

# A ESCUTA ATIVA COMO CONDIÇÃO DE EMERGÊNCIA DA EMPATIA NO CONTEXTO DO CUIDADO EM SAÚDE

## ACTIVE LISTENING AS A CONDITION FOR THE EMERGENCE OF EMPATHY IN THE CONTEXT OF HEALTH CARE

**Manoela Malta<sup>1</sup>**

**Email:** manoelamalta@gmail.com

**Elaine Dias do Carmo<sup>2</sup>**

1 – Health Sciences Director of Education and Products - Cintana Education

2 - Docente e Coordenadora de Qualidade Acadêmica da Escola de Ciências da Saúde Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas

### RESUMO

A escuta ativa e a empatia são fundamentais na relação profissional de saúde e paciente. Estudos evidenciam que o sucesso ou fracasso no processo de cuidado, no que diz respeito a adesão às recomendações profissionais e resultados clínicos, satisfação e comprometimento do paciente com o tratamento, qualidade das informações coletadas, honestidade na comunicação, dentre outros podem estar diretamente relacionados a estas habilidades, que podem ser desenvolvidas ao longo da formação profissional em saúde. Este artigo, a partir dos conceitos de escuta ativa e empatia, abordará a conexão entre elas e sua importância no processo de cuidado.

**Palavras-chave:** escuta ativa; empatia, relação profissional-paciente

### ABSTRACT

Active listening and empathy are fundamental in the health professional and patient relationship. Studies show that success or failure in the care process, with regard to adherence to professional recommendations and clinical results, patient satisfaction and commitment to treatment, quality of information collected, honesty in communication, among others, can be directly related to these skills, which can be developed throughout the

professional training in health. This article, based on the concepts of active listening and empathy, will address the connection between them and their importance in the care process.

**Key-words:** active listening; empathy; professional-patient relationship.

## 1. INTRODUÇÃO

“Muito obrigada, doutora. Eu me sinto muito melhor depois da nossa conversa.” Como profissionais de saúde, muitas vezes, ouvimos essa fala. Em diversas ocasiões, essa declaração surge após um longo período de escuta permeada por atenção plena, perguntas que tem como objetivo nos ajudar a entender melhor os sentimentos e preocupações do paciente, ou, simplesmente, sinais não verbais de interesse e presença. Essa é a maior lição sobre escuta ativa que temos: o suspiro aliviado, o choro que flui livre e encontra certa calma ao final, as conclusões construídas pelo próprio falante através da facilitação de um ouvido atento e livre de julgamentos, que não interrompe, que não assume saber o final da história, que não se apressa para “resolver o problema”. Esses são alguns dos sinais de que a escuta ativa se faz presente e cumpre o seu papel de acolhimento e de sustentar um espaço emocional seguro do qual emerge a confiança entre paciente e profissional, que assegura a liberdade de ser quem é e, ao final, possibilita a vivência da empatia que comporta todas as humanidades.

Neste artigo, exploraremos inicialmente o conceito de escuta ativa, compartilharemos um breve panorama atual de como essa habilidade se encontra presente nas interações entre profissionais de saúde, sua importância para um processo de cuidado bem sucedido e as consequências da ausência de escuta ativa no encontro entre profissionais de saúde e pacientes. Em seguida, traremos uma reflexão sobre o conceito de empatia, sua importância nos encontros entre profissionais de saúde e seus pacientes e, finalmente, a conexão entre escuta ativa e empatia.

## 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Etimologicamente, o termo escutar se diferencia da palavra ouvir por combinar, em sua composição, o componente aurícula, que quer dizer

orelha, e o verbo inclinare trazendo, portanto a ideia de que o ato de escutar é um gesto intencional de prestar atenção a algo. Diferente disso, o ato de ouvir seria um processo biológico acionado pelo estímulo do som. Diante disso, entendemos que a escuta tem um componente intencional, uma decisão de colocar a atenção em algo. Jahromi et al. (2016) explica que escutar vai além de um processo de ouvir, sendo, na verdade, uma questão de atitude e, ainda, um processo mental e emocional<sup>1</sup>. Ao discutir especificamente o conceito de escuta ativa, Bauer et al. (2010) destaca que essa requer uma escuta não apenas do conteúdo, mas das intenções e sentimentos do falante<sup>2</sup>.

Gonzalez (2009) destaca a escuta ativa como sendo o nível mais alto e efetivo de escuta. Para o autor, trata-se de uma habilidade de alto nível que permite uma comunicação mais efetiva<sup>3</sup>. Weger et al. (2010) defende que escuta ativa está baseada num direcionamento de atenção plena ao que o falante está dizendo, escutando cuidadosamente, ao mesmo tempo em que não interrompe seu interlocutor e demonstra total interesse<sup>4</sup>.

Assim, levando em conta não apenas as definições da literatura, mas nossa própria experiência profissional, consideramos que a Escuta Ativa é um ato intencional de atenção plena que sustenta um espaço emocionalmente acolhedor e livre de julgamentos, no qual a pessoa que fala pode escutar melhor a si mesma através de quem a escuta. Nos referimos, portanto, à capacidade de estar completamente presente no encontro com o falante, demonstrando interesse genuíno por sua história e garantindo seu espaço de fala sem interrupções.

Ainda que o tema da importância da escuta nas relações entre profissionais de saúde e pacientes seja recorrente em aulas, discussões, e literatura, nos deparamos com alguns dados de estudos que nos revelam não apenas uma fragilidade dessa habilidade, mas falhas na autopercepção por parte de uma parcela de profissionais de saúde em relação às suas próprias habilidades de escuta.

De acordo com Lipkin (1996), um médico realiza, em média, entre 160.000 e 300.000 entrevistas ao longo de sua carreira. O autor ressalta que isso torna a entrevista clínica o procedimento mais realizado na clínica médica<sup>5</sup>. Ao abordar o papel da escuta ativa nos encontros entre médicos e pacientes,

Fassaert et. al. (2010) defendem que a escuta ativa é um pré-requisito para um encontro bem-sucedido no âmbito do cuidado em saúde. De acordo com esses autores, a escuta ativa tem um potencial valor terapêutico, especialmente naquelas situações que não requerem intervenção médica<sup>6</sup>.

Calhoun e Rider (2008) mostraram que os estudantes de medicina tinham uma predisposição maior a fornecer informações, do que escutar, coletar informações e engajar-se suficientemente no encontro com seus pacientes para entender suas perspectivas e as de suas famílias<sup>7</sup>.

Em 2018, Marcia Frellick, uma jornalista dedicada ao campo da saúde, reportou os resultados de uma pesquisa feita pelo site Medscape que aplicou um questionário com o objetivo de verificar a percepção de profissionais da medicina e da enfermagem sobre suas próprias habilidades de escuta com seus pacientes. Os resultados desse questionário mostraram que 89% dos enfermeiros e 87% dos médicos se consideravam bons ouvintes. Os resultados tiveram alguma variação dependendo da especialidade, mas foram consistentemente altos: no campo da saúde mental, 96% dos profissionais consideraram a si mesmos como altamente habilidosos na escuta dos pacientes e, no campo do cuidado intensivo, 87% demonstraram a mesma opinião sobre si mesmos<sup>8</sup>.

Curiosamente, um estudo publicado por Ospina et al. (2019) mostrou uma realidade diferente. Durante esse estudo, foram analisadas as gravações de 112 encontros clínicos entre médicos e pacientes de diferentes instituições. A análise das gravações mostrou que os profissionais interromperam os pacientes em 67% dos encontros gravados e que a média de tempo em que os médicos ouviam os pacientes antes de interrompê-los era de 11 segundos. Embora profissionais de saúde das diferentes áreas justifiquem a escassez da escuta por razões como tempo reduzido para as consultas e excesso de pacientes, a realidade é que a falta ou presença da escuta ativa é um fator crucial para o sucesso ou fracasso do processo de cuidado, no que diz respeito a erros médicos, satisfação e comprometimento do paciente com o tratamento, qualidade das informações coletadas, honestidade na comunicação, dentre outros<sup>9</sup>.

Os estudos de Leonard et al. (2004), Lingered et al. (2004) e Woolf et al. (2004) indicam que comunicação ineficaz entre profissionais de saúde é

uma das principais causas de erros médicos e dano ao paciente. Em 2005, uma análise dos relatórios da Joint Commission revelou que falhas na comunicação estavam na base de 70% dos eventos sentinelas<sup>10,11,12,13</sup>.

Estudo publicado por Davis et al.(2002) sugere que quando um profissional de saúde escuta os pacientes, isso pode proporcionar maior comprometimento com o tratamento e satisfação do paciente, e os profissionais de saúde se tornam menos propícios a processos judiciais relacionados à negligência<sup>14</sup>.

Stewart et al. (1995) perceberam que quando pacientes são encorajados pelos profissionais de saúde a completar a declaração de suas preocupações e queixas, eles se sentiram não apenas mais confortáveis com o relacionamento estabelecido com o profissional como, também, foram capazes de compartilhar informações mais ricas e importantes sobre seu estado de saúde<sup>15</sup>. Por outro lado, Boudreau et al. (2008) relatam que ao se depararem com maus ouvintes, os pacientes respondem com algumas estratégias que podem trazer ainda mais complicações para o processo de cuidado como, por exemplo, exagerar intencionalmente nos sintomas no intuito de gerar um sentido de urgência no profissional de saúde e conseguirem ser ouvidos. Para esses autores, estratégias de comunicação como essa podem estar refletindo em colapso no processo comunicativo durante uma visita médica<sup>16</sup>.

Haley et al. (2017) investigaram o relacionamento entre escuta ativa, consciência de si mesmo, empatia e cuidado centrado no paciente em estudantes de enfermagem. O estudo mostrou que a escuta ativa estava altamente associada com empatia e que a empatia estava diretamente associada com o cuidado centrado no paciente<sup>17</sup>.

Ao definir empatia em relação a profissionais de saúde, Hojat (2013) se refere a um atributo cognitivo que possibilita ao profissional a compreensão das preocupações, experiências e perspectivas do paciente, aliado a habilidade de comunicar essa compreensão<sup>18</sup>. Hegazi e Wilson (2013) sugerem que a empatia no âmbito do cuidado de saúde é a “ferramenta mais poderosa” disponível, enquanto Stepien e Baernstein (2006) defendem que a empatia pode influenciar significativamente não apenas a satisfação do paciente, mas a adesão às recomendações médicas e os resultados

clínicos<sup>19, 20</sup>.

Hirsh (2007) define empatia como sendo “[...] uma experiência emocional entre um observador e um sujeito em que o observador, baseado em pistas visuais e auditivas, identifica e experimenta estado emocional do sujeito” (grifo nosso)<sup>21</sup>. No âmbito da empatia, uma confusão conceitual comum está na equiparação desse conceito com o de simpatia. Essa diferença é muito bem explorada pelos autores Hirsh (2007) e Brown (2012). O primeiro autor esclarece essa diferença dizendo que “a simpatia é uma declaração de preocupação emocional, enquanto a empatia é um reflexo da compreensão emocional”<sup>21,22</sup>.

Alinhada com essa diferenciação, Brown (2018), em seu livro *Dare to Lead*, diferencia simpatia de empatia defendendo que simpatia é sentir pelo outro (“eu sinto muito pelo que você está passando” - declaração de preocupação emocional) e empatia é sentir com o outro (“eu sinto essa dor com você” - reflexo de compreensão emocional). A autora explica que a empatia se faz presente quando somos capazes de nos conectarmos com o sentimento do outro e não com a experiência que o outro está vivenciando<sup>23</sup>.

Assim, para alguém pode parecer absurdo que uma pessoa sofra profundamente porque perdeu um ônibus. O senso de absurdo nesse exemplo acontece pela conexão com a experiência e não com o sentimento experimentado por aquele que sofre. Entretanto, a emergência da empatia será possibilitada quando o que escuta assume uma atitude de curiosidade e interesse genuíno pelos sentimentos que o falante experimenta. Ao investigar os sentimentos do outro, é possível descobrir que ele pode estar experienciando, por exemplo, medo ou sentimento de fracasso. Ao esclarecer os sentimentos experienciados pelo falante, o que escuta avança um passo mais em direção ao verdadeiro sentimento de empatia que é possível ao conectar-se aos seus próprios sentimentos de medo e fracasso experimentados em algum momento de sua vida. Nesse momento, aquele que escuta é capaz de sentir com o falante e demonstrar verdadeira empatia.

Diante disso, entendemos a escuta ativa como sendo o caminho que nos conduz à compreensão dos sentimentos do outro e à busca pela conexão com esses sentimentos dentro de nós mesmos para que possamos, assim,

demonstrar verdadeira empatia, sentindo com o outro (e não pelo outro). A escuta ativa que nos leva à experiência de empatia, entretanto, só é possível onde existe atenção plena (estar completamente presente no momento presente), quando se sustenta um espaço livre de julgamentos, emocionalmente acolhedor para o outro e permeado de interesse genuíno.

Estar em estado de atenção plena significa direcionar completamente a atenção para o falante, desprendendo-se de quaisquer distrações que possam nos desconectar do momento presente. Práticas de Mindfulness têm sido descritas na literatura como um bom recurso para nos ajudar a manter a atenção plena no momento presente. Keng (2011) aponta a consciência e a aceitação do momento presente sem julgamento como sendo os dois elementos fundamentais da Mindfulness. Esses são, seguramente, dois elementos cruciais não apenas para manter o ouvinte enraizado no momento presente da escuta, mas para criar um ambiente emocionalmente seguro para o falante<sup>24</sup>.

Definimos o não julgamento como a não avaliação de algo como bom ou ruim, certo ou errado. No contexto da escuta ativa, isso significa a aceitação e a validação dos sentimentos do paciente e de seus familiares como sendo o que são, tal qual são descritos e comunicados pelo falante. Ao não julgar, abrimos um espaço de acolhimento emocional, no qual o falante se sente validado e a relação de confiança com o profissional se fortalece.

Finalmente, para que sejamos capazes de compreender quais são exatamente os sentimentos e preocupações vivenciados pelo falante, é necessário assumir uma postura de interesse genuíno e de curiosidade. Brown (2018) ressalta a importância da curiosidade como sendo crucial para ajudar-nos a se conectar com o sentimento do outro. Fazer perguntas, pedir que o outro fale mais sobre isso ou que nos ajude a entender melhor são formas de mergulhar no universo, nem sempre suave dos sentimentos. Assim sendo, falamos em escutar para entender e não para responder<sup>23</sup>.

No início desse artigo, mencionamos o estudo que apontou a tendência de profissionais de saúde em fornecer informação mais do que coletar dados, além do curto período de escuta antes de interromper o paciente. Esses são, seguramente, comportamentos motivados pela necessidade de responder. Enquanto escutar para responder nos encerra em uma postura

de desconexão, escutar para entender nos aproxima do falante e, finalmente, nos conduz a nos conectarmos com nossos próprios sentimentos que, eventualmente, são compartilhados com aquele que sofre. E é nesse ponto que somos capazes de sentir e demonstrar verdadeira empatia: é quando, segundo Hirsh (2007) experimentamos o estado emocional do sujeito e sentimos com ele e não por ele, como explica Brown (2018)<sup>21,23</sup>.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O grande desafio que vemos no processo de escuta ativa é o fato de que ele convoca o que escuta para um lugar de possível exposição emocional, risco e incerteza, e o sentimento gerado por essa experiência é descrito por Brown (2012) como vulnerabilidade<sup>22</sup>. Embora o senso comum entenda vulnerabilidade como sinônimo de fragilidade, a autora traz uma perspectiva distinta e explica que vulnerabilidade é, na realidade, o berço da coragem, da conexão emocional, da inovação, dentre outras preciosidades que perseguimos na vida. Embora situações como expor sentimentos, falar em público ou defender uma opinião diferente diante de um grupo sejam considerados atos de coragem, eles são, também, situações de risco, exposição emocional e incerteza, logo, são cenários de vulnerabilidade que é, de fato, um sentimento gerador de grandes desconfortos.

O fato aqui não é decidir ou não ser vulnerável no processo de escuta ativa. Estar diante de alguém que compartilha sua dor e exige de nós que nos conectemos com a nossa própria dor para sermos capazes de demonstrar empatia, será, de qualquer modo, uma experiência de vulnerabilidade e, sem ela, a escuta ativa e, logo, a empatia, não serão possíveis. Portanto, a aceitação da experiência de vulnerabilidade é o que poderá diferenciar um profissional que assume uma posição de interesse genuíno, escuta ativamente, pede para o paciente falar mais, checa se compreendeu ou não as informações compartilhadas e conecta-se com seu paciente não apenas cognitivamente, mas emocionalmente, do profissional que assume uma postura diferente disso, mantendo a si mesmo distanciado e desconectado do seu paciente. É a aceitação de que, sim, o processo de escuta ativa que conduz à empatia trará desconforto, exigirá exposição emocional, riscos e incertezas, mas que, ainda assim, a decisão



é estar completamente imerso nesse encontro.

#### 4. REFERÊNCIAS

1. Jahromi, V. K.; Tabatabaee, S. S.; Abdar, Z. E.; Rajabi, M. Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electronic physician*. 2016; 8(3), 2123–2128.
2. Bauer C; Kathrin F; Renate MP. Introducing “active listening” to instant messaging and e-mail: benefits and limitations. *IADIS International Journal on WWW/Internet*. 2010; 7(2):1–17.
3. Gonzalez TD. Impact of active listening training at a California state hospital: a quantitative study. University of Phoenix; Arizona, USA: 2009.
4. Weger HJR, Castle GR, Emmett MC. Active listening in peer interviews: the influence of message paraphrasing on perceptions of listening skill. *International Journal of Listening*. 2010; 24:34–49.
5. Lipkin, M. Sisyphus or Pegasus? The physician interviewer in the era of corporatization of care. *Annals of Internal Medicine*. 1996; 124, 511-513.
6. Fassaert, T.; Van Dulmen, S.; Schellevis, F.; Bensing, J. Active listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Education and Counseling*. 2007; 68(3):258-264.
7. Calhoun, A. W.; Rider, E. A. Engagement and listening skills: Identifying learning needs. *Medical Education*. 2008; 42, 1111-1146.
8. Frellick, M. Physicians, Nurses Rate Their Listening Skills High in Poll. 2018. Acessado em: <https://www.medscape.com/viewarticle/905954> em 1 de junho de 2020.
9. Ospina, N. S.; Phillips, K.A.; Rodriguez-Gutierrez, R. et al. Eliciting the

- Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *J Gen Intern Med.* 2019; 34:36–40.
10. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:85–90.
  11. Lingard LS, Espin S, Whyte G, et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:330–334.
  12. Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, et al. A string of mistakes: The importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med.* 2004; 2:317–326.
  13. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. National Patient Safety Goals. 2005. Disponível em: [www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/) . Acessado em 1 de junho de 2020
  14. Davis, J., Foley, A., Crigger, N., & Brannigan, M. Healthcare and listening: A relationship for caring. *The International Journal of Listening.* 2008; 22, 168-175.
  15. Stewart, M; Brown, J.B; Weston, W; McWhinney, I. R.; McWilliam, C. L.; Freeman, T. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995
  16. Boudreau, J. D., Jagosh, J., Slee, R., Macdonald, M., & Steinert, Y. Patients perspectives on physicians' roles: Implications for curricular reform. *Academic Medicine.* 2008; 83, 744-753.
  17. Haley, Brandy & Heo, Seongkum & Wright, Patricia & Barone, Claudia & Rettiganti, Mallikarjuna & Anders, Michael. Relationships Among Active Listening, Self-Awareness, Empathy, and Patient-Centered Care in Associate and Baccalaureate Degree Nursing Students. *NursingPlus Open* 2017; 3:11-16.

18. Hojat, M. Empathy and healthcare quality. *American journal of Medical Quality: the official Journal of the American College of Medical Quality*. 2013; 28(1):6.
19. Hegazi, I. & Wilson, I. Maintaining Empathy in Medical School: It is possible. *Medical teacher*. 2013; 35(12), 1002-1008.
20. Stepien, K. A. & Baernstein, A. Educating for Empathy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(5), 524-530.
21. Hirsch, E.M. The role of empathy in medicine: a medical student's perspective. *Virtual Mentor*. 2007; 9(6):423-427.
22. Brown, B. *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead*. New York: Gotham Books. 2012
23. Brown, B. *Dare to Lead*. New York: Random House. 2018
24. Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*. 2011; 31(6), 1041-1056.