



Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica

Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception

Aromaterapia y enfermería: concepción histórico-teórica

Juliana Rizzo Gnatta^{1,2}, Leonice Fumiko Sato Kurebayashi^{1,3}, Ruth Natalia Teresa Turrini⁴, Maria Júlia Paes da Silva⁴

Como citar este artigo:

Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Silva MJP. Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):127-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Hospital Universitário, Centro Cirúrgico, São Paulo, SP, Brasil.

³ Instituto de Terapia Integrada e Oriental, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Aromatherapy is a Practical or Complementary Health Therapy that uses volatile concentrates extracted from plants called essential oils, in order to improve physical, mental and emotional well-being. Aromatherapy has been practiced historically and worldwide by nurses and, as in Brazil is supported by the Federal Nursing Council, it is relevant to discuss this practice in the context of Nursing through Theories of Nursing. This study of theoretical reflection, exploratory and descriptive, aims to discuss the pharmacognosy of essential oils, the historical trajectory of Aromatherapy in Nursing and the conceptions to support Aromatherapy in light of eight Nursing Theorists (Florence Nightingale, Myra Levine, Hildegard Peplau, Martha Rogers, Callista Roy, Wanda Horta, Jean Watson and Katharine Kolcaba), contributing to its inclusion as a nursing care practice.

DESCRIPTORS

Aromatherapy; Complementary Therapies; Oils, Volatile; Nursing; Nursing Theory.

Autor correspondente:

Juliana Rizzo Gnatta
Av. Prof. Lineu Prestes, 2565
Cidade Universitária
CEP 05508-000 – São Paulo, SP, Brasil
juliana.gnatta@gmail.com

Recebido: 25/05/2015
Aprovado: 29/08/2015

INTRODUÇÃO

Terapias alternativas e complementares de saúde são definidas como qualquer sistema de medicina, prática ou produto que não fazem parte dos cuidados médicos convencionais⁽¹⁾. Segundo tal definição, pode-se incluir a Aromaterapia. O termo “complementar” é utilizado quando a prática associa-se à medicina tradicional do Ocidente, complementando o tratamento, enquanto o termo “alternativa” se aplica quando a terapia substitui completamente o tratamento convencional⁽¹⁾.

A partir da década de 1960, antes que houvesse qualquer oficialização do termo “práticas alternativas ou complementares de saúde”, no movimento de contracultura houve aumento do interesse da população ocidental por essas práticas. Os movimentos *hippie* e *rock*, nos Estados Unidos da América e na Europa, que posteriormente chegaram à América Latina, propunham uma tendência de aproximação com a natureza e o orientalismo⁽²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizou o termo “Medicina Alternativa” para designar um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição própria do país e que não são integrados ao sistema de saúde local⁽³⁾. No ano de 2002, a OMS definiu no plano estratégico para 2002-2005 a “Medicina Tradicional” como toda e qualquer prática de saúde que fosse considerada tradicional em determinado lugar e que atuou como subsídio para a base da medicina oferecida naquele país⁽⁴⁾. No último documento lançado pela OMS, intitulado “Estratégia sobre Medicina Tradicional 2014-2023”, é descrito que devem ser reavaliadas as conquistas e o desenvolvimento de propostas de políticas nacionais que garantam às pessoas o acesso, a qualidade e a segurança no que se refere aos cuidados de saúde, em especial em relação à Medicina Tradicional e Complementar⁽⁵⁾.

Desde 2006 tem-se enfatizado a aplicação do termo “práticas integrativas” em saúde. Existem diferentes terminologias que são utilizadas mundialmente para designar o que seriam as Práticas Integrativas e Complementares⁽⁶⁾. A expressão “Práticas Integrativas e Complementares” foi empregada pela primeira vez no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em 2006, no documento que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, em substituição a outras já existentes: Medicinas Não Convencionais⁽⁷⁾, Terapias Alternativas e Práticas Populares⁽⁸⁾ e Medicinas Naturais⁽⁹⁾. Ressalta-se que a Portaria nº 971 estabeleceu algumas práticas como especialidades multiprofissionais da área da saúde, a saber, a Homeopatia, a Acupuntura, as Plantas Medicinais e a Fitoterapia, o Termalismo Social e a Crenoterapia. Contudo, a Aromaterapia, a Terapia Floral e outras técnicas não foram contempladas com tal determinação⁽⁶⁾.

O *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), um dos centros do *National Institute of Health* (NIH) dos Estados Unidos da América, propôs uma classificação às terapias integrativas em cinco diferentes categorias: 1) terapias mente-corpo, que são técnicas que trabalham com tal interação, como meditação, ioga, mu-

sicoterapia, oração, biofeedback, tai chi chuan, arteterapia, entre outras; 2) terapias com base biológica, as quais usam substâncias encontradas na natureza, como óleos vegetais (aromaterapia), ervas (fitoterapia), dietoterapia, entre outras; 3) terapias corporais, aquelas que compreendem a interação física, como massoterapia, quiropraxia, entre outras; 4) terapias vibracionais, as quais trabalham com interações energéticas, como o toque terapêutico, Reiki, entre outras; e 5) os dois grandes sistemas medicinais: a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica⁽¹⁾.

A Aromaterapia pode ser definida como o uso intencional de Óleos Essenciais (OE) a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene⁽¹⁰⁾. O termo “Aromaterapia” foi utilizado pela primeira vez em 1928 pelo perfumista francês René Maurice Gattefossé. Encontramos relatos na literatura de que, em seus estudos iniciais com OE para aplicação em perfumes, Gattefossé teria passado por um incidente de trabalho. Após uma queimadura nas mãos durante um processo de destilação no laboratório, e sentindo dor, mergulhou a área afetada em um frasco próximo que continha óleo de lavanda. Ele teria percebido que, além do alívio quase imediato da sensação dolorosa, o ferimento cicatrizou mais rapidamente, sem quase deixar marcas⁽¹¹⁾.

Em termos globais, atualmente, a Aromaterapia consolidou-se como ciência na Inglaterra e na França. Para os franceses é considerada uma especialidade médica, já os ingleses a entendem como Práticas Integrativas e Complementares (PIC). É uma prática também utilizada nos Estados Unidos da América e na Austrália como complementar, e, culturalmente, empregada em países do Oriente como parte da Medicina Tradicional⁽¹¹⁾.

No Brasil, a Aromaterapia é uma PIC não regulamentada como profissão e que não dispõe de nenhum órgão fiscalizador. Contudo, há um Projeto de Lei no Senado Federal, o qual se encontra arquivado, com a finalidade de regular o exercício das terapias em geral, dentre elas a Aromaterapia, e que tem a intenção de criar Conselhos Federais e Regionais de Terapeutas⁽¹²⁾.

A Enfermagem, como profissão, reconheceu as PIC de saúde por meio da Resolução nº 197 de 1997 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como uma especialidade de competência do profissional dessa área, desde que o profissional conclua um curso na área específica, em instituição reconhecida de ensino e com carga horária mínima de 360 horas⁽¹³⁾. As Terapias Holísticas Complementares são reafirmadas como especialidade de Enfermagem por meio da Resolução nº 389 do COFEN⁽¹⁴⁾, assegurando a segurança e o respaldo desse profissional para que desenvolva pesquisas na área das PIC em geral e, conseqüentemente, da Aromaterapia. Mediante o respaldo oferecido pelo órgão regulamentador da profissão, a Aromaterapia desperta o interesse da Enfermagem por representar uma ferramenta complementar ao processo assistencial, contribuindo para uma abordagem integral e holística da saúde.

A Aromaterapia, histórica e mundialmente, tem sido praticada por Enfermeiros e, tendo em vista que no Brasil essa categoria possui respaldo do COFEN para tal atuação profissional, é importante que ela seja embasada nos precei-

tos da Enfermagem. Como o desenvolvimento das Teorias na Enfermagem reflete um movimento da profissão em busca da sua autonomia e da delimitação das suas ações⁽¹⁵⁾, faz-se necessário alicerçar a prática da Aromaterapia em tal contexto, sobretudo porque a literatura científica nacional ainda é incipiente nessa área. Além disso, ela pode ser empregada pela Enfermagem como uma ferramenta para auxiliar a estabelecer o reequilíbrio tanto emocional quanto físico do indivíduo⁽¹⁶⁾, sendo uma possibilidade de intervenção, representando a aplicação das Teorias na prática assistencial.

O presente estudo de reflexão teórica, exploratório e descritivo, tem como objetivo discorrer brevemente sobre a farmacognosia dos óleos essenciais, a trajetória histórica da Aromaterapia na Enfermagem e fundamentar tal PIC à luz de oito Teorias de Enfermagem possíveis de serem correlacionadas à Aromaterapia, sendo três já correlacionadas por outros autores em publicação anterior⁽¹⁷⁾ e outras seis Teorias propostas pelo presente estudo, com a finalidade de subsidiar a inserção da Aromaterapia na prática assistencial de Enfermagem.

FARMACOGNOSIA DOS ÓLEOS ESSENCIAIS

A Aromaterapia é uma PIC que se utiliza de concentrados voláteis extraídos de vegetais, chamados Óleos Essenciais (OE), que são compostos químicos naturais, complexos e altamente voláteis, caracterizados por um aroma forte e produzidos como metabolitos secundários de plantas aromáticas⁽¹⁸⁾.

Os OE são substâncias dotadas de propriedades singulares devido à característica química de serem constituídos por inúmeras substâncias, o que lhes conferem a particularidade de não poderem ser substituídos por outro sintético, apesar da semelhança olfativa. Os produtos sintéticos são denominados “essências” e atuam de modo restrito no organismo pelo fato de apresentarem uma composição química determinada, enquanto os OE agem de forma mais abrangente⁽¹⁹⁾.

A ação de um óleo essencial no organismo vai depender da via pela qual suas moléculas são administradas, o que pode ocorrer através de inalação, via cutânea ou ingestão. Quando o contato se dá pela via inalatória, as moléculas dos OE estimulam os nervos olfativos que, por sua vez, têm uma ligação direta com o Sistema Límbico⁽¹¹⁾, responsável por emoções, sentimentos e impulsos motivacionais. A “memória olfativa” resulta de um processo de identificação olfativa de um aroma específico associando-o a alguma lembrança acionada pelo Sistema Límbico.

Embora o mecanismo de ação fisiológica dos óleos essenciais e, conseqüentemente, da Aromaterapia não esteja bem estabelecido, infere-se que essas moléculas produzam um estímulo capaz de liberar neurotransmissores, como encefalinas e endorfinas, os quais geram um efeito analgésico e produzem a uma sensação de bem-estar e relaxamento⁽²⁰⁾. Estudos referem que a estimulação olfativa produz mudanças imediatas em parâmetros fisiológicos, tais como pressão arterial, pulsação, tensão muscular, dilatação da pupila, temperatura corporal, fluxo sanguíneo, atividades eletrodermicas e cerebrais. Contudo, os efeitos aromaterapêuticos dos óleos essenciais ainda não estão bem embasados por meio de estudos clínicos científicos⁽²¹⁾.

Quando uma molécula de óleo essencial é inalada, ela atravessa as vias respiratórias superiores, chegando às vias inferiores, onde é absorvida pelos vasos sanguíneos pulmonares e distribuída no organismo por meio da circulação sanguínea para os órgãos e tecidos⁽¹⁰⁾. Ao administrá-lo por via cutânea, as moléculas penetram na pele ou mucosas, onde são absorvidas e distribuídas pelos tecidos corporais através da corrente sanguínea. Quando ingeridos, as suas moléculas penetram pela mucosa intestinal, alcançam a corrente sanguínea e são distribuídas no organismo⁽¹⁰⁾.

Nas duas últimas vias de atuação mencionadas, ocorre a atuação do princípio ativo presente no óleo essencial, além das estimulações nervosa e sensorial. Conforme demonstra a Figura 1, mesmo que ele seja administrado por uma via que não a inalatória, sempre algumas moléculas do óleo serão dispersas no ambiente devido ao seu baixo peso molecular, as quais provocarão um estímulo olfativo e ação no sistema respiratório.

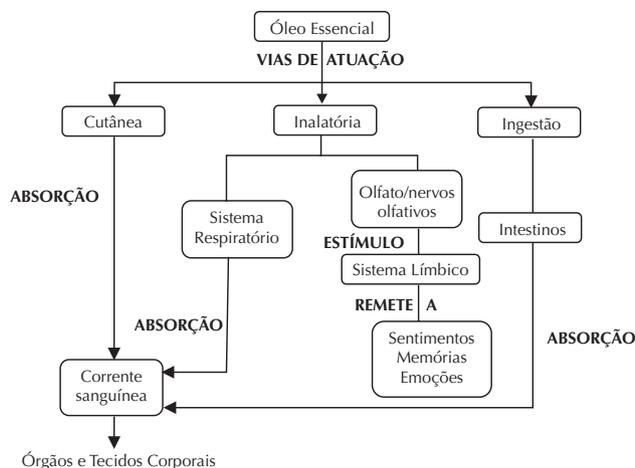


Figura 1 – Fluxograma demonstrando as possíveis vias de atuação dos OE no organismo – São Paulo, 2015.

Alguns óleos essenciais também apresentam efeito antimicrobiano, provavelmente por sua atuação na estrutura da parede celular do microrganismo, desnaturando e coagulando proteínas. A ação se daria porque ele alteraria a permeabilidade da membrana citoplasmática graças ao seu caráter lipofílico, interrompendo os processos vitais da célula, como transporte de elétrons, translocação de proteínas, fosforilação e outras reações enzima-dependentes, e tais ações resultariam na perda do controle quimiosmótico da célula afetada, destruindo-a⁽²²⁾.

Estudos vêm sendo realizados com medições vibracionais de óleos essenciais por meio de espectroscopia Raman⁽²³⁻²⁴⁾, a qual é baseada na incidência de uma fonte monocromática de luz que, ao atingir o óleo em questão, sofre um espalhamento de luz, permitindo a obtenção de informações químicas sobre o composto, demonstrando que os componentes apresentam faixas energéticas. Tais pesquisas corroboram a existência de energia nos óleos essenciais, propondo que o uso desses concentrados vegetais pode atuar em consonância ou alterando padrões energéticos de um organismo.

AROMATERAPIA NA ENFERMAGEM: CONCEPÇÃO HISTÓRICA

Florence Nightingale foi pioneira na Enfermagem por introduzir o OE no cuidado assistencial. Ela foi responsável por indicar a aplicação de óleo essencial de Lavanda (*Lavandula angustifolia*) na região frontal dos soldados feridos durante a Guerra da Crimeia com a finalidade de acalmá-los⁽²⁵⁾.

Apesar de Nightingale ter sido a primeira Enfermeira a utilizar OE no cuidado de Enfermagem, a primeira Enfermeira aromaterapeuta foi Marguerite Maury, vista atualmente como um ícone da Aromaterapia moderna⁽¹⁹⁾. Maury nasceu na Áustria em 1895, formou-se Enfermeira e assistente cirúrgica. Mudou-se para a França, onde entrou em contato com a Aromaterapia. Por volta dos anos 1930, ela conheceu o Dr. Maury, um médico que se interessava por terapêuticas naturais e, juntos, passaram a estudar as PIC. Marguerite é reconhecida como referência na Aromaterapia pelo fato de ter integrado os princípios holísticos da Enfermagem à elaboração de prescrições terapêuticas individuais de OE para massagem⁽²⁶⁾ e por desenvolver a ideia de que um *blend* (mistura) único de OE poderia ser desenvolvido para cada pessoa⁽¹⁷⁾.

Com seus estudos, Marguerite Maury tentou demonstrar a atuação dos OE sobre o sistema nervoso, sobretudo no Sistema Límbico, e ministrou cursos e palestras por toda a Europa sobre o mecanismo de ação dos OE. Abriu a primeira clínica aromaterápica em Londres⁽²⁶⁾ e, posteriormente, outras unidades na França e Suíça. Pelo fato de Marguerite ter desenvolvido estudos sobre a ação dos OE no organismo, ela se tornou mais conhecida por sua atuação como bioquímica do que como Enfermeira.

AROMATERAPIA NA ENFERMAGEM: CONCEPÇÃO TEÓRICA

O uso de OE se adequa à filosofia prática das teorias e dos princípios éticos que compõem a Enfermagem, permitindo integrar a Aromaterapia aos valores próprios da profissão. Por causa da ênfase na escolha individual e singularidade, ao escolher um óleo essencial, o Enfermeiro deve concentrar seu atendimento na interação particular com cada pessoa, atuando como parceiro do seu cliente ao desenvolver um plano terapêutico visando à promoção da saúde ou do bem-estar⁽¹⁷⁾.

Autores já propuseram o embasamento da Aromaterapia segundo três Teorias de Enfermagem⁽¹⁷⁾. A primeira correlação feita sob a perspectiva de tais autores foi com o modelo do cuidado de Enfermagem de Florence Nightingale, o qual é pautado na atenção para os elementos do ambiente. O ambiente assume um papel relevante e contribui como facilitador da cicatrização natural e restabelecimento do enfermo. Por esse motivo, Florence indicou o uso do óleo essencial de lavanda na região frontal dos combatentes feridos⁽²⁵⁾, justamente com a intenção de proporcionar conforto e alívio, tornando o ambiente propício para permitir o processo de recuperação. A Aromaterapia pode permear três aspectos ambientais: ventilação e limpeza, descanso e relaxamento, e variações das condições ambientais. Em rela-

ção à ventilação e limpeza, a intervenção pode ser realizada por meio da difusão ambiental de OE com propriedades antissépticas, diluídos em água destilada, como eucalipto (*Eucalyptus globulus*), limão (*Citrus limonum*) ou tea tree (*Melaleuca alternifolia*)⁽¹⁷⁾.

Alguns OE contribuem para o relaxamento e a melhora do sono. Óleos de lavanda (*Lavandula angustifolia*) ou camomila (*Anthemís nobilis*) podem ser aplicados diretamente na pele, por meio de massagem, diluídos em um óleo carreador, como o óleo de amêndoa ou de jojoba, ou, ainda, inalados. A aplicação de uma gota de óleo de lavanda (*Lavandula angustifolia*), camomila (*Anthemís nobilis*) ou manjerona (*Origanum majorana*) em uma bola de algodão colocada dentro do travesseiro pode ajudar a aumentar o relaxamento e o sono⁽¹⁷⁾.

Os ambientes opressivos e monótonos dos hospitais e de assistência à saúde podem ser alterados por meio de uma variação sensorial olfativa pela utilização de OE. As notas alegres da laranja (*Citrus sinensis*) ou grapefruit (*Citrus paradisi*), o gerânio (*Pelargonium graveolens*) ou rosa (*Rosa damascena*), ou os aromas refrescantes de alecrim (*Rosmarinus officinalis*) ou manjerição (*Ocimum basilicum*) podem ser dispersas no ambiente através do uso de um difusor, pois modificam a percepção dos pacientes em relação ao meio em que estão inseridos. Pelo fato de os aromas estimularem a memória olfativa, o Enfermeiro pode envolver o cliente na escolha de aromas que evoquem lembranças e sensações agradáveis⁽¹⁷⁾.

Segundo alguns autores, a segunda Teoria de Enfermagem que pode ser refletida à luz da Aromaterapia é a de Jean Watson⁽¹⁷⁾. Esta teórica define que a cura é potencializada pelo cuidado transpessoal, e, nesse sentido, a Aromaterapia pode ser oferecida conjuntamente com o toque, a massagem ou por meio da aplicação suave diretamente na pele. Assim, a conexão humana pelo toque é afirmada como parte integrante da prática da Aromaterapia. Para Watson, a saúde é conceituada como uma harmonia integral na inter-relação pessoa-ambiente, e os OE podem criar uma sensação de harmonia com o meio ambiente por serem elementos orgânicos que trabalham em consonância com o corpo⁽¹⁷⁾.

Na Teoria de Watson o cuidado é holístico, interativo e baseia-se no atendimento transpessoal, o qual consiste no campo unitário da consciência e da energia, transcendendo tempo, espaço e fisicalidade, traduzindo-se em uma interação energética que ocorre entre Enfermeiro e paciente. O processo de *healing*, que não deve ser compreendido somente como cura, mas também como restauração/recomposição do ser, está inserido em um campo energético ambiental não invasivo⁽²⁷⁾, e nesse sentido a Aromaterapia se enquadra perfeitamente como intervenção de Enfermagem, uma vez que é uma PIC com bases holísticas, que pode ser utilizada de maneira ambiental e não invasiva. Os OE podem apresentar uma ação normalizadora – é o caso do hissopo (*Hyssopus officinalis*), que é sugerido como um regulador pressórico tanto para hiper quanto para hipotensão, e do ylang ylang (*Cananga odorata*), que pode ser aplicado em estados de depressão ou de aumento de atividade ou agitação⁽¹⁷⁾.

À luz da terceira Teoria proposta por outros autores⁽¹⁷⁾, a de Martha Rogers, a Enfermagem é considerada como

uma ciência humanística e humanitária, focada na descrição e explicação do ser humano como um todo sinérgico. Os princípios desta teoria são fundamentados na integralidade, ressonância e helicidade e abordam os conceitos de campos de energia em constante intercâmbio, como se fossem sistemas abertos, não sendo possível separar o ser humano do ambiente em que está inserido⁽²⁷⁾. Perante tal pressuposto, a Aromaterapia reflete a inter-relação entre as plantas e as pessoas, pois o padrão de energia do indivíduo exerce uma dinâmica de intercâmbio com o padrão de energia do vegetal, o qual está codificado no óleo essencial. Cada óleo essencial pode ser visto como um padrão de frequências vibratórias únicas, do mesmo modo que cada indivíduo é considerado um padrão único de frequências de energia, conforme proposto por Rogers.

O processo de mudança deve ser produzido pela participação ativa do Enfermeiro e do paciente. Em parceria, ambos podem selecionar os OE que agirão como facilitadores nesse processo, baseando-se em escolhas e experiências pessoais. O óleo de patchouli (*Pogostemon patchouli*), por exemplo, ajuda a conectar-se com a terra, trazendo uma sensação de segurança; os óleos derivados de cítricos, como a bergamota, a laranja e o grapefruit, podem aumentar a concentração e melhorar o humor. Outros OE utilizados com certa frequência para equilibrar e harmonizar campos de energia são os de olíbano (*Boswellia carteri*) e ylang ylang⁽¹⁷⁾.

Além das três teóricas citadas que foram correlacionadas por outros autores⁽¹⁷⁾, é possível identificar elementos racionais-teóricos referentes à Aromaterapia em outras cinco teorias e auxiliar nessa compreensão: Myra Levine, Hildegard Peplau, Callista Roy, Wanda Horta e Katharine Kolcaba. A Aromaterapia pode ser utilizada como artifício para o restabelecimento do indivíduo com o meio em que vive, contribuindo para melhorar a resposta do organismo aos agentes estressores. É proposto por Myra Levine que o Enfermeiro deve estar ciente da dependência e interação entre o indivíduo e o ambiente, auxiliando no processo de transformação pessoal e evitando que o estresse ocasionado por algum desequilíbrio altere os padrões de funcionamento do organismo humano, o que promove sua integridade⁽²⁷⁾.

O uso de OE contribui para a manutenção dos quatro princípios de conservação propostos por Levine. O princípio da conservação de energia, por exemplo, utilizando o óleo essencial de alecrim (*Rosmarinus officinalis*) para proporcionar mais disposição⁽¹⁷⁾; o princípio da conservação da integridade estrutural, com a utilização do de lavanda ou tea tree para promover cicatrização epitelial. O óleo essencial de tea tree tem demonstrado ser um agente promissor na área de enfermagem, sobretudo na estomaterapia. Enfermeiras conduziram um estudo demonstrando que ele pode auxiliar na cicatrização de feridas infectadas⁽²⁸⁾. O princípio da conservação da integridade pessoal é dado por meio do auxílio na tomada de decisões, e, nesse caso, pode ser usado o patchouli, para trazer segurança⁽¹⁷⁾. Um óleo essencial pode ser usado com a finalidade de promover maior interação social, convergindo com o princípio de conservação da integridade social, o que pode ser propiciado pelo uso ambiental do óleo de laranja⁽¹⁰⁾.

Na Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau, a Enfermagem deve voltar-se ao suporte às relações interpessoais para que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal, as quais são compartilhadas pelo Enfermeiro e pelo paciente⁽²⁷⁾. Para auxiliar o paciente no enfrentamento de situações estressantes, a intervenção de Enfermagem pode ser realizada por meio do uso do óleo de melissa (*Melissa officinalis*), o qual vem a contribuir para lidar com situações que geraram traumatismos emocionais⁽¹⁰⁾.

Callista Roy propõe um modelo em que a pessoa é compreendida como um sistema capaz de criar mudanças para se adaptar ao ambiente, no qual o nível de adaptação do indivíduo depende da habilidade e capacidade de mobilização para propiciarem mudanças. Neste caso, a Aromaterapia pode ser uma ferramenta para auxiliar no processo adaptativo e de enfrentamento⁽²⁷⁾. Um exemplo seria o uso do óleo de gerânio (*Pelargonium graveolens*), que pode ser usado para estabilizar vicissitudes de emoções causadas por situações traumáticas⁽¹⁷⁾. Para pacientes ortopédicos, que tiveram perda de autonomia e sofrem com baixa autoestima, os óleos de ylang ylang e rosa (*Rosa damascena*) ajudam a lidar com o trauma emocional e trabalham a autoestima^(10,16).

Embasando-se nas Teorias de Enfermagem, a Aromaterapia pode atuar como instrumento capaz de auxiliar no restabelecimento do equilíbrio, segundo proposto pela teórica brasileira Wanda Horta⁽²⁷⁾. Nesse sentido, poderia ser utilizado o óleo essencial de bergamota (*Citrus bergamia*) em um difusor ambiental ou durante o banho com a finalidade de reduzir a ansiedade e melhorar estados depressivos e de tristeza, além de proporcionar uma sensação revigorante, contribuindo para o restabelecimento do equilíbrio⁽¹⁰⁾.

Por fim, Teoria passível de se relacionar com a Aromaterapia é a Teoria do Conforto, descrita por Katharine Kolcaba. Para essa teórica, o Enfermeiro deve avaliar e identificar as necessidades de conforto do paciente, em âmbito físico, psicoemocional, social e ambiental, que não estão sendo supridas, propondo uma intervenção que contemple a satisfação das necessidades do indivíduo, de maneira holística⁽²⁹⁾. Nesse sentido, a Aromaterapia pode atuar como intervenção de Enfermagem para melhorar o conforto do paciente, de sua família ou comunidade, tanto no manejo de aspectos psico-físico-emocionais, quanto ambientais, promovendo alívio, tranquilidade ou transcendência que resultem em um estado de bem-estar. Dores físicas podem ser aliviadas por meio do uso ambiental do óleo de cravo (*Syzygium aromaticum*), por exemplo, que também possui propriedades antissépticas. Estados de ansiedade podem ser reduzidos utilizando-se o óleo de lavanda durante o banho ou massagens. Recentemente, um estudo conduzido por Enfermeiros veio indicar que a Aromaterapia, aplicada por meio de massagem com óleo de lavanda, tem se mostrado eficaz no alívio da ansiedade em pacientes com transtorno de personalidade durante a internação psiquiátrica, o que pôde ser observado por meio da redução da frequência cardíaca e respiratória dos participantes⁽³⁰⁾.

As interações sociais podem ser incentivadas ao serem aplicados óleos cítricos, que conferem um aspecto de leveza e alegria ao ambiente.

A Aromaterapia, embasada nas Teorias de Enfermagem, deve seguir o pressuposto de que os OE precisam dar suporte à integração harmônica na relação homem-ambiente⁽¹⁷⁾. A partir do exposto, propõe-se um Quadro-resumo (Quadro 1), fundamentando a Aromaterapia nos conceitos teóricos propostos pelas teóricas de Enfermagem mencionadas.

Com base no Quadro 1 e na premissa de que a Aromaterapia

terapia pode representar um artifício aplicado com a finalidade de alterar um padrão vibracional de um indivíduo, contribuindo para melhorar seu estado emocional, pode-se afirmar que esta é uma PIC passível de fundamentar-se nas Teorias de Enfermagem. Assim, propõe-se que tal prática seja utilizada como um instrumento de intervenção de Enfermagem, uma vez que os OE propiciam uma ação físico-psico-emocional.

Quadro 1 – Fundamentação da aplicação da Aromaterapia na Enfermagem segundo embasamento teórico de Teorias de Enfermagem – São Paulo, 2015.

Teorista	Teoria de Enfermagem	Associação dos princípios teóricos com a Aromaterapia
Florence Nightingale (1820-1910)	Teoria Ambientalista	Promovendo a limpeza ambiental, o relaxamento e atuando nas variações das sensações ambientais como um estímulo
Myra Estrin Levine (1967)	Teoria Holística	Auxiliar no processo de transformação do indivíduo, evitando que o estresse causado por algum desequilíbrio modifique o funcionamento harmônico do organismo, promovendo sua integridade
Hildegard Peplau (1952)	Teoria das Relações Interpessoais	Atua como suporte às relações interpessoais
Martha Rogers (1970)	Teoria do Ser Humano unitário – modelo conceitual do Homem	Associada ao cuidado, auxilia para que os indivíduos atinjam seu potencial máximo de saúde, tanto em âmbito físico quanto emocional
Sister Callista Roy (1970)	Teoria da Adaptação	Instrumento para auxiliar no processo adaptativo às mudanças inerentes à vida
Wanda de Aguiar Horta (1970)	Teoria das Necessidades Humanas Básicas	Instrumento capaz de restabelecer o equilíbrio para suprir as necessidades humanas
Katharine Kolcaba (2003)	Teoria do Conforto	Instrumento capaz de promover conforto ao paciente, em âmbito físico, psicoemocional, social e ambiental
Jean Watson (2005)	Teoria do Cuidado Transpessoal	Promoção e restauração da saúde por meio de mudanças nos padrões da inter-relação do campo energético do paciente com o ambiente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interfaces encontradas entre a aplicabilidade da Aromaterapia e as Teorias de Enfermagem contribuem para a divulgação e a implementação dessa terapia no contexto da assistência de Enfermagem. Os princípios humanistas e holísticos, pautados no relacionamento interpessoal e na

abordagem integral do ser humano, discutidos no âmbito da Enfermagem na atualidade, encontram ressonância com as práticas complementares como a Aromaterapia, contribuindo para a ampliação dos cuidados prestados no sentido de oferecer uma abordagem que atinja não somente o bem-estar físico, mas mental, emocional e espiritual dos pacientes.

RESUMO

A Aromaterapia é uma Prática ou Terapia Complementar de saúde que utiliza concentrados voláteis extraídos de plantas, os chamados óleos essenciais, com a finalidade de melhorar o bem-estar físico, mental e emocional. A Aromaterapia tem sido praticada histórica e mundialmente por Enfermeiros e, visto que no Brasil sua utilização possui respaldo pelo Conselho Federal de Enfermagem, torna-se relevante discutir essa prática no contexto da Enfermagem por meio das Teorias da Enfermagem. O presente estudo de reflexão teórica, exploratório e descritivo, tem como objetivo discorrer sobre a farmacognosia dos óleos essenciais, a trajetória histórica da Aromaterapia na Enfermagem e fundamentar a Aromaterapia à luz de oito Teóricas de Enfermagem (Florence Nightingale, Myra Levine, Hildegard Peplau, Martha Rogers, Callista Roy, Wanda Horta, Jean Watson e Katharine Kolcaba), contribuindo para a sua inserção como prática assistencial da profissão.

DESCRITORES

Aromaterapia; Terapias Complementares; Óleos Voláteis; Enfermagem; Teoria de Enfermagem.

RESUMEN

La Aromaterapia es una Práctica o Terapia Complementaria de salud que utiliza concentrados volátiles extraídos de plantas, los llamados aceites esenciales, con el fin de mejorar el bienestar físico, mental y emocional. La Aromaterapia ha sido practicada histórica y mundialmente por Enfermeros y, a la vista de que su empleo en Brasil tiene respaldo del Consejo Federal de Enfermería, se hace relevante discutir dicha práctica en el marco de la Enfermería mediante las Teorías de la Enfermería. El presente estudio de reflexión teórica, exploratorio y descriptivo tiene como objetivo discurrir acerca de la farmacognosia de los aceites esenciales, la trayectoria de la Aromaterapia en la Enfermería y fundamentar la Aromaterapia a la luz de ocho Teóricos de la Enfermería (Florence Nightingale, Myra Levine, Hildegard Peplau, Martha Rogers, Callista Roy, Wanda Horta, Jean Watson y Katharine Kolcaba), contribuyendo a su inserción como práctica asistencial de la profesión.

DESCRIPTORES

Aromaterapia; Terapias Complementarias; Aceites Volátiles; Enfermería; Teoría de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. Bethesda; 2008 [cited 2014 July 21]. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>
2. Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
3. World Health Organization. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Geneva: WHO; 2000.
4. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2002-2005. Geneva: WHO; 2002.
5. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971/2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-5.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.543/1995. Regulamenta a formação do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas não-Convencionais, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 15 dez. 1995. Seção 1, p. 21167.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, de 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1998.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC). Brasília; 2005.
10. Tisserand R. The art of aromatherapy. 2nd ed. Saffron Walden: CW Daniel; 2004.
11. Walters C. Illustrated elements of aromatherapy. New York: Metro Books; 1998.
12. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 64 de 2009. Dispõe sobre a regulamentação do exercício das atividades de terapias, a criação do Conselho Federal de Terapeutas e dos Conselhos Regionais de Terapeutas, suas atribuições e responsabilidades, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2015 jul. 21]. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/materia/getTexto.asp?t=61207>
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 197/1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem [Internet]. Brasília; 1977 [citado 2015 jul. 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1971997_4253.html
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 389/2011. Atualiza, no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação lato e stricto sensu concedidos a Enfermeiros e lista especialidades [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2015 jul. 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3892011_8036.html
15. Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise pautada em Barnaum. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):202-10.
16. Gnatta JR, Zotelli MFM, Carmo DRB, Lopes CLBC, Rogenski NM, Silva MJP. The use of aromatherapy to improve self-esteem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 July 21];45(5):1113-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a12.pdf
17. Smith MC, Kyle L. Holistic foundations of aromatherapy for nursing. Holist Nurs Pract. 2008;22(1):3-9.
18. Bakkali F, Averbeck S, Averbeck D, Idaomar M. Biological effects of essential oils - a review. Food Chem Toxicol. 2008;46(2):446-75.
19. Corazza S. Aromacologia: uma ciência de muitos cheiros. São Paulo: SENAC; 2002.
20. Potts J. Aromatherapy in nursing practice. Aust Nurs J. 2009;16(11):55.
21. Kamkaen N, Ruangrunsi N, Patalung NN, Watthanachaiyingcharoen R. Physiological and psychological effects of lemongrass and sweet almond massage oil. J Health Res. 2015;29(2):85-91.
22. Dorman HJ, Deans SG. Antimicrobial agents from plants: antibacterial activity of plant volatile oils. J Appl Microbiol. 2000; 88(2):308-16.
23. Baranska M, Schulz H, Reitzenstein S, Uhlemann U, Strehle MA, Krüger H et al. Vibrational spectroscopic studies to acquire a quality control method of Eucalyptus essential oils. Biopolymers. 2005;78(5):237-48.
24. Schulz H, Baranska M, Quilitzsch R, Schütze W, Lösing G. Characterization of peppercorn, pepper oil, and pepper oleoresin by vibrational spectroscopy methods. J Agric Food Chem. 2005;53(9):3358-63.
25. McDowell B. Nontraditional therapies for PICU. J Pediatr Nurs. 2005;10(1):29-32.
26. Andrei P, Del Comune AP. Aromaterapia e suas aplicações. Centro Universitário São Camilo. 2005; 11(4):57-68.
27. McEwen M, Wills E M. Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009.
28. Chin KB, Cordell B. The effect of tea tree oil (*Melaleuca alternifolia*) on wound healing using a dressing model. J Altern Complement Med. 2013;19(12):942-5.
29. Kocalba K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer; 2003.
30. Domingos TS, Braga EM. Massage with aromatherapy: effectiveness on anxiety of users with personality disorders in psychiatric hospitalization. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [cited 2015 July 21];49(3):450-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6234-reeusp-49-03-0453.pdf>