais caro usar cocaína comecei a furtar carros”. Esse paciente tinha crises de abstinência muito intensas e já havia fugido do hospital, retornara agora com infecção. Nos quatro dias subsequentes de internação até a reintervenção cirúrgica, o paciente esteve sob efeito de medicação benzodiazepínica, ficou tranquilo e a escuta ativa foi complementar ao tratamento convencional. Contudo, o conhecimento e os efeitos negativos relacionados ao uso de drogas não impedem o usuário de continuar usando drogas.

Paciente 3: Homem de 30 anos, usuário de crack, passagem policial por furto a residências de alto padrão. “O aranha”! Assim conhecido por escalar edifícios. Em um dos momentos de escuta, relatou que furtava joias e objetos de maior valor e que facilmente conseguia revender, mas que, na sua última investida, acabou caindo da janela e ali estava. Paciente de difícil manejo, não mantinha o repouso recomendado, por vezes saía para dependência externa do hospital com cadeira de rodas, sem auxílio, para fumar, algumas vezes, inclusive, maconha. A partir desse cenário, foi iniciada a intervenção social e psicológica para redução de danos em ambiente hospitalar. Na alta, o paciente foi encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) para continuidade tratamento em saúde mental.

Paciente 4: Homem de 40 anos, tabagista e usuário de maconha, passagem policial por homicídio. Esse paciente foi bastante hostil frente à aceitação do cuidado assistencial. Certa vez, ao ser orientado sobre isolamento por germes multirresistentes, foi agressivo e violento. “Tu está louca, eu já peguei cadeia, já matei muito cara contrário por aí, acha que uma bactéria vai me matar?”. Realizou inúmeras reintervenções cirúrgicas e, na alta, retornou ao seu cotidiano.

Paciente 5. Homem de 32 anos usuário de maconha, crack, cola e “pitico”, com passagem policial por tráfico de drogas e furto. Na chegada, o paciente refere estar na fissura, pois faz uso de crack diariamente. Foi, então, avaliado e medicado para

controle da abstinência. Paciente não permanecia no quarto e era resistente ao tratamento. Em certo episódio, foi flagrado quebrando o vidro da manutenção, onde guardavam materiais e pequenas máquinas, na tentativa de furtar algo para trocar na rua por drogas. Após o episódio, o paciente saiu em fuga para via pública com corte e com sangramento, não foi encontrado.

Paciente 6. Homem 30 anos, usuário de crack e álcool, passagem policial por furto. Em um momento de conversa, o paciente faz uma reflexão da sua vida pregressa ao uso de crack. “Você vê enfermeira, eu não precisava ter passado por tudo isso, meus pais são bem de vida, sempre me incentivaram o estudo, poderia ser um administrador hoje. Mas quis ir por mim, mostrar para eles que não precisava de tudo aquilo e aqui estou”. Algumas vezes, o paciente era levado para o pátio do hospital para tomar sol. Lá ele conheceu um pastor de uma Igreja Evangélica que trabalhava com reabilitação de drogas e álcool e resolveu que, em condições de alta, iria acompanhar o pastor, e assim foi. Em outro momento, retornou para reconsulta no ambulatório e foi até unidade de internação nos cumprimentar e agradecer o cuidado.

Paciente 7. Homem 35 anos, usuário de maconha, cocaína e crack. Ao falar sobre as consequências do uso de drogas, os usuários estão cientes dos problemas que causam às suas famílias e das situações violentas que cercam o consumo de drogas: “Eu tinha um bom emprego, ganhava muito bem, construí casa, comprei carro, tinha meus filhos e uma esposa maravilhosa. Certo dia por uma discordância no trabalho, fiquei um pouco frustrado e fui a um bar beber lá conheci o crack. Dali em diante foi uma loucura, tudo que eu ganhava era para o vício, quem segurava as contas da casa e a necessidade dos filhos era minha esposa. Gastei tanto que um dia por falta de dinheiro e estando na fatura entreguei meu carro na boca de fumo, dei por R\$ 400 reais uma ranger. Então, depois disso, minha esposa me deixou e passei a viver por aí. Preciso retomar minha vida e minha dignidade!”. Esse paciente, depois do tratamento traumatológico, foi encaminhado para acompanhamento no centro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD).

Paciente 8. Homem, 17 anos, usuário de maconha, passagem policial por tráfico de drogas. O comportamento do usuário sob a influência dos

entorpecentes e a sensação de poder resultam na perda de vínculos familiares importantes. Relato de pai jovem: “Enfermeira, a situação saiu controle, perdi meu filho para o tráfico”. “Com a arma na mão ele se sente Deus e imune a tudo e a todos”. Ao longo da hospitalização, foram trabalhadas, junto com a família, formas de reabilitação e adesão do paciente ao tratamento no centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD).

Paciente 9. Homem 27 anos, usuário de maconha e crack, morador de rua e com passagem policial por furto. Certa vez acompanhado de mais dois pacientes, fizeram pedido de lanche (xis) que veio bem recheado com maconha. Os seguranças por medo de represálias não abordaram, e foi acionada Brigada Militar para solucionar o problema. Foram elaborados *rounds* para discutir plano de cuidados a esse paciente. Realizou-se escutas ativas problematizando as situações-problema. Após alta hospitalar, o paciente foi encaminhado para abrigo do município para pernoitar e, de dia, manter acompanhamento no centro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD).

Paciente 10. Mulher de 15 anos. Usuária de heroína, cocaína e álcool. Trabalhava como profissional do sexo para manter seu vício. Situação de higiene precária, não podia ser auxiliada para higiene por técnicos homens, pois estava hipersexualizada. No pós-operatório, já conseguindo andar com alguma dificuldade, quebrou vidro do quarto, pegou caco de vidro e ameaçou de morte a técnica de enfermagem que estava fazendo cuidado naquele dia. Após muita argumentação, abriram o portão hospital e ela saiu correndo, percorreu cerca de 500 metros e sofreu queda ao solo. Após esse episódio, a assistente social e o juizado de menores foram acionados. A paciente foi encaminhada para ala psiquiátrica fechada de um hospital de referência na cidade de Porto Alegre.

Observa-se, nesse relato de experiência, a relação do uso de substâncias ilícitas e violência, o baixo suporte social dos pacientes, a baixa escolaridade e condições socioeconômicas. Ainda, percebe-se a ausência de perspectiva, sentido de vida e os relacionamentos conturbados, contribuindo para o aumento dos problemas sociais vivenciadas por esses indivíduos. Assim, a busca por melhores práticas assistenciais a essa população ocorreu pela escuta ativa, tornando o

indivíduo doente protagonista de seu tratamento e não somente receptor de cuidados e protocolos hospitalares. Essa inserção do paciente como agente do seu processo de saúde e doença colabora para melhores desfechos clínicos, menor tempo de hospitalização e reinserção social com autonomia e independência. No entanto, as dificuldades para reinserção social desses pacientes vão além da problemática da assistência de saúde hospitalar. Há limitações no apoio da equipe interdisciplinar e intersetorial do município para alta segurança do paciente e continuidade de assistência em saúde. Muitas dessas limitações estão na indisponibilidade de vagas nos abrigos da prefeitura e no atendimento dos CAPS (AD) por ter seu funcionamento apenas em horário vespertino. Essas falhas na assistência da rede de saúde contribuem negativamente para reinserção social, promovendo alta incidência de retorno desses pacientes ao seu local de origem, reiniciando todo processo de drogadição e violência que o levou a hospitalização. Sendo assim, toda relação terapêutica construída por meio da escuta ativa na hospitalização é invalidada pela falta de assistência social e apoio da rede de saúde do município para continuidade do tratamento ao indivíduo e à família pós-alta hospitalar.

DISCUSSÃO

Nesse relato de experiência, através da escuta ativa, observou-se que a maioria dos jovens assistidos eram consumidores de drogas ilícitas. O relato vai ao encontro da literatura, evidenciando o uso de substâncias psicoativas no Brasil como um problema de saúde pública⁸. Além disso, os pacientes desse relato de experiência referem o uso frequente de crack vinculado a outra substância de baixo valor aquisitivo, tais como álcool e tabaco. O crack é o entorpecente mais consumido nas comunidades vulneráveis devido a sua facilidade de acesso e baixo custo⁹.

Igualmente, a maioria dos usuários de substâncias psicoativas opta pela associação de outras substâncias, tais como tabaco, álcool e *cannabis*, para prolongar os efeitos alucionoginos¹⁰. Em estudo realizado na emergência de um hospital na Suíça, observou-se que a maioria dos pacientes eram homens com idade entre 21 a 30 anos e com motivo da internação relacionado a lesões por violência interpessoal e urbana. O uso

de substâncias psicoativas foi relatado por todos os pacientes, e 60% relatam a associação do álcool e outras substâncias como maconha (50%) e cocaína (21%)¹¹. Observou-se, na escuta ativa dos pacientes desse relato, que a desestruturação familiar e a baixa condição social favorecem o uso de drogas ilícitas e promove a violência urbana.

Mesmo com o conhecimento dos órgãos públicos dessa relação entre as drogas ilícitas e o universo infracional, o tratamento de álcool e drogas ainda é mundialmente insuficiente, pois apenas um em cada seis usuários de drogas teve acesso ou recebeu algum tipo de tratamento para dependência química nos últimos anos¹². No Brasil, a política pública relacionada ao tratamento de álcool e drogas foi instituída a partir da reforma psiquiátrica e tem o foco na prevenção e promoção de saúde¹³.

Nesse contexto, o relacionamento terapêutico de escuta pode ser o elo facilitador da humanização para assistência hospitalar, pois visa estimular o indivíduo a realizar o enfrentamento das dificuldades, a fim de propor a construção de um novo olhar sobre sua vida atual e a perspectiva de um novo caminho após a alta hospitalar¹⁴. Além disso, na prática assistencial, os princípios básicos da humanização são fortalecidos por essa relação terapêutica, da escuta ativa que promove o bem-estar, o acolhimento e o vínculo do paciente com o profissional de saúde.

Esse relato de experiência apresenta algumas limitações: a) o pequeno número de jovens assistidos pela equipe de saúde no contexto da escuta ativa pode supervalorizar os achados; b) esse relato foi aplicado em uma única unidade de saúde; e c) há necessidade de pesquisas envolvendo a temática da escuta ativa no contexto hospitalar multiprofissional para que se possa pensar em novas estratégias de cuidados voltados a essa população.

CONCLUSÃO

Apartir da experiência vivenciada, foi possível perceber que a assistência profissional precisa levar em consideração os aspectos singulares da história de vida de cada paciente, além das questões socioculturais em que a população está inserida. Além disso, há necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial no contexto

do cuidado à saúde e no contexto da violência urbana. Precisamos desenvolver estratégias para a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência hospitalar relacionada ao cuidado de indivíduos vítimas e/ou agressores da violência urbana, para que o acolhimento e a escuta ativa ocorra sob a perspectiva de um modelo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Merhy,EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. Hucitec; 2005.
2. Jorge, MSB. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3051-3060.
3. Mesquita, AC. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. Revista Escola Enf USP. 2014; 48 (6)1127- 1136.
4. Lima DWC. A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico: discursos e rupturas [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2012.
5. Lima DWC. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. Texto contexto - enferm. 2015; 24 (1).
6. Secretária segurança pública; Indicadores criminais SSP de 2017. Governo Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:<http://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-criminais>.
7. Brasil. Diagnóstico dos homicídios no Brasil: Subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/RELATORIO-HOMICIDIOS-210x297mm-MJ-1.pdf>.
8. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). 2014; 39, 297-301.
9. Jorge MSB, Quinderé PHD, Yasui S, Albuquerque RA. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(10): 2909-2918.
10. Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Lacchini AJB, Silva AA. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev Gaucha Enferm*. 2013; 34(1): 140-146.
11. Liakoni E, Gartwyl F, Ricklin M, Exadaktylos AK, Krahenbuhl S. Psychoactive substances and violent offences: A retrospective analysis of presentations to an urban emergency department in Switzerland. 2018; 29(3): 13.
12. Escritório Das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas, 2014. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html>
13. Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
14. Almeida,VCF. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. Revista Escola Enfermagem (USP). 2005; 39(2)202-210.