

A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa

THERAPEUTIC LISTENING AS A HEALTH INTERVENTION STRATEGY: AN INTEGRATIVE REVIEW

LA ESCUCHA TERAPÉUTICA COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Ana Cláudia Mesquita¹, Emilia Campos de Carvalho²

RESUMO

Objetivo: Investigar e avaliar as evidências disponíveis na literatura a respeito do uso da Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde. **Método:** Revisão integrativa, realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL, The Cochrane Library, EMBASE, LILACS e APA PsycNET, sem restrições de ano ou tipo de estudo. Os descritores foram combinados de diferentes formas para garantir a busca ampla de estudos primários. **Resultados:** Dentre as 15 publicações sobre Escuta Terapêutica, 33% abordaram o efeito de treinamentos sobre as habilidades de escuta, 27% estudaram a eficácia da escuta como intervenção, 20% exploraram as experiências dos sujeitos quanto às vivências relacionadas à escuta e 20% abordaram aspectos diversos da escuta. **Conclusão:** A maior parte dos estudos tem nível de evidência de forte a moderado e, apesar de abordarem diferentes aspectos relacionados à Escuta Terapêutica, apresentam em comum o reconhecimento da necessidade de habilidades, por parte do profissional de saúde, para o desenvolvimento de um processo de escuta eficaz.

DESCRITORES

Relações interpessoais
Relações profissional-paciente
Comunicação
Assistência ao paciente
Revisão

ABSTRACT

Objective: To investigate and evaluate the available evidence in the literature regarding the use of Therapeutic Listening as a health intervention strategy. **Method:** Integrative review conducted on the following databases PubMed, CINAHL, The Cochrane Library, EMBASE, LILACS and APA PsycNET without restrictions of year or type of study. The keywords were combined in different ways to ensure extensive search of primary studies. **Results:** Among the 15 studies on Therapeutic Listening, 33% addressed the effect of training on listening skills, 27% focused on the efficacy of listening as an intervention, 20% explored the experiences lived by the subjects regarding listening and 20% discussed various aspects of listening. **Conclusion:** Most studies have strong to moderate level of evidence, although addressing different aspects related to Therapeutic Listening, they have in common the need for recognition of skills on the part of health professionals, to develop an effective process of listening.

DESCRIPTORS

Interpersonal relations
Professional-patient relations
Communication
Patient care
Review

RESUMEN

Objetivo: Investigar y evaluar las evidencias disponibles en la literatura respecto del empleo de la Escucha Terapéutica como estrategia de intervención en salud. **Método:** Revisión integradora, llevada a cabo en las bases de datos PubMed, CINAHL, The Cochrane Library, EMBASE, LILACS y APA PsycNET, sin restricciones de año o tipo de estudio. Los descriptores fueron combinados de distintas maneras para asegurar la búsqueda amplia de estudios primarios. **Resultados:** Entre las 15 publicaciones sobre Escucha Terapéutica, el 33% abordó el efecto de los entrenamientos relacionados con las habilidades de escucha, el 27% estudió la efectividad de la escucha como intervención, el 20% exploró las experiencias de los sujetos en cuanto a las vivencias relacionadas con la escucha y el 20% abordó los aspectos diversos de la escucha. **Conclusión:** La mayor parte de los estudios tiene nivel de evidencia de fuerte a moderado y, a pesar de abordar los distintos aspectos relacionados con la Escucha Terapéutica, presentan en común el reconocimiento de la necesidad de habilidades, por parte del profesional de salud, para el desarrollo de un proceso de escucha eficaz.

DESCRIPTORES

Relaciones interpersonales
Relaciones profesional-paciente
Comunicación
Atención al paciente
Revisión

¹ Enfermeira. Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ² Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Estudiosos apontam para a necessidade do desenvolvimento de competências de comunicação interpessoal por parte dos profissionais de saúde, para que estes possam estabelecer relações que ofereçam benefícios aos pacientes e seus familiares⁽¹⁾. Em uma pesquisa realizada por enfermeiras sobre o suporte emocional em cuidados paliativos, concluiu-se que o uso apropriado de habilidades de comunicação é a base do cuidado emocional do indivíduo e da família que vivenciam estresse psicológico e emocional⁽²⁾. Em outro estudo realizado com o objetivo de conhecer como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem, as pesquisadoras encontraram que o modo como as pacientes referiram perceber o cuidado prestado pela enfermagem ultrapassa as dimensões dos procedimentos técnicos e privilegia o estabelecimento de uma relação de ajuda no enfrentamento da doença⁽³⁾.

Nesse contexto, a escuta apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo assim terapêutica⁽⁴⁾. Na literatura, algumas expressões são utilizadas para nomear a escuta enquanto processo terapêutico: escuta ativa⁽⁵⁾, escuta integral ou atenta⁽⁶⁾, ouvir reflexivamente⁽⁷⁾, escuta compreensiva⁽⁸⁾, escutar ativamente⁽⁹⁾ e escuta terapêutica⁽⁵⁾, termo adotado para esta revisão. A Escuta Terapêutica pode ser definida como um método de responder aos outros de forma a incentivar uma melhor comunicação e compreensão mais clara das preocupações pessoais. É um evento ativo e dinâmico, que exige esforço por parte do ouvinte a identificar os aspectos verbais e não verbais da comunicação⁽¹⁰⁾.

A partir do Modelo Centrado na Pessoa, desenvolvido por Carl Rogers, a utilização da escuta passa a valorizar a pessoa como sujeito que busca e é capaz de se desenvolver⁽¹¹⁾. A Escuta Terapêutica é apreciada por diversas escolas psicológicas e pelo senso comum, representando a base de todas as respostas efetivamente geradoras de ajuda⁽¹²⁾. No cuidado, a escuta pode minimizar as angústias e diminuir o sofrimento do assistido, pois por meio do diálogo que se desenvolve, possibilita ao indivíduo ouvir o que está proferindo, induzindo-o a uma autorreflexão⁽¹³⁾. A prática da escuta significa o reconhecimento do sofrimento do paciente, pois o ato de ouvir assume que há algo para se ouvir, oferecendo a este a oportunidade de falar e expressar-se⁽¹⁴⁾. Ainda, a escuta é um instrumento importante para a obtenção de informações, por exemplo, pelo uso de perguntas abertas, resumos e esclarecimento⁽⁷⁾.

No entanto, apesar de os profissionais de saúde admitirem que o processo de comunicação é um fator importante na assistência prestada⁽¹⁵⁾ e que saber ouvir é uma habilidade essencial no trato com o paciente⁽¹⁶⁾, é escasso o conhecimento de estratégias de comunicação por parte dos mesmos⁽¹⁵⁾. Assim, torna-se ser necessário suscitar

uma reflexão mais aprofundada sobre a escuta enquanto ferramenta terapêutica, para que esta não seja utilizada de forma indefinida e sem propósito⁽¹⁷⁾.

Considerando que, embora geralmente seja reconhecido o seu valor, a Escuta Terapêutica ainda não foi estudada em profundidade⁽¹⁴⁾, que a literatura nacional é carente de estudos que abordem tal intervenção e a importância da mesma como pré-requisito para um encontro bem-sucedido de saúde – com valor terapêutico potencial, especialmente em situações que não necessitam de intervenção médica específica⁽¹⁴⁾ –, ponderou-se fazer esta revisão integrativa a partir da seguinte questão norteadora: *Quais são as evidências disponíveis na literatura a respeito do uso da Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde?* Espera-se que enfermeiros e demais profissionais de saúde possam aprimorar seus conhecimentos sobre essa técnica de comunicação interpessoal, visto a importância de uma interação profissional-paciente que transmita atenção, compaixão e conforto⁽¹⁵⁾.

O presente estudo teve como objetivo investigar e avaliar as evidências disponíveis na literatura a respeito do uso da escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde.

MÉTODO

Este estudo constitui-se de uma revisão integrativa, a qual desde a década de 1980 é relatada na literatura como método de pesquisa⁽¹⁸⁾. A revisão integrativa pode ser entendida como uma pesquisa sistemática exaustiva da literatura científica com a finalidade de, a partir de estudos existentes, apresentar uma visão ampla de conceitos complexos, teorias ou destacados problemas de saúde⁽¹⁹⁾. Vale ressaltar que a revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidência, a qual permite a incorporação das evidências na prática clínica, reforçando a importância da pesquisa na assistência à saúde⁽²⁰⁾.

As etapas para o desenvolvimento desta revisão foram: desenvolvimento da questão norteadora; busca dos estudos primários nas bases de dados; extração de dados dos estudos; avaliação dos estudos selecionados; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão⁽¹⁹⁾. A questão norteadora dessa revisão foi *Quais são as evidências disponíveis na literatura a respeito do uso da Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde?*

A coleta de dados desta revisão foi realizada em dezembro de 2013. Para a seleção dos artigos foram consultadas as bases de dados US National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), The Cochrane Library, Excerpta Medica Database (EMBASE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e American Psychological Association (APA PsycNET). Para a busca dos estudos foram utilizados descritores controlados e não controlados de acordo com a indexação em cada base específica (Quadro 1).

Quadro 1 - Descritores controlados e não controlados de acordo com as bases de dados selecionadas - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Base de dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
PubMed	————	Attentive listening; Therapeutic listening; Active listening; Listening Visits
CINAHL	Active listening	Attentive listening; Therapeutic listening; Listening Visits
COCHRANE	————	Attentive listening; Therapeutic listening; Active listening; Listening Visits
EMBASE	————	Attentive listening; Therapeutic listening; Active listening; Listening Visits
LILACS	Escuta-acolhimento-vínculo; Escuta/fala/reflexão	Escuta Terapêutica; Escuta ativa; Escuta integral; Escuta atenta; Escuta compreensiva; Ouvir ativamente; Ouvir efetivamente
APA PsycNET	Listening (Interpersonal)	Attentive listening; Therapeutic listening; Active listening; Listening Visits

Os critérios de inclusão delimitados para a pré-seleção dos estudos foram: estudos primários em inglês, português ou espanhol, publicados em periódicos e que abordassem a escuta terapêutica, não sendo estabelecido limite quanto ao ano de publicação. O processo de seleção dos estudos foi executado por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram para a seleção final os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Os estudos sem resumos disponíveis foram obtidos na íntegra para posterior análise detalhada e delimitação da elegibilidade destes. Para a seleção final dos artigos foi realizada a leitura minuciosa do trabalho como um todo, de modo que foram selecionados aqueles que tivessem, a Escuta Terapêutica como foco central do estudo.

Para a coleta e análise dos dados, utilizou-se um instrumento validado⁽²¹⁾, o qual foi adaptado para atender

ao objetivo do estudo. O instrumento continha variáveis que respondessem à questão norteadora do estudo, de modo que os tópicos de interesse foram: título do artigo, autores, ano de publicação, local do estudo, periódico, objetivo, método, população/amostra, resultados, forma de utilização da escuta terapêutica e nível de evidência.

RESULTADOS

A amostra final consistiu em 15 publicações (Tabela 1) provenientes de periódicos internacionais da área da saúde, sendo o mais antigo publicado em 1955 e o mais recente em 2013.

O Quadro 2 apresenta uma síntese dos estudos incluídos nesta revisão.

Tabela 1 - Distribuição da seleção de publicações de bases de dados de acordo com os critérios estabelecidos para a inclusão de estudos - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Bases de dados	Encontrados	Pré-selecionados	Selecionados
PUBMED	306	26	6
CINAHL	86	18	2
COCHRANE	20	4	0
EMBASE	135	7	2
LILACS	41	3	0
APA PsycNET	1104	16	5
Total	1691	73	15

Quadro 2 - Quadro-síntese das características dos estudos incluídos na revisão de acordo com o objetivo, metodologia e principais resultados - Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013.

Estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
A1 ⁽²²⁾	Observar se as informações prévias sobre o paciente podem influenciar o processo da Escuta Terapêutica realizado por estudantes e profissionais da psicologia.	Quase-experimento (n=19). Uma parte dos sujeitos recebeu apenas as instruções para a participação no estudo, enquanto a outra metade recebeu também informações sobre o paciente.	A informação clínica prévia não produziu diferenças significativas (0,01 < p < 0,05).
A2 ⁽²³⁾	Investigar os efeitos de um treinamento sobre as habilidades de Escuta Terapêutica de estudantes de enfermagem.	Quase-experimento (n=26). Oferecimento de treinamento sobre comunicação com duração de 42 horas (6 horas dedicadas exclusivamente à Escuta Terapêutica).	Houve aumento das habilidades de Escuta Terapêutica (p < 0,0005) e redução da dificuldade de identificar os sentimentos do entrevistado (p < 0,005).
A3 ⁽²⁴⁾	Investigar o efeito de dois tipos de respostas de Escuta Terapêutica sobre as reações afetivas dos pacientes.	Experimento (n=55). Os sujeitos foram divididos em grupos. Por sorteio, um desempenharia o papel do paciente, outro do terapeuta e os outros observariam a interação. Orientações eram oferecidas ao “paciente” e ao “terapeuta” sobre o contexto da situação a ser simulada. O “terapeuta” era orientado sobre o tipo de resposta que deveria utilizar na interação.	Quando se utiliza respostas que permitem interpretações alternativas à interpretação que o paciente faz da situação, este pode apresentar níveis menos intensos de raiva (p < 0,0001) e de depressão (p = 0,0105).

Continua...

Estudo	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
A4 ⁽²⁵⁾	Avaliar a eficácia de diferentes modos de treinamento sobre Escuta Terapêutica oferecidos a graduandos.	Experimento e Quase-Experimento (n=30). Os participantes foram distribuídos em três grupos com diferentes tipos de treinamento sobre Escuta Terapêutica.	O grupo da dramatização utilizou aproximadamente duas vezes mais respostas de Escuta Terapêutica do que o grupo sem treinamento (p<0,05).
A5 ⁽²⁶⁾	Investigar os efeitos de um curso sobre Escuta Terapêutica sobre a atitude e a maneira de ouvir de administradores de empresas no local de trabalho.	Quase-experimento (n=60). Aos participantes foram oferecidos dois workshops sobre Escuta Terapêutica de 16 horas cada, com um intervalo de um mês entre cada um.	Os resultados mostraram que as habilidades relativas à Escuta Terapêutica aumentaram após o segundo workshop (p<0,01).
A6 ⁽²⁷⁾	Investigar os efeitos de um treinamento sobre as habilidades de Escuta Terapêutica de gerentes corporativos.	Quase-Experimento (n=345). Os participantes passaram por um programa de treinamento baseado em dramatizações e discussões.	Tanto a atitude de escuta (p<0,001) quanto as habilidades de escuta (p<0,001), aumentaram após o treinamento.
A7 ⁽²⁸⁾	Determinar se o aumento do apoio pós-natal pode influenciar os resultados de saúde materna e infantil.	Experimento (n=731). Mães e recém-nascidos foram distribuídos em três grupos com diferentes tipos de apoio pós-natal. Um dos grupos recebia a Escuta Terapêutica em domicílio.	Não houve evidência de impacto sobre os desfechos primários de qualquer intervenção. A Escuta Terapêutica em domicílio foi popular entre as mulheres e foi associada com melhora em alguns dos desfechos secundários.
A8 ⁽²⁹⁾	Explorar as experiências de mulheres com depressão pós-parto que receberam Escuta Terapêutica em domicílio.	Estudo Qualitativo (n=39). Entrevistas em profundidade foram realizadas com as participantes.	Algumas condições, como o bom relacionamento com o profissional visitante, precisam ser satisfeitas para que as mulheres tenham uma experiência positiva com a Escuta Terapêutica.
A9 ⁽³⁰⁾	Investigar se as habilidades de Escuta Terapêutica de supervisores estão relacionadas às condições de trabalho percebidas e às reações de estresse de seus subordinados.	Estudo Descritivo (n=301). Os supervisores (n=46) responderam um instrumento sobre atitudes e habilidades de escuta e os subordinados (n=255) responderam dois instrumentos: um sobre suas condições de trabalho e outro sobre suas reações ao estresse psicológico.	Supervisores com altos escores de atitudes e habilidades de Escuta Terapêutica influenciam de forma positiva nas condições de trabalho percebidas e nas reações ao estresse psicológico dos subordinados (p<0,05).
A10 ⁽³¹⁾	Investigar os efeitos de módulos de treinamento, com diferentes cargas horárias, sobre as habilidades de Escuta Terapêutica de estudantes de psicologia.	Experimento (n=28). Grupos com diferentes tempos de treinamento utilizaram a dramatização como forma de ensino da Escuta Terapêutica.	A Escuta Terapêutica foi utilizada igualmente pelos grupos (p=0,74). Maior tempo de treinamento resultou em maior expressão de sentimentos por parte dos aconselhados (p<0,05) e em maior recordação das informações (p<0,01).
A11 ⁽³²⁾	Avaliar a eficácia da Escuta Terapêutica em domicílio para puérperas com depressão.	Quase-Experimento (n=19). As puérperas receberam até seis visitas de Escuta Terapêutica em Domicílio. As variáveis investigadas foram: depressão, satisfação com a vida e aceitabilidade do tratamento.	As medidas de depressão diminuíram (p<0,0001; p=0,03; p=0,004); foram constatadas mudanças positivas em relação à satisfação com a vida (p=0,01). As mulheres consideraram a Escuta Terapêutica em domicílio “muito útil”.
A12 ⁽³³⁾	Comparar a eficácia de dois tipos de tratamentos antidepressivos (medicamento versus Escuta Terapêutica em domicílio) oferecidos a mulheres com depressão pós-parto.	Experimento (n=254). As mulheres foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos: em um a participante recebeu um antidepressivo (n=129), e no outro, a Escuta Terapêutica em domicílio.	Em quatro semanas de tratamento, as mulheres do grupo de antidepressivos tinham mais do que duas vezes mais probabilidade de estarem melhores (p<0,001). No entanto, não houve benefício claro de um grupo em relação ao outro (p=0,19).
A13 ⁽³⁴⁾	Explorar as experiências de mulheres com depressão pós-parto que receberam Escuta Terapêutica em domicílio como tratamento.	Estudo Qualitativo (n=22). Entrevistas em profundidade foram realizadas com as participantes.	Mulheres com depressão pós-parto reportaram a Escuta Terapêutica em domicílio como útil, mas insuficiente para tratar a depressão.
A14 ⁽³⁵⁾	Avaliar a viabilidade, aceitação e eficácia da Escuta Terapêutica oferecida a mães de bebês prematuros.	Experimento (n=23). A intervenção foi realizada por uma enfermeira neonatal, a qual realizou seis visitas a cada participante. As variáveis investigadas foram: depressão, ansiedade, qualidade de vida e aceitabilidade das visitas.	Após as visitas, os sintomas de depressão (p<0,001) e ansiedade (p<0,005) diminuíram. Quanto à qualidade de vida, os resultados sugeriram uma melhora significativa (p<0,001).
A15 ⁽³⁶⁾	Explorar a experiência de aprendizado de Escuta Terapêutica de alunos de um curso de aconselhamento.	Estudo Qualitativo (n=6). Foram realizadas entrevistas utilizando a abordagem fenomenológica para articular as experiências vividas à aprendizagem dos participantes.	As experiências do primeiro ano do curso fortaleceram o desenvolvimento de habilidades necessárias para aprender a ouvir terapêuticamente.

Dentre as publicações selecionadas para a revisão, sete (47%) são provenientes de periódicos relacionados à área de Psicologia/Psicoterapia (A1, A4, A8, A10, A11, A13 e A15), três (20%) da área de Saúde Ocupacional (A5, A6 e A9), uma (7%) da área de Educação em Enfermagem (A2), duas (13%) da área de Tecnologias em Saúde (A7 e A12) e as duas (13%) restantes são de periódicos das áreas de práticas em Serviço Social (A3) e Saúde Materno-Infantil (A14) (Quadro 2). Quanto ao local de origem dos estudos, cinco (33%) foram realizados no Reino Unido, quatro (27%) nos Estados Unidos da América, três (20%) no Japão, dois (13%) na Suécia e um (7%) no Canadá.

Como apresentado no Quadro 2, os delineamentos de estudo mais frequentes foram o experimental e o quase-experimental, com cinco publicações cada. Vale ressaltar que, para esta revisão, entende-se como experimento os estudos nos quais há alocação aleatória dos indivíduos nos grupos e controle da exposição ao fator de interesse pelo investigador; os quase-experimentais muito se assemelham aos experimentais, entretanto não possuem características de aleatorização e/ou grupo controle⁽³⁷⁾.

Para o nível de evidência, foi utilizada a classificação sugerida por Melnyk e Fineout-Overholt⁽³⁸⁾, a qual classifica os estudos, a partir do delineamento experimental, em sete níveis: 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos aleatorizados controlados ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatorizados controlados; 2 - evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico aleatorizado controlado bem delineado; 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos sem aleatorização bem delineados; 4 - evidências que se originaram de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. A maior parte das publicações (40%) apresentou nível de evidência 2 (A3, A4, A7, A10, A12 e A14), seguidas por 33% com nível de evidência 3 (A1, A2, A5, A6 e A11) e 27% com nível de evidência 6 (A8, A9, A13 e A15). Considerando tal classificação, os níveis 1 e 2 são considerados evidências fortes, 3 e 4 moderadas e de 5 a 7 fracas⁽³⁸⁾, ou seja, 40% das publicações têm um nível de evidência forte, 33% moderado e 27% fraco.

A maior parte dos estudos (33%) abordou o efeito de treinamentos sobre as habilidades de Escuta Terapêutica (A2, A4, A5, A6 e A10). No estudo A2⁽²³⁾, antes de serem submetidos a um módulo de treinamento sobre comunicação, os estudantes responderam um instrumento que avalia as habilidades interpessoais de profissionais ou estudantes da área da saúde para a realização de entrevistas. O treinamento teve duração de 42 horas, de modo que seis horas foram dedicadas exclusivamente à Escuta Terapêutica. Após o treinamento, os participantes preencheram novamente o instrumento. No pré-treinamento

30,4% dos estudantes identificaram os sentimentos dos entrevistados, enquanto no pós-treinamento a porcentagem foi de 78,5% ($p < 0,0005$). O conteúdo das mensagens foi identificado em 57% das situações antes do treinamento e em 78,8% das situações após o mesmo ($p < 0,0005$). Ainda, no pré-treinamento 6,4% dos estudantes não conseguiram identificar os sentimentos dos entrevistados, enquanto no pós-treinamento esse índice foi reduzido para 1,6% ($p < 0,005$).

No estudo A4⁽²⁵⁾ diferentes modos de treinamento de Escuta Terapêutica foram avaliados em um experimento e em um quase-experimento. Doze sujeitos participaram do experimento, grupo este que teve o treinamento baseado em dramatização supervisionada, exercícios escritos e discussão. Doze sujeitos participaram do quase-experimento que utilizou a dramatização parcialmente supervisionada. O terceiro grupo não recebeu treinamento e não tinha conhecimento prévio sobre a Escuta Terapêutica ($n=6$). Como forma de avaliação, todos os participantes tiveram uma consulta de aconselhamento de sete minutos com a participação de um paciente fictício. O resultado foi que, em 6 das 10 categorias de respostas do instrumento utilizado para avaliar as habilidades dos alunos, o grupo da dramatização utilizou aproximadamente duas vezes mais respostas de Escuta Terapêutica do que o grupo sem treinamento ($p < 0,05$).

O estudo A5⁽²⁶⁾ consistiu em dois workshops sobre Escuta Terapêutica de dezesseis horas cada, as quais foram divididas em dois dias, com um intervalo de um mês entre cada workshop. O curso foi ministrado a administradores de empresas por meio de palestras, atividades práticas e discussões. Tais atividades faziam parte de um programa de formação em saúde mental. Os participantes preencheram um instrumento, formulado pelos autores do estudo, que mediou os efeitos do treinamento sobre as habilidades relativas à Escuta Terapêutica, no início do primeiro e no final do segundo workshop. Os resultados mostraram que a média dos escores do instrumento aumentou significativamente após o segundo workshop ($p < 0,01$).

O estudo A6⁽²⁷⁾ foi sobre o teste de um programa de treinamento para Escuta Terapêutica baseado em dramatizações e discussões, desenvolvido pelos autores da pesquisa. Os participantes, gerentes corporativos de nível médio, foram divididos em grupos de quatro ou cinco pessoas. O treinamento teve duração de um dia. Os participantes responderam um instrumento para mensurar habilidades e atitudes relacionadas à Escuta Terapêutica antes do início do treinamento, um mês e três meses depois do treinamento. De acordo com os resultados, os escores das subescalas *Atitudes de escuta* ($p < 0,001$) e *Habilidades de escuta* ($p < 0,001$) aumentaram tanto no primeiro quanto no terceiro mês após o treinamento.

O estudo A10⁽³¹⁾ utilizou a dramatização de consultas de aconselhamento como forma de ensino da Escuta Terapêutica. Os participantes da pesquisa foram distribuídos

aleatoriamente em três grupos de treinamento para a prática de habilidades de comunicação. Um dos grupos recebeu 14 horas de treinamento. Os outros dois grupos tiveram o mesmo modelo de treinamento do primeiro grupo, no entanto, os treinamentos foram repetidos, de modo que um recebeu 28 horas e o outro, 42 horas de curso. Os resultados sugerem que os alunos utilizaram a Escuta Terapêutica igualmente, após os diferentes períodos de treinamento ($p=0,74$). No entanto, maior tempo de treinamento resultou em maior expressão de sentimentos por parte dos aconselhados, de modo que estes relataram mais emoções no pós-teste do que no pré-teste ($p<0,05$). Ainda, o resultado da relação *Recordação de informações versus Tempo de interação* foi em favor do grupo de treinamento de 42 horas, que teve o maior valor médio de recordação de informações por parte dos alunos ($p<0,01$).

As pesquisas sobre a eficácia da Escuta Terapêutica em Domicílio como intervenção contabilizaram 27% das publicações (A7, A11, A12 e A14). O estudo A7⁽²⁸⁾ foi um experimento que comparou os resultados de saúde de mães e seus recém-nascidos, os quais foram distribuídos em três grupos: *Support Health Visitor (SHV)*, *Community Group Support (CGS)* e grupo controle. No SHV foi ofertado um ano de visitas mensais de Escuta Terapêutica em Domicílio. Já o CGS consistiu em grupos comunitários locais que ofereceram serviços às mulheres e seus bebês (creche, conselhos de amamentação, entre outros). No grupo controle foram oferecidos serviços de saúde rotineiros. De acordo com os resultados, não houve diferenças que não pudessem ser atribuídas ao acaso nos desfechos primários (depressão materna, lesão na criança e tabagismo materno). Quanto aos desfechos secundários, em relação aos grupos CGS e controle, as mulheres do SHV reduziram o número de visitas ao médico por conta da criança (Diferença média = -0,21; IC 95% -0,38 a -0,04), aumentaram a utilização dos serviços oferecidos pelos agentes de saúde e assistentes sociais (Diferença média=0,13; IC 95% 0,04-0,21) e tiveram menos preocupação acerca do desenvolvimento da criança (fala: Diferença média=0,43; IC 95% 0,22-0,84; Alimentação: Diferença média=0,65; IC 95% 0,42-1,00).

No estudo A11⁽³²⁾, mulheres com sintomas depressivos receberam até seis visitas de Escuta Terapêutica em Domicílio. As variáveis investigadas foram: depressão, satisfação com a vida e aceitabilidade do tratamento. As participantes foram entrevistadas em três momentos distintos: pré-visita (0 meses), pós-visita (2 meses após as visitas) e *follow-up* (5 meses após o início das visitas ou 3 meses após a última visita). De acordo com os resultados, durante o período de cinco meses entre o pré e o pós-visita, os escores médios de todas as medidas de depressão diminuíram ($p<0,0001$; $p=0,03$; $p=0,004$). 63,2% das mulheres foram consideradas recuperadas e 2/3 apresentaram melhora clinicamente significativa. Quanto à satisfação com a vida, os resultados indicaram mudança positiva dessa variável ao longo do tempo ($p=0,01$). A média do instrumento utilizado para mensurar a aceitabilidade do tratamento foi de 5,7, o que indica que as mulheres consideraram a Escuta Terapêutica em domicílio como *muito útil*.

No estudo A12⁽³³⁾, mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos: em um dos grupos a participante recebeu um antidepressivo ($n=129$) e, no outro, a participante recebeu a Escuta Terapêutica em Domicílio ($n=125$). Inicialmente foi oferecida uma série de quatro visitas ao longo de quatro a seis semanas. Na quarta visita, o profissional e a mulher revisavam os progressos e decidiam se finalizariam as visitas (as mulheres poderiam ir para o grupo de antidepressivos ou serviços alternativos), ou realizariam um segundo conjunto de quatro visitas. Em quatro semanas, as mulheres do grupo de antidepressivos tinham mais do que duas vezes mais probabilidade de estarem melhores, em comparação com as que receberam a Escuta Terapêutica em domicílio (Odds Ratio=3,4; IC 95% 1,8-6,5; $p<0,001$). Com 18 semanas de tratamento, a proporção de melhora nas mulheres foi 11% maior no grupo de antidepressivos, no entanto, não houve benefício claro de um grupo em relação ao outro (Odds Ratio=1,5; IC 95% 0,8-2,6; $p=0,19$). Entrevistas com as mulheres revelaram uma preferência pela Escuta Terapêutica em domicílio, no entanto, elas reconheciam que os antidepressivos podiam ser necessários.

O estudo A14⁽³⁵⁾ avaliou a viabilidade, a aceitação e a eficácia da Escuta Terapêutica oferecida a mães de prematuros hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. A hipótese dos pesquisadores foi que a Escuta Terapêutica estaria associada à melhora clínica da mãe, bem como à melhora da autopercepção de sua qualidade de vida. A intervenção foi realizada por uma enfermeira neonatal, a qual realizou seis visitas a cada participante. Cada visita teve duração de 45 a 60 minutos e foi realizada em um lugar do hospital que garantia privacidade às mulheres. As variáveis investigadas foram: depressão, ansiedade, qualidade de vida e aceitabilidade das visitas. Após a realização das visitas, os sintomas de depressão ($p<0,001$) e ansiedade ($p<0,005$) declinaram significativamente. Quanto à qualidade de vida, os resultados sugerem uma melhora significativa de tal variável ($p<0,001$). A maior parte das mulheres que receberam as visitas (91,3%), classificaram-nas como *excelente*.

Dentre os estudos selecionados, apenas três (20%) utilizaram a abordagem qualitativa (A8, A13 e A15). Por meio de entrevista em profundidade, a qual permite explorar um ou mais temas com maior flexibilidade, diferentemente do que acontece no caso do uso de questionários ou de uma entrevista totalmente estruturada, os estudos A8⁽²⁹⁾ e A13⁽³⁴⁾ buscaram explorar as experiências de mulheres com depressão pós-parto que receberam Escuta Terapêutica em domicílio. De acordo com os resultados do estudo A8⁽²⁹⁾, os fatores que fizeram das visitas uma experiência positiva foram: concordar com o modelo médico para a depressão pós-parto, ter um bom relacionamento com o profissional que realiza as visitas, ter a oportunidade de realizar escolhas e o fato das visitas se desenvolverem como um processo claro e flexível. Já os achados do es-

tudo A13⁽³⁴⁾ indicaram que todas as entrevistadas relataram que a Escuta Terapêutica em Domicílio foi benéfica, embora muitas delas tivessem necessitado de uma intervenção adicional para controlar os sintomas depressivos. Ainda, a eficácia das visitas parece estar ligada às causas da depressão, à forma como as visitas são realizadas e por quem são realizadas. As pesquisadoras concluíram que as mulheres com depressão pós-parto consideram a Escuta Terapêutica em domicílio como algo útil, mas insuficiente para o tratamento da depressão.

No estudo A15⁽³⁶⁾, por meio de entrevistas, estudantes de um curso sobre aconselhamento foram convidados a refletir sobre experiências pessoais vivenciadas durante o primeiro ano do curso. Um dos temas que surgiu durante as entrevistas foi sobre aprender a ouvir, isto é, tornar-se consciente do que se está fazendo quando se está a ouvir. Alguns participantes disseram que costumavam filtrar o que as pessoas diziam a partir de suas próprias experiências pessoais. Outro aspecto revelado foi sobre o ouvir como relacionamento e envolvimento com a outra pessoa. Ainda, os participantes referiram sobre a revelação da alteridade, ou seja, o ouvir como revelação das realidades de outras pessoas. Por fim, os pós-graduandos discursaram sobre a diferença existente entre ser capaz de ouvir e apenas receber informações.

No estudo A1⁽²²⁾ estudantes de psicologia e psicoterapeutas participaram da pesquisa com o objetivo de observar se informações prévias sobre o paciente podem influenciar no processo de Escuta Terapêutica. Metade dos participantes de cada grupo (alunos e profissionais) recebeu apenas as instruções para a participação no estudo, já a outra metade, além das instruções, recebeu também algumas informações sobre o paciente. Uma entrevista terapêutica real gravada em fita foi utilizada como material de estímulo. Após ouvir as falas do paciente, o participante deveria responder a seguinte pergunta: O que o paciente lhe disse? De acordo com os resultados, os psicoterapeutas deram mais respostas interpretativas do que os estagiários ($0,01 < p < 0,05$), no entanto, a análise do possível efeito da informação clínica sobre o paciente não produziu diferenças significativas.

Para a realização do estudo A9⁽³⁰⁾, os supervisores responderam um instrumento sobre atitudes e habilidades de escuta. Já os subordinados responderam dois instrumentos, um sobre suas condições de trabalho e outro sobre suas reações ao estresse psicológico. De acordo com os achados, os subordinados que trabalhavam com supervisores com altos escores de habilidades e atitudes de Escuta Terapêutica reportaram reações mais favoráveis ao estresse psicológico (homens: $p=0,47$; mulheres: $p=0,004$) e maior controle no trabalho (homens: $p=0,026$; mulheres: $p=0,007$).

No estudo A3⁽²⁴⁾ uma série de experimentos foi realizada com a finalidade de observar se, no processo da Escuta Terapêutica, a forma como as respostas são formuladas

pode interferir na reação afetiva dos pacientes. Foram estudados dois tipos de respostas. No tipo A as respostas são neutras ou implicam a existência de interpretações alternativas quanto à interpretação do paciente sobre uma situação. Os pesquisadores encontraram que, ao se parafrasear as declarações do paciente de forma a aceitar interpretações alternativas à interpretação do mesmo a respeito de uma determinada situação, o paciente poderá apresentar níveis menos intensos de raiva ($p < 0,0001$) e depressão ($p=0,0105$) do que se as declarações forem usadas de forma que pressuponha a exatidão das interpretações do paciente.

DISCUSSÃO

Apesar do reconhecido valor terapêutico da escuta⁽¹⁴⁾, os estudos primários sobre essa temática ainda são escassos, afinal, foram encontradas apenas 15 publicações na literatura científica relacionadas ao objetivo desta revisão. No entanto, vale ressaltar que, embora escassos, a maior parte dos estudos apresenta níveis de evidência que possibilitam confiança no uso de seus resultados⁽³⁹⁾.

Pode-se observar que um ponto comum entre a maior parte dos estudos selecionados é o reconhecimento da necessidade de habilidades, por parte do profissional de saúde, para o desenvolvimento de um processo de escuta eficaz. Há uma série de maneiras de ouvir. Uma delas, por exemplo, é quando se ouve um amigo ou familiar, situação na qual se é convidado a oferecer os próprios pontos de vista enquanto se ouve com simpatia ou se faz comentários que têm o objetivo de acalmar quem é ouvido⁽⁴⁰⁾. Outra maneira seria quando o indivíduo procura um profissional para ouvir e aconselhar ou oferecer informações corretas sobre suas preocupações, como por exemplo, quando se procura um advogado para questões legais. Nesse caso, uma consultoria especializada é prestada e a informação transmitida. Uma terceira forma de ouvir, distinta das outras, envolve a absorção da narrativa de uma pessoa, sem o oferecimento de conselhos ou informações, de modo que, ao ouvir relatos de doença ou experiências de vida de um ponto de vista psicológico, tal atitude seja terapêutica⁽⁴⁰⁾.

A *Nursing Interventions Classification*⁽⁹⁾ apresenta a intervenção *Listening Visits*, que pode ser traduzida como Escuta Terapêutica em domicílio, a qual foi criada no Reino Unido para contornar barreiras relacionadas à acessibilidade e à aceitabilidade do tratamento da depressão em mulheres de minorias étnicas e de baixa renda⁽⁴¹⁻⁴²⁾. Esta intervenção consiste na utilização de técnicas provenientes do aconselhamento não diretivo, como a exploração de um problema por meio da Escuta Terapêutica e a resolução do mesmo em colaboração com o paciente atendido⁽³²⁾. A Escuta Terapêutica em domicílio apresenta-se como uma atividade eficaz na redução de índices de ansiedade e depressão em mulheres com depressão pós-parto ou mães de bebês prematuros^(28,32,35). Para tais mulheres

esta intervenção foi benéfica, pois se apresentou como uma oportunidade de falar e se concentrar em seus próprios sentimentos e circunstâncias⁽³⁴⁾. De acordo com estudos do tema, muitas vezes, o indivíduo necessita apenas de alguém que o escute para que possa ordenar e organizar sua própria experiência e, mesmo que a solução para seus problemas pareça distante ou até impossível, o simples falar causa uma sensação de alívio imediato⁽⁴³⁾, o que impede que o indivíduo se desestruture por experimentar um nível de tensão acima de seu limite⁽¹¹⁾. No entanto, para que o processo de escuta se desenvolva de forma satisfatória, é importante que o profissional tenha habilidades para fornecer apoio emocional e prático ao paciente, de modo que este se identifique e se sinta capaz de confiar neste profissional que presta o atendimento^(29,34).

A habilidade para a Escuta Terapêutica, componente importante do processo de comunicação, envolve a compreensão do que a outra pessoa diz e sente e, em seguida, a comunicação desse entendimento de volta a ela⁽²³⁾. A equipe de saúde pode e deve proporcionar ao paciente uma assistência de qualidade, no entanto, para que isso ocorra é necessário assimilar habilidades de comunicação⁽⁴⁴⁾ as quais não são adquiridas de forma empírica ou com o passar do tempo, mas somente com educação adequada⁽¹⁵⁾. Nesse contexto, torna-se relevante o estudo de métodos que possam auxiliar no processo de ensino da Escuta Terapêutica. De acordo com os estudos dessa revisão que investigaram a eficácia de treinamentos sobre as habilidades de escuta, atividades como a dramatização^(25,27,31), leituras, atividades práticas, discussões acerca do processo da escuta, palestras^(23,26) entre outras, podem contribuir para o ensino dessa técnica de comunicação.

A falta de habilidade para a prática da Escuta Terapêutica pode, por exemplo, depender da forma como forem parafraseadas as declarações do paciente, gerar sentimentos de raiva e depressão no mesmo⁽²⁴⁾. Já o saber escutar terapeuticamente, pode ter um impacto positivo sobre aquele que é ouvido, como por exemplo, auxiliar na formulação de reações mais favoráveis ao estresse psicológico⁽³⁰⁾. Por fim, o processo de escuta exige tornar-se consciente do que se está fazendo quando se está a ouvir e entender que há uma diferença entre saber ouvir e apenas receber dados⁽³⁶⁾.

REFERÊNCIAS

1. Haes H, Teunissen S. Communication in palliative care: a review of recent literature. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):345-50.
2. Skilbeck J, Payne S. Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialist in palliative care. *J Adv Nurs*. 2003;43(5):521-30.
3. Salimena AMO, Martins BR, Melo MCSC, Bara VMF. Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem. *Rev Bras Cancerol*. 2010;56(3):331-40.
4. Benjamim A. A entrevista de ajuda. São Paulo: Martins Fontes; 1983.
5. Filgueiras SL, Deslandes SF. Evaluation of counseling activities: analysis of a person-centered prevention perspective. *Cad Saúde Pública*. 1999;15 Suppl 2:121-31.
6. Lazure H. Viver a relação de ajuda: abordagem e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Luso Didacta; 1994.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados é possível concluir que a maior parte dos estudos selecionados para esta revisão tem nível de evidência de forte a moderado, o que possibilita a confiança em seus resultados e, apesar de abordarem diferentes aspectos relacionados à Escuta Terapêutica, apresentam em comum o reconhecimento da necessidade de habilidades, por parte do profissional de saúde, para o desenvolvimento de um processo de escuta eficaz.

Dentre as 15 publicações selecionadas, cinco abordaram o efeito de treinamentos sobre as habilidades de Escuta Terapêutica, quatro estudaram a eficácia da escuta como intervenção, três exploraram as experiências dos sujeitos quanto às vivências relacionadas à escuta, e três abordaram aspectos diversos da escuta (a influência de informações prévias sobre o paciente no processo de Escuta Terapêutica; a relação entre as atitudes e habilidades de escuta de supervisores e as condições de trabalho e reações de estresse psicológico de seus subordinados; e, finalmente, como a formulação das respostas no processo da Escuta Terapêutica pode influenciar a reação afetiva dos pacientes).

Um dos aspectos que podem ter interferido nos resultados obtidos diz respeito à busca ter sido realizada em cinco bases de dados com os descritores apresentados. O estudo, além de sintetizar as evidências a respeito do uso da Escuta Terapêutica enquanto intervenção de saúde, fornece uma direção para que enfermeiros e demais profissionais de saúde possam pensar o uso de tal intervenção em sua prática clínica, já que esta apresenta-se como uma intervenção comprovadamente benéfica para o bem-estar do indivíduo. No entanto, é importante atentar para a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde para a realização de tal atividade, visto que a falta de habilidades para a condução da Escuta Terapêutica pode acarretar prejuízos ao paciente. Novos estudos, principalmente experimentos que considerem os aspectos teóricos que sustentam esta intervenção, permitirão explorar com maior profundidade os efeitos da Escuta Terapêutica aplicada no contexto da saúde e conhecer possíveis condições dos pacientes que possam influenciar a obtenção dos resultados esperados com esta técnica.

7. Stefanelli MC. Estratégias de comunicação terapêutica. In: Stefanelli MC, Carvalho EC. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. 2ª ed. Barueri: Manole; 2012. p. 77-109.
8. Mucchelli R. A entrevista não-diretiva. São Paulo: Martins Fonte; 1978.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
10. Watanuki MF, Tracy R, Lindquist R. Therapeutic listening. In: Tracy R, Lindquist R. Complementary alternative therapies in nursing. New York: Springer; 2006. p. 45-55.
11. Souza RC, Pereira MA, Kantorski LP. Therapeutic listening: an essential instrument in nursing care. *Rev Enferm UERJ*. 2003;11(1):92-97.
12. Bermejo Higuera JC. La escucha activa em cuidados paliativos. *ARS Méd (Santiago)*. 2005;(11):119-36.
13. Brusamarello T, Capistrano FC, Oliveira VC, Mercês NNA, Mafum MA. Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2013;18(2):245-52.
14. Fassaert T, Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active listening in medical consultations: development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns*. 2007;68(3):258-64.
15. Araújo MMT, Silva MJP. The knowledge about communication strategies when taking care of the emotional dimension in palliative care. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):121-9.
16. Santos L, Torres HC. Educational practices in diabetes mellitus: understanding the skills of health professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):574-80.
17. Lima DWC, Silveira LC, Vieira AN. Listening in the treatment of psychological stress an integrative review. *J Nurs UFPE* on line [Internet]. 2012 [cited 2014 June 17];6(9):2273-80. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2632/pdf_1479
18. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998;3(2):109-12.
19. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
21. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.
22. Sommer GR, Mazo B, Lehner GFJ. An empirical investigation of therapeutic "listening". *J Clin Psychol*. 1955;11(2):132-6.
23. Olson JK, Iwasiw CL. Effects of a training model on active listening skills of post-RN students. *J Nurs Educ*. 1987;26(3):104-7.
24. Nugent WR, Halvorson H. Testing the effects of active listening. *Res Soc Work Pract*. 1995;5(2):152-75.
25. Lisper H, Rautalinko E. Effects of a six hour training of active listening. *Scand J Behav Ther*. 1996; 25(3-4):117-25.
26. Kubota S, Mishima N, Ikemi A, Nagata S. A research in the effects of active listening on corporate mental health training. *J Occup Health*. 1997;39(4):274-9.
27. Kubota S, Mishima N, Nagata S. A study of the effects of active listening on listening attitudes of middle managers. *J Occup Health*. 2004;46(1):60-7.
28. Wiggins M, Oakley A, Roberts I, Turner H, Rajan L, Austerberry H, et al. The Social Support and Family Health Study: a randomised controlled trial and economic evaluation of two alternative forms of postnatal support for mothers living in disadvantaged inner-city areas. *Health Technol Assess*. 2004;8(32):iii,ix-x,1-120.
29. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study. *J Reprod Infant Psychol*. 2006;24(2):149-62.
30. Mineyama S, Tsutsumi A, Takao S, Nishiuchi K, Kawakami N. Supervisors' attitudes and skills for active listening with regard to working conditions and psychological stress reactions among subordinate workers. *J Occup Health*. 2007;49(2):81-7.
31. Rautalinko E, Lisper HO, Ekehammar B. Reflective listening in counseling: effects of training time and evaluator social skills. *Am J Psychother*. 2007;61(2):191-209.
32. Segre LS, Stasik SM, O'Hara MW, Arndt S. Listening visits: an evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychother Res*. 2010;20(6):712-21.
33. Sharp DJ, Chew-Graham C, Tylee A, Lewis G, Howard L, Anderson I, et al. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: the RESPOND trial. *Health Technol Assess*. 2010;14(43):iii-iv, ix-xi, 1-153.
34. Turner KM, Chew-Graham C, Folkes L, Sharp D. Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):234-9.

-
35. Segre LS, Chuffo-Siewert R, Brock RL, O'Hara MW. Emotional distress in mothers of preterm hospitalized infants: a feasibility trial of nurse-delivered treatment. *J Perinatol*. 2013;33(12):924-8.
 36. Lee B, Prior S. Developing therapeutic listening. *Br J Guid Couns*. 2013;41(2):91-104.
 37. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. Quantitative research design; p. 149-75.
 38. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. Making the case for evidence-based practice; p.3-24.
 39. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. Fundamentals of evidence-based nursing practice; p.20-39.
 40. Jones AC, Cutcliffe JR. Listening as a method of addressing psychological distress. *J Nurs Manag*. 2009;17(3):352-8.
 41. Segre LS, McCabe JE, Stasik SM, O'Hara MW, Arndt S. Implementation of an evidence-based depression treatment into social service settings: the relative importance of acceptability and contextual factors. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39(3):180-6.
 42. Levy LB, O'Hara MW. Psychotherapeutic interventions for depressed, low-income women: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):934-50.
 43. Miranda CF, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda*. 10ª ed. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
 44. Bertachini L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):507-20.