

Escuta terapêutica no processo de atendimento à saúde do idoso

Therapeutic listening in the process of health care for the elderly

Escucha terapéutica en el proceso de atención médica anciana

Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves¹; Lilian Cristina da Cruz¹

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Brasil

RESUMO

Objetivo: descrever os efeitos da escuta terapêutica domiciliar junto a idosos com indicativo de depressão utilizando a técnica de solução de problemas. **Método:** estudo descritivo, intervencional de cunho qualitativo, com idosos de 60 anos ou mais e com indicativo de depressão. Os dados foram coletados entre outubro de 2017 a abril de 2018 e foi realizada em três etapas: seleção da amostra, intervenção domiciliar e avaliação final. Utilizou-se para análise o Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** foram elaborados três discursos utilizando as ideias centrais: acolhimento; crescimento pessoal e reflexão sobre a vida. **Conclusão:** a escuta terapêutica no domicílio favoreceu o acolhimento, fortalecimento do vínculo profissional/paciente e reforçou de modo positivo os mecanismos assertivos das idosas. A Técnica de Solução de Problemas possibilitou o desenvolvimento de uma estratégia sistematizada e adequada para a aplicação da escuta terapêutica.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Idoso; Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Depressão.

ABSTRACT

Objective: to describe the effects of therapeutic listening, using the problem-solving technique, in home visits to elderly people with signs of depression. **Method:** this qualitative, descriptive, interventional study with elderly people aged 60 years and over with an indication of depression proceeded in three stages: sample selection, home intervention, and final evaluation. Data were collected between October 2017 and April 2018 and analyzed using Collective Subject Discourse. The study was approved by the human research ethics committee. **Results:** three discourses were formulated using the central ideas: reception; personal growth and reflection on life. **Conclusion:** therapeutic listening at home favored receptiveness, a stronger bond with the patients and reinforced the elderly women's assertive mechanisms positively. The Problem-Solving Technique made it possible to develop a systematic strategy suited to applying therapeutic listening.

Descriptors: Nursing; Health of the Elderly; Mental Health; Mental Health Assistance; Depression.

RESUMEN

Objetivo: describir los efectos de la escucha terapéutica domiciliaria junto a personas mayores con signos de depresión, utilizando la técnica de resolución de problemas. **Método:** estudio descriptivo, intervencionista, de tipo cualitativo, junto a personas mayores de 60 años y con indicios de depresión. La recolección de datos se realizó entre octubre de 2017 y abril de 2018 y se llevó a cabo en tres etapas: selección de la muestra, intervención domiciliaria y evaluación final. Para el análisis, se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. El estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos. **Resultados:** se han elaborado tres discursos utilizando las ideas centrales: acogimiento; crecimiento personal y reflexión sobre la vida. **Conclusión:** la escucha terapéutica en el domicilio favoreció la recepción, fortaleció el vínculo profesional/paciente y reforzó positivamente los mecanismos asertivos de las ancianas. La Técnica de Resolución de Problemas permitió desarrollar una estrategia sistematizada y adecuada a la aplicación de la escucha terapéutica.

Descriptores: Enfermería; Salud del Anciano; Salud Mental; Atención a la Salud Mental; Depresión.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é natural, inevitável e irreversível. Traz limitações e é acompanhado de alterações físicas, psicológicas e sociais, é um momento em que o idoso reflete sobre sua própria existência e percebe que, apesar de ter alcançado seus objetivos, sofreu muitas perdas - saúde, aposentadoria, morte de entes queridos, capacidade físicas, entre outras¹. Mesmo sem acometimento de doenças crônicas, o envelhecimento naturalmente envolve alguma perda funcional. A singularidade de cada idoso, assim como a vulnerabilidade que envolve esse processo, requer atenção nas diversas dimensões desse fenômeno².

Nesse contexto, é comum o idoso apresentar conflitos internos manifestados na forma de ansiedade, insegurança, medo, sentimentos de solidão e desamparo, podendo levá-lo a uma maior fragilidade emocional e ao desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão¹.

Autora correspondente: Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves. E-mail: jurema.goncalves@uftm.edu.br
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Magda Guimarães de Araujo Faria

A depressão é uma condição séria, sendo o quadro clínico caracterizado por alterações de humor, comportamento e funções cognitivas. Pode ser potencializada ou mascarada nos idosos, devido ao processo natural de envelhecimento, outras comorbidades associadas e pelo uso de medicações, o que dificulta o diagnóstico e, ações de intervenções para tratamento e enfrentamento da enfermidade³. Nessa faixa etária, a depressão pode apresentar-se de forma subclínica dificultando o diagnóstico, o que pode gerar prejuízos importantes na vida dos idosos⁴.

Torna-se imprescindível a utilização de métodos subjetivos para identificar os indícios de depressão precocemente. Esse rastreio pode ser realizado por meio de instrumentos simples e de baixo custo, capazes de identificar os riscos e a dimensão do adoecimento, colaborando com o diagnóstico, o que possibilita tratamento adequado e medidas de intervenção e promoção à saúde⁵.

Assim, a adoção de estratégias que facilitem a identificação e o acolhimento dos idosos em sofrimento psíquico se faz relevante. Uma estratégia de intervenção exitosa é o uso da escuta terapêutica, que favorece a troca dialógica e o compartilhamento de experiências e sensibiliza o idoso para a melhoria no modo de vida individual e coletivo. Consiste em importante ferramenta de cuidado, que possibilita ao profissional avaliar melhor o sofrimento psíquico do indivíduo, sendo compreendida sob o referencial psicossocial como forma de se obter em maiores informações sobre o sujeito e fazer com que o paciente se sinta mais à vontade a cada abordagem⁶.

Neste sentido, a Técnica de Solução de Problemas (TSP) configura-se como subsídio para o desenvolvimento da escuta terapêutica, considerada um processo metacognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela⁷.

O modelo de solução de problemas apresenta cinco etapas: (1) orientação para o problema (processo motivacional, que pode ser considerado como reações cognitivo-afetivo-comportamentais imediatas de uma pessoa que vivencia uma situação-problema); (2) definição ou formulação do problema (esclarecimento e entendimento da natureza específica do problema. Pode estar inclusa uma reavaliação da situação em termos de significação para o bem-estar e a mudança); (3) levantamento das alternativas (levantamento de uma lista exhaustiva de alternativas e possibilidades. Devem existir quantas respostas forem necessárias para a solução de problemas, de forma que se possa ter a oportunidade de uma delas ser a que melhor se aproxima de um resultado positivo); (4) tomada de decisão (avaliar/julgar e comparar as opções disponíveis com respeito à solução e selecionar as melhores para serem utilizadas na situação-problema); e (5) prática e verificação da solução (avaliar a eficácia para o resultado da solução escolhida)⁷.

A utilização dessa técnica tem por objetivo colaborar com os indivíduos no intuito de compreender as situações estressantes, amenizar o grau das respostas negativas diante do problema e ampliar a eficácia de suas tentativas de solução de problema, a fim de evitar desequilíbrio psíquico.

É nesse cenário que se insere a enfermagem, enquanto profissão de compromisso social, sensível aos problemas e aos direitos humanos. São premissas do enfermeiro sistematizar e individualizar o cuidado, para sensibilizar e influenciar a comunidade, fazendo dos indivíduos sujeitos de suas próprias decisões. O profissional de enfermagem possui a prerrogativa de atuar em diferentes cenários do cuidar.

Sua atuação envolve ações de prevenção e promoção da saúde, articulando educação em saúde na assistência ao indivíduo, família, grupos e comunidade. Assim, a atuação na escuta terapêutica em saúde visa não apenas à condução de conhecimentos cognitivos lineares, mas principalmente à mudança de comportamentos e atitudes, com a estimulação ativa da comunidade nas decisões de saúde⁸.

Considerando a demanda crescente do número de idosos, as diversas situações que permeiam essa fase, além dos problemas emocionais e psicológicos aos quais estão expostos, torna-se necessário o uso de recursos e estratégias voltados para as relações humanas e sociais.

Evidencia-se a realização da escuta terapêutica como forma de intervenção junto a esses idosos, considerando suas peculiaridades, sendo os resultados deste estudo subsídio para o planejamento e o desenvolvimento de ações de enfermagem.

Assim, este estudo tem a finalidade de descrever os efeitos da escuta terapêutica domiciliar junto a idosos com indicativo de depressão utilizando a TSP.

MÉTODO

Estudo descritivo, de intervenção de cunho qualitativo, considerando a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, pautada no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), estratégia teórico-metodológica adotada para análise dos dados verbais. O estudo foi realizado em um Centro de Atendimento Integral à Saúde em uma cidade no interior de Minas Gerais.

Participaram do estudo idosos que apresentaram indicativo de depressão na consulta médica após aplicação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15). Dez idosas apresentaram escore indicativo de depressão e apenas seis aceitaram participar da escuta terapêutica domiciliar. Destas, quatro fizeram parte da escuta terapêutica, e duas foram excluídas após três tentativas de contato.

Os dados foram coletados conforme a demanda apresentada, sendo duas idosas nos meses de novembro e dezembro de 2017 e duas idosas nos meses de fevereiro e março de 2018. Foram incluídos no estudo idosos com 60 anos ou mais, com escore de depressão de acordo com a GDS-15 com a pontuação superior ou igual a 5 e que aceitaram participar da intervenção terapêutica. A GDS-15 é uma escala de fácil aplicação e consiste em 15 perguntas contendo como respostas sim/não. Escore igual ou superior a cinco configura-se como indicativo para depressão⁹.

O estudo se desenvolveu em três etapas. A primeira etapa se deu pela seleção da amostra, por meio da aplicação do GDS-15 para os idosos que estiveram no serviço, de forma verbal pelo médico durante a consulta. Os idosos que apresentaram escore de cinco ou mais pontos e aceitaram participar do estudo responderam o instrumento de caracterização do perfil sociodemográfico e foram direcionados aos pesquisadores para agendamento da intervenção.

A segunda etapa foi a intervenção domiciliar, pela avaliação inicial e no cumprimento das etapas de cada sessão, de acordo com os cinco passos da TSP: orientação para o problema; definição ou formulação para o problema; levantamento das alternativas; tomada de decisão e prática da solução e verificação.

A intervenção domiciliar ocorreu semanalmente, por 4 semanas consecutivas, com tempo de atendimento de até 60 minutos, sendo assim distribuídos: cinco minutos iniciais com acolhimento por meio de meditação com o uso da música *Nocturne Op. n.2* de Frédéric Chopin; 35 a 40 minutos com a atividade propriamente dita, considerando os cinco passos da TSP; 10 minutos para reflexão sobre a vivência e 5 minutos para encerramento da atividade. Após cada encontro, foram realizados o registro das impressões e as observações no diário de campo.

Na terceira etapa, de avaliação final, as idosas foram estimuladas a refletir sobre a participação na intervenção, ao término do último encontro.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. As informações extraídas das entrevistas foram analisadas segundo o DSC e têm como objeto de estudo o pensamento coletivo. Esse modelo de análise consiste na organização e na tabulação de dados qualitativos obtidos por meio de entrevista, que permite a expressão de forma mais livre possível. Analisa o material verbal coletado por meio da seleção de respostas individuais a determinada questão, as quais são dispostas para obter a transmissão de uma mensagem sobre a realidade¹⁰.

Após a análise das entrevistas emergiram três discursos pautados nas seguintes ideias centrais: acolhimento, crescimento pessoal e reflexão sobre a vida.

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa. As idosas foram identificadas como E1, E2, E3 e E4.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo quatro idosas com média de idade de 71,5 anos e escore indicativo de depressão de 5 a 12 pontos. O envelhecimento feminino é uma realidade mundial. Apesar de a taxa de mortalidade ser menor, não significa que as mulheres desfrutem de uma melhor condição de saúde. Por isso, identificar e compreender essas particularidades é importante para o planejamento do cuidado com a mulher idosa¹¹. Os transtornos mentais, especialmente a depressão, são causas incapacitantes nas mulheres e merecem atenção em qualquer faixa etária¹².

Outro agravante consiste nas fases hormonais que, ao longo da vida, a mulher vivencia, como a menopausa, no final da fase reprodutiva, a qual exige adaptações físicas, psicológicas e emocionais. Essas alterações intensificam antigos conflitos, podendo ser revividos nessa etapa da vida, potencializando o sofrimento psíquico e sendo identificada neste período uma maior utilização de psicotrópicos¹³.

No que diz respeito à renda, duas idosas relataram ausência, e as outras duas recebiam apenas um salário mínimo. Vale ressaltar que as entrevistadas que declararam não ter nenhuma fonte de renda obtiveram maior escore para depressão, ambas com pontuação 12 pela GDS-15.

O processo de envelhecimento é comumente associado à desvalorização da renda com o advento da aposentadoria e à elevação de gastos com saúde. Esse fenômeno interfere diretamente no poder aquisitivo dessa população, dificultando a manutenção de suas necessidades básicas e contribuindo para o aparecimento e/ou piora do quadro depressivo¹⁴.

Quanto ao estado conjugal, duas idosas eram casadas e duas eram viúvas. Todas residiam em moradia própria, sendo que duas compartilhavam moradia com filhos, uma idosa com esposo e uma morava sozinha, por ter seu cônjuge em Instituição de Longa Permanência.

O estudo identificou que o escore mais alto para o indicativo de depressão (de 12 pontos pela GDS-15) estava associado às idosas sem queixas relacionadas e que seriam atendidas em consultas pré-agendadas. Isso reforça a importância de o profissional estar atento à subjetividade e às dores não faladas e ir além do que é apresentado como demanda.

Muitos idosos procuram o serviço por sucessivas vezes e por queixas psicossomáticas diversas, sendo rotulados como políquelos. Muitos outros permanecem em seus lares sendo silenciados por sua dor. Ambas as situações levam a refletir sobre o negligenciamento do cuidado adequado, da escuta qualificada e do acolhimento humanizado.

Com o objetivo de identificar precocemente a depressão, é recomendado a aplicação rotineira da GDS-15 na rede de Atenção Primária. A aplicação da escala contribui para o diagnóstico, o tratamento e as medidas de intervenção e promoção à saúde, evitando o agravamento e promovendo a qualidade de vida aos idosos⁴.

Importante destacar a caracterização sociodemográfica e seu papel no planejamento do cuidado pelo enfermeiro, uma vez que o conhecimento dos indivíduos e do contexto em que estão inseridos é oportuno na elaboração de estratégias individuais e personalizadas, de modo a atender as demandas e identificar precocemente os riscos e agravos à saúde.

A seguir, são apresentados os discursos que emergiram, pautados nas ideias centrais “acolhimento”, “crescimento pessoal” e “reflexão sobre a vida”.

Discurso do Sujeito Coletivo I – ideia central: acolhimento

O discurso demonstra que as participantes se sentiram acolhidas diante da escuta terapêutica realizada no domicílio.

A gente às vezes fica assim sozinha, sem ter com quem conversar só com os pensamentos. Então vocês vieram aqui e ouvia a gente falar, ter alguém para conversar conforta o coração, a tristeza vai embora naquela hora. Vê que tem pessoas que podem ajudar a gente e a gente ajudar outras pessoas, né, seria como assim se eu tivesse começando a andar e de imediato encontrei dois braços estendidos para mim que me acolheram, então é uma sensação de alívio, de paz, uma paz grande dentro de você, por que você expôs tudo que estava sentindo. (E1, E2, E3, E4)

O acolhimento, dentro da rede de Atenção Primária, representa o desafio e a complexidade no desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde¹⁵.

Vale ressaltar a importância da hierarquização do acolhimento descrita na Política Nacional de Humanização (PNH), caracterizada pelo processo de escuta qualificada dos profissionais e pelo reconhecimento da singularidade das demandas de saúde de cada indivíduo, que visa ao fortalecimento dos vínculos entre usuário/profissionais¹⁵.

Nesse contexto, a intervenção no domicílio foi um ponto alto no quesito acolhimento. Essas idosas não tinham condições físicas e emocionais para ir até ao serviço de saúde. Dessa maneira, no conforto do seu lar, sentiram mais seguras para exporem suas inquietudes e fragilidades.

A intervenção no domicílio se caracteriza como uma proposta de clínica ampliada e compartilhada que também faz parte das diretrizes da PNH. Apresenta-se como um recurso teórico prático capaz de propiciar uma abordagem clínica considerando a individualidade e a multiplicidade de variáveis do processo saúde doença¹⁶.

A escuta terapêutica possibilita a prática da clínica ampliada e compartilhada, uma vez que favorece a tomada de decisão, a autonomia do cuidado e a humanização das práticas de prevenção e promoção à saúde¹⁷.

A estratégia do atendimento domiciliar possibilitou a aproximação da realidade das idosas, além de respeitar suas limitações e dificuldades, proporcionando uma assistência integral e inclusiva e favorecendo a adesão à intervenção proposta.

A oportunidade de verbalização do seu pensar e sentir em relação ao momento vivenciado gerou em cada idosa as sensações de bem-estar e de aquisição de ferramentas para o enfrentamento da situação-problema, além de promover o vínculo entre as participantes e pesquisadoras.

O acolhimento e as relações exitosas entre usuários e profissionais, permeadas por ações envolvendo ética e escuta qualificada, além do cuidado pautado na responsabilidade para com o outro e respeito, são consequências do cuidado integral em saúde, sendo uma necessidade imperiosa aproximar esses conceitos da realidade dos indivíduos em sofrimento mental¹⁸. Ainda, eles atuam de maneira conjunta entre profissional e cliente, a fim de gerar o vínculo e o bem-estar, levando à satisfação de ambos os integrantes¹⁹.

Acolher é uma ação técnico-assistencial, que independente do cenário em que o profissional esteja atuando. Exige dele uma postura ética, legal e humanizada. É capaz de minimizar os agravos à saúde da população idosa, refletindo na atenção integral das demandas do envelhecimento e na qualidade da assistência²⁰. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha uma visão holística de como chegar ao idoso, sem deixar de lado todo perfil profissional e a realidade vivida pelo paciente¹⁹.

O acolhimento também configura como o eixo mais importante de alcançar um objetivo voltado à realidade do idoso, pois, por meio da escuta qualificada, é possível a formação do vínculo com o idoso, permitindo o cuidado da saúde mental²¹. Ao observarem o ser humano como um todo, os enfermeiros percebem que o indivíduo não é apenas o corpo físico, mas toda uma atmosfera espiritual, que também necessita de cuidados²².

Discurso do Sujeito Coletivo II – ideia central: crescimento pessoal

O apoio emocional recebido da escuta terapêutica proporcionou momentos reflexivos, compreendidos e verbalizados como crescimento pessoal, identificado no discurso das idosas. Foi destacada por elas a importância de serem ouvidas e do aprendizado adquirido em cada vivência, aplicando a TSP.

Elas falaram coisas importantes que faziam a gente pensar, esses dias passei por uma perda aí e comecei a pensar: um dia de cada vez e tem sempre para aprender para trocar, uma mão dá e a outra recebe. Com essa experiência delas eu cresci, tentei captar, conciliar as coisas. (E1, E2, E3, E4)

Nessa fase da vida, o apoio recebido pelos idosos representa uma oportunidade de ajuda mútua e fortalecimento de vínculos, o que pode contribuir com o processo de crescimento individual²³.

O estudo identificou atitudes positivas e referidas como “sentir-se fortalecida” e “conciliação e entendimento da importância do tempo presente” – expressões que caracterizam o crescimento pessoal. Esse empoderamento de novos recursos e habilidades conduzem a uma forma diferente de olhar para as adversidades e enfrentá-las de acordo com suas limitações.

Observou-se, nos relatos, a disposição para as mudanças no pensar e no agir, levando à reflexão sobre momentos de dificuldades e o potencial para superação. Na análise, fica evidente o surgimento de valores pessoais, como o perdão, a paciência, a empatia e a espiritualidade durante a intervenção.

Destaca-se a importância do suporte emocional, social e da rede de apoio psicossocial para os idosos, para a redução dos riscos de transtornos mentais. A articulação dos serviços de saúde para que haja maior prevenção e acompanhamento dessa população colabora para que ela possa lidar com as limitações e perdas advindas da idade, bem como com a promoção à saúde com autonomia e capacidade de gestão da própria vida^{24,25}.

Nesse sentido, a escuta terapêutica é essencial, pois caracteriza o momento em que o enfermeiro dá voz ao idoso, tornando-o elemento-chave de seu cuidado. Com ela, é possível empoderar o idoso por meio do conhecimento adquirido, proporcionando apoio emocional e mecanismos de enfrentamento às situações de maior estresse. Favorece o enfrentamento às adversidades, com maior dignidade e autonomia, colaborando com seu crescimento pessoal e qualidade de vida.

Discurso do Sujeito Coletivo III- ideia central: reflexões sobre a vida

O terceiro discurso demonstra as reflexões sobre a vida, como o processo de envelhecimento, suas limitações e potencialidades e a aceitação das fases da vida, juntamente das alterações no estilo de vida e vitalidade, exigindo adaptações diárias, podendo apresentar dificuldades em definir sua própria existência, especialmente quando se dedicaram de modo exclusivo para a família.

Mas o importante é pensar e ver o outro lado. Tem que respirar, contar até dez, olhar e ver. As pessoas estão com tanta pressa que não dá para escutar os outros. Parar para pensar é bom. Ajuda a reestruturar as ideias. Como vocês falaram o que eu posso fazer agora, nessa situação? A gente entende que tudo vai passando, mas precisa valorizar o que tem, erguer a cabeça e continuar. (E2, E3, E4)

Essas reflexões favorecem a análise e a melhor compreensão dos dados. Em suas falas, foi possível perceber a ampliação do conhecimento de si, reconhecendo sua força e capacidade de superação das adversidades. A intervenção trouxe relatos com conteúdo positivo e que refletem a capacidade de adaptação. Esses fatores associam-se a processos de desequilíbrio e instabilidade emocional².

O estímulo para reflexão de situações problemáticas e/ou potencialmente problemáticas, vivenciadas ou em curso, proporciona respostas adaptativas, capazes de auxiliar na construção do entendimento das situações vividas⁷. Os sentimentos de valorização e alívio durante a escuta terapêutica de idosos valorizam mais uma vez a realização da prática pelos enfermeiros²⁶.

Nesse sentido, a assistência ao idoso deve estar amparada por um conceito mais amplo de saúde, considerando as esferas biopsicossocial e espiritual. Dessa forma, o enfermeiro, devido à sua proximidade com o paciente, pode estabelecer um plano assistencial e a promoção do cuidado guiados por um olhar holístico e integralizado, pautado nas necessidades diversas de cada indivíduo, de origem biológica, mental ou espiritual²².

Considerando a utilização da escuta terapêutica no domicílio pautada nos passos da TSP, possibilita ao idoso, com indicativo de depressão, uma oportunidade de acolhimento, autoconhecimento e crescimento individual.

Por meio dos relatos obtidos, foi possível identificar uma ascensão emocional apresentada a cada encontro. Infere-se que a TSP como subsídio para a organização e o desenvolvimento da escuta terapêutica promoveu repercussões positivas nessa amostra, por meio do uso de novas estratégias de soluções de problemas adotadas, bem como dos significados construídos.

Observou-se, a cada encontro, uma significativa melhora dos padrões comportamentais e emocionais, incluindo a tranquilidade na verbalização dos sentimentos e dificuldades. Houve melhora evidente no humor, com episódios de sorrisos e brincadeiras; a fisionomia pareceu mais calma e suave. Outro aspecto positivo observado na intervenção foi a suspensão médica do uso de antidepressivos.

O processo de escutar o indivíduo adoecido transforma positivamente o processo de recuperação. Cria-se, a partir dele, um espaço interativo e de respeito mútuo, no qual o indivíduo sente-se seguro para compartilhar experiências, medos e angústias. Funciona como uma ferramenta capaz de propiciar um cuidado humanizado e acolhedor²⁷ e favorece o desenvolvimento de aptidões e habilidades, refletindo positivamente na qualidade de vida.

Limitações do estudo

Evidenciam-se como limitações do estudo a amostra reduzida e a impossibilidade de triagem pelos pesquisadores, uma vez que o procedimento estava atrelado à figura do profissional médico.

CONCLUSÃO

A escuta terapêutica realizada no domicílio favorece a expressão da empatia, respeito e vínculo, facilitando a adesão ao tratamento, e reforça, de modo positivo, os mecanismos assertivos das idosas, favorecendo o processo de crescimento individual.

O espaço familiar deve ser visto como um elemento facilitador da intervenção, ou seja, um local seguro, onde as idosas se sentem mais confortáveis para expor seus sentimentos, medos, angústias e limitações, proporcionando a oportunidade de reflexão e autoconhecimento, ferramentas úteis para o enfrentamento das distorções cognitivas, conflitos e adversidades.

O uso da Técnica de Solução de Problemas foi essencial para a coleta de dados, possibilitando o desenvolvimento de uma estratégia sistematizada e favorecendo a aplicação da escuta terapêutica. Destaca-se a prerrogativa de ser uma intervenção breve, de baixo custo e fácil aplicação.

Acredita-se que os enfermeiros, munidos de conhecimento, motivação e interesse, atuem como pilar para o desenvolvimento de ações pautadas nas necessidades dessa clientela, no que diz respeito ao seu empoderamento emocional.

REFERÊNCIAS

1. Silva PL, Cordeiro SQ, Souto SG, Gonçalves RP, Mota EC, Oliveira RS. Psychological and nursing assistance to the elderly in primary care. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2014 [cited 2022 Sep 21]; 6(4):1707-18. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1707-1718>.
2. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: the building of a healthcare model. *Cienc Saúde Colet*. 2018 [cited 2022 Sep 21]; 23(6):1929-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.
3. Nune WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DM. Cognition, functionality and depression indicative among elderly. *Rev Rene*. 2016 [cited 2022 Sep 21]; 17(1):103-11 DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100014>.
4. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 [cited 2022 Sep 21]; 18(1):1-12 DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>.
5. Matias AG, Fonsêca MA, Gomes ML, Matos MA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (São Paulo)*. 2016 [cited 2022 Sep 21]; 14(1):6-11 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3447>.
6. Lima DW, Vieira AN, Silveira LC. Therapeutic listening in clinical mental health care nursing. *Texto Contexto - Enferm*. 2015 [cited 2022 Sep 21]; 24(1):154-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002450013>.
7. Nezu AM, Nezu CM. Clinical decision making in behavior therapy: a problem-solving perspective. Champaign, IL: Research Press; 1989.

8. Vasconcelos SC, Frazão IS, Vasconcelos EM, Cavalcanti AM, Monteiro EM, Ramos VP. Demands for self-care in therapeutic group: health education with users of psychoactive substances. *Rev Enferm UERJ*. 2013 [cited 2022 Sep 21]; 21(1):79-83. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6356>.
9. Paradelo EM, Lourenço RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública*. 2005 [cited 2022 Sep 21]; 39(6):918-23. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240150008>.
10. Lefevre F, Lefevre AM. Pesquisa de representação Social: Um enfoque Qualiquantitativo. A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2012.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009. Brasília, DF: IBGE; 2009 [cited 2022 Sep 22]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=publicacoes>.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasília, DF: OMS; 2011 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7684?show=full>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2022 Sep 21]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf.
14. Gullich I, Duro SM, Cesar JA. Depression among the elderly: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 [cited 2022 Sep 21]; 19(4):691-701. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2022 Sep 21]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2022 Sep 21]. Cadernos de Atenção Básica. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
17. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS*. 2019 [cited 2022 Sep 21]; 1(2):170-9. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>.
18. Silva G, Iglesias A, Araujo MD, Moreira MI. Practices of integral health care for people with mental suffering in primary health care. *Psicol Ciênc Prof*. 2017 [cited 2022 Sep 21]; 37(2):404-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>.
19. Rocha FC, Ferreira BR, Silva FP, Oliveira AD, Amorim FC. Elderly welcoming in primary health care: the user perspective. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2018 [cited 2022 Sep 21]; 10(3):669-74. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.669-674>.
20. Silva TN, Macedo ML, Silva MN, Silva AO. Acolhimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2018 [cited 2022 Sep 21]; 10(Especial):295-8. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.295-298>.
21. Maynard WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. Qualified listening and embracement in psychosocial care. *Acta Paul Enferm*. 2014 [cited 2022 Sep 21]. 27(4):300-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.
22. Nascimento LC, Santos TF, Oliveira FC, Pan R, Santos MF, Rocha SM. Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses. *Texto Contexto - Enferm*. 2013 [cited 2022 Sep 21]. 22(1):52-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100007>.
23. Machado AR, Santos WS, Dias FA, Tavares DM, Munari DB. Empowering a group of seniors in a rural community. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [cited 2022 Sep 21]; 49(1):96-103. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100013>.
24. Lopes AS, Vilar RL, Melo RH, França RC. The hospitality in Primary Health Care: relations of reciprocity between workers and users. *Saúde Debate*. 2015 [cited 2022 Sep 21]. 39(104):114-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>.
25. Biasoli TR, Moretto MC, Guariento ME. Low education level and mental illness in older adults: possible correlations. *Rev Ciênc Méd (Campinas)*. 2016 [cited 2022 Sep 21]; 25(1):1-10. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/2952>.
26. Silva MC, Moreira-Almeida A, Castro EA. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. *Rev Bras Enferm*. 2018 [cited 2022 Sep 21]; 71(5):2461-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>.
27. Campos CM. A therapeutic communication as a professional tool in nursing care. *Psilogs*. 2017 [cited 2022 Sep 21]; 15(1):91-101. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>.