

Essências para a Vida: o Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

Essences for Life: The Use of Aromatherapy for the Promotion of Women Comfort in the First Stage of Labor

Esencias para la Vida: el Uso de los Aromas para la Promoción del Conforto de las Mujeres en el Primer Estadio del Trabajo de Parto

Khatidja Amirali¹; Madalena Salgado de Oliveira²

RESUMO

A escassa evidência dos benefícios da aromaterapia, enquanto medida não farmacológica de alívio da dor, contrasta com a crescente implementação desta técnica, em salas de partos portuguesas. No âmbito do Ensino Clínico desenvolvido numa destas Unidades num Hospital da grande Lisboa, pretendemos compreender o contributo dos aromas para a promoção do conforto das mulheres durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Utilizamos os aromas para a promoção do conforto destas mulheres e avaliamos a eficácia do seu uso.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, elaborada a partir de uma entrevista a um perito na área e mobilizada a Childbirth Comfort Questionnaire.

Os resultados obtidos, apontam benefícios para o relaxamento da mulher e para a relação enfermeira/mulher/casal, a qual sai fortalecida, pela presença constante da enfermeira junto destas, proporcionando maior apoio ao processo de transição para a parentalidade e potenciando o empoderamento das parturientes.

De salientar, ainda, que os enfermeiros/as que contactaram com esta técnica ficaram interessados/as em utilizá-la na sua prática de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE Aromaterapia, parturiente, trabalho de parto, conforto

ABSTRACT

The scarce evidence of the benefits of aromatherapy as a non-pharmacological measure of pain relief contrasts with the increasing implementation of this technique in Portuguese delivery rooms. In the scope of the Clinical Teaching developed in one of these Units in a Hospital of the great Lisbon, we intended to understand the contribution of the aromas to the promotion of women comfort during the first stage of labor. We used aromas to promote the comfort of these women and we evaluated the effectiveness of their use.

A narrative review of the literature was carried out, an interview was conducted with an expert in the area and the Childbirth Comfort Questionnaire was mobilized.

The results obtained indicate benefits for the woman's relaxation and for the nurse / woman / couple relationship, which is strengthened by the constant presence of the nurse with them, providing greater support to the process of transition to parenting and empowering the parturients.

It should also be pointed out that the nurses who contacted this technique were interested in using it in their practice of care.

KEY WORDS Aromatherapy, parturient, labor, comfort

RESUMEN

¹ Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, enfermeira na Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. email: khatidjaka@gmail.com

² Docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Mestre em Estudos sobre Mulheres Email: mmoliveira@esel.pt

La escasa evidencia de los beneficios de la aromaterapia, como una medida de alivio del dolor no farmacológico, contrasta con la creciente aplicación de esta técnica en las maternidades portuguesas. Bajo las prácticas clínicas desarrolladas en una de estas unidades en un Hospital de la Gran Lisboa, nuestro objetivo fue comprender la contribución de los aromas para promover el confort de las mujeres durante la primera etapa del parto. Utilizamos los aromas para la promoción del confort de estas mujeres y evaluamos la eficacia de su uso.

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, se elaboró una entrevista a un experto en el área y se movilizó la Childbirth Comfort Questionnaire.

Los resultados obtenidos, apuntan beneficios para el relajamiento de la mujer y para la relación enfermera / mujer / pareja, la cual sale fortalecida, por la presencia constante de la enfermera junto a éstas, proporcionando mayor apoyo al proceso de transición hacia la parentalidad y potenciando el empoderamiento de las parturientas.

De destacar, además, que los enfermeros / as que se contactaron con esta técnica quedaron interesados en utilizarla en su práctica de cuidados.

PALAVRAS CLAVE Aromaterapia, parturiente, trabajo de parto, confort

INTRODUÇÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011a, p.2), a missão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO) “passa por promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o trabalho de parto”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), uma tarefa importante da pessoa que assiste o parto é ajudar a mulher a lidar com a dor durante o trabalho de parto (TP). A OE (2015, p. 44) defende que essa dor “é positiva e tem um propósito, a mulher tem que confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir”. No entanto, e segundo Gayeski e Bruggemann (2010, p. 775) “algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam”.

Durante a gravidez, verifica-se um aumento da vascularização nas vias aéreas superiores, condicionada pelos níveis elevados de estrogénio (Lowdermilk e Perry, 2009). Esta condição fisiológica, juntamente com o aumento da progesterona, leva a um apuramento do sentido do olfato durante este período. A evidência sugere que a grávida tem mais

apetência para alimentos que lhe fazem falta (por carência de determinados minerais ou vitaminas) e recusa, através do cheiro, alimentos nocivos para ela e para o feto (alimentos estragados, por exemplo). Um estudo realizado em 2007 aponta para um aumento do sentido do olfato durante a gravidez, ficando as mulheres mais sensíveis para determinados odores, principalmente no que toca a alimentos (Cameron, 2007). No entanto, os estudos não são consensuais.

De acordo com Cunha e Roque (2013, p. 19), a aromaterapia pode ser definida como “um meio de tratamento que utiliza óleos essenciais direta ou indiretamente”, sendo considerada uma medicina complementar importante.

No âmbito do Ensino Clínico desenvolvido no Bloco de Partos de um Hospital da grande Lisboa, pretendemos compreender o contributo dos aromas para a promoção do conforto das mulheres durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Utilizámos os aromas para a promoção do conforto destas mulheres e avaliamos a eficácia do seu uso.

A implementação do conceito de conforto de Kolcaba permitiu otimizar as condições assistenciais a estas mulheres/casais, promovendo o seu empoderamento e a sua autonomia e, assim também, apoiar o processo de transição para a parentalidade.

QUADRO TEÓRICO

Teoria do Conforto

Apesar do interesse manifestado por outras teóricas de enfermagem sobre o conforto, foi Katharine Kolcaba que se dedicou à conceptualização e operacionalização deste conceito com a criação da teoria do conforto, que é considerada uma teoria de médio alcance para a prática de saúde, educação e investigação.

Kolcaba (1994) definiu, inicialmente, o conforto como o estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas. O alívio é o estado em que uma necessidade presente foi satisfeita, tendo a pessoa restabelecido o seu funcionamento habitual. O alívio é essencial para o retorno às funções do ponto anterior à necessidade, sendo este o único estado que pressupõe um desconforto prévio. A tranquilidade pode ser definida como um estado de calma ou contentamento, essencial para um desempenho eficiente. Esta pressupõe a ausência de condições que a ponham em causa, como stress ou angústia. A transcendência, por sua vez, é entendida como o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação. (Kolcaba, 1994).

A definição de conforto foi, posteriormente, crescendo do seu conceito mais básico, até incorporar os quatro contextos em que pode ser experimentado: o contexto físico, que diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural, que remete para as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psico-espiritual, que tem a ver com a autoestima, sexualidade e o sentido de vida/espiritualidade, e o contexto ambiental, que envolve aspetos como a luz, ruído, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais e artificiais do meio. (Kolcaba, 2003)

Neste sentido, os enfermeiros/as podem desenvolver cuidados de conforto, atendendo às duas dimensões da teoria de Kolcaba, respetivamente: os três estados de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência - e os quatro contextos em que o mesmo pode ser experienciado - físico, ambiental, psico-espiritual e social (Kolcaba, 2003).

Para esta autora, a enfermagem é a apreciação inicial e intencional das necessidades de cuidados aquando da ocorrência de uma ou mais situações que causem stress no indivíduo - “forças obstrutivas”, a conceção de medidas de conforto para satisfazer essas necessidades - “forças facilitadoras” e, por fim, a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação das medidas, em comparação com a anterior linha de base (Kolcaba, 2003). Esta reapreciação pode obter-se através da aplicação dos questionários desenvolvidos por Kolcaba.

Sistema Límbico

O conhecimento das bases neurais dos processos emotivos teve um grande avanço no final do século XX, quando foram descobertas novas conexões do sistema límbico. Há um consenso entre diversos autores que as estruturas do sistema límbico se relacionam com os instintos, as emoções e a memória (Barreto e Silva, 2010).

O sistema límbico é, assim, a unidade responsável pelas emoções e comportamentos sociais, estando envolvido na formação da memória, a longo prazo e fortemente associado com as estruturas olfatórias (MedlinePlus, 2016). Assim sendo, o olfato tem uma intimidade única com a emoção.

Segundo Damásio (2010), as emoções podem ser classificadas em três categorias: emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais. As emoções primárias incluem medo, raiva, nojo, surpresa, tristeza, felicidade e são manifestadas através das expressões faciais. As emoções de fundo relacionam-se com a energia ou o entusiasmo e conduzem ao mal-estar ou bem-estar da pessoa. As emoções sociais, por sua vez, resultam da combinação de componentes das emoções primárias, no processo de socialização, e incluem simpatia, compaixão, embaraço,

vergonha, culpa, orgulho, ciúme, inveja, gratidão, admiração, indignação e desprezo. (Damásio, 2010)

No que concerne ao trabalho de parto, Michel Odent (2008) afirma que “a ocitocina é a hormona-chave no processo de nascimento (...) mas é uma hormona tímida. Se entendermos esse ponto, podemos explicar tudo.” Quando a mulher percebe o ambiente como hostil, pelo excesso de estímulos ambientais (físicos e humanos), aumenta substancialmente os seus níveis de ansiedade e stress que irão interferir na fisiologia hormonal do nascimento (entendidos racionalmente pela mulher como “sinais de perigo”), aumentando os níveis das catecolaminas e predispondo o “reflexo de fuga ou luta”, com repercussões ao nível da redução da tolerância à dor, abrandamento do TP, subsequente compromisso da oxigenação fetal e aumento da necessidade de intervenção (Buckley, 2015).

Numa perspetiva fisiológica, numa situação de medo, elevam-se os níveis de adrenalina, o sistema nervoso simpático é ativado e gera-se o stress, um mecanismo biológico adaptativo e de defesa (Gayeski e Bruggemann, 2010).

Neste contexto, a inalação por difusão de óleos essenciais, estimula a libertação de neurotransmissores que reduzem a dor através da produção de sensações de euforia e prazer. Os níveis de adrenalina são reduzidos, bem como a ansiedade e o medo, o que facilita a produção normal de ocitocina e um TP fisiológico (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson e Loyd, 2000).

A aromaterapia clínica é uma prática reconhecida como parte integrante da enfermagem holística por entidades como a American Holistic Nurses Association e o Royal College of Midwives.

O Trabalho de Parto

O primeiro estágio do TP divide-se em três fases: latente, ativa e de transição (Lowdermilk e Perry, 2009).

A fase latente inicia-se com a percepção materna de contratilidade uterina regular, verificando-se, habitualmente, grandes progressos no processo de apagamento do colo, mas poucos na descida do feto. Esta fase decorre até aos 4 cm de dilatação, de acordo com as indicações da OMS (2007). A fase ativa inicia-se aos 4-6cm de dilatação cervical (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016) e conclui-se na dilatação completa, com o início dos esforços expulsivos. A fase de transição é uma fase curta, que precede a dilatação completa, iniciando-se aos 8 cm de dilatação (Lowdermilk e Perry, 2009). As contrações uterinas no primeiro estágio do TP são dolorosas e involuntárias. A dor está relacionada com vários fatores: hipóxia miometral, provocada pela

compressão dos vasos que o irrigam; compressão dos nervos do colo e do segmento inferior, pela contração dos feixes musculares; estiramento do colo durante a dilatação; estiramento do peritонеu adjacente (Graça, 2010).

De facto, a sensação dolorosa é um dos elementos mais citados pelas mulheres e a sua ausência favorece o sentimento de bem-estar no primeiro estágio do TP (Carraro, Knobel, Radunz, Meincke, Fiewski, Frello, Martins, Lopes, Berton, 2007).

Por este motivo, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) e a OE (2012) defendem que todas as parturientes devem poder contar com o recurso a métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, uma vez que este alívio “contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ser um dos cuidados prioritários” do enfermeiro especialista nesta área (OE, 2013, p. 1). Além disso, facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor e evitar a utilização, por rotina, de controlo farmacológico da dor, são práticas promotoras do parto normal (APEO e OE, 2012).

No entanto, e segundo a OE (2013, p. 1), as técnicas não farmacológicas, intervenções autónomas do EE ESMO, “são um recurso pouco utilizado para alívio da dor durante o TP”.

MÉTODO

Para mapear a evidência científica existente em relação ao uso dos aromas na promoção do conforto das mulheres no primeiro estágio do TP, foi elaborada uma *scoping review*, de acordo com o protocolo do Joanne Briggs Institute (JBI), intitulada “O Uso dos Aromas para a Promoção do Conforto das Mulheres no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto”, em Junho de 2016, tendo a pesquisa sido atualizada em Março de 2017 e em Maio de 2018. Partiu-se da questão “Qual o contributo dos aromas para a promoção do conforto das parturientes no primeiro estágio do TP?”, aplicando-se a mnemónica PCC: População (mulheres no primeiro estágio do TP) – Conceito (aromas para a promoção do conforto) – Contexto (sala de partos).

Como limitadores de pesquisa, foram selecionados artigos escritos em português, inglês ou espanhol e publicados a partir do ano 2000 (desenho do estudo). Quanto aos critérios de inclusão, selecionaram-se estudos com parturientes no primeiro estágio do TP (população), que abordassem a utilização dos aromas para a promoção do conforto durante o primeiro estágio do TP (conceito); e que tenham sido realizados na sala de partos (contexto).

As bases de dados utilizadas, na primeira pesquisa, foram a MEDLINE e a CINAHL, através da plata-

forma EBSCO e do sítio informático da ESEL. A escolha destas duas bases de dados deveu-se ao fato de serem consideradas as bases de dados de referência, para artigos científicos relacionados com a área da saúde. Houve também recurso a literatura cinzenta, através da plataforma Google e Google Scholar.

A pesquisa na MEDLINE e na CINAHL foi efetuada em separado tendo sido selecionados apenas termos indexados. Em relação à MEDLINE foram utilizados os termos indexados: women, pregnant women, first labor stage, obstetric labor (população); aromatherapy (conceito); delivery rooms (contexto). Quanto à CINAHL, foram utilizados os termos indexados: women, female, expectant mothers, first labor stage, labor, management of labor, labor (população); aromatherapy, essential oils (conceito); delivery rooms (contexto).

Estes termos foram cruzados, em cada base de dados, utilizando as expressões booleanas AND e OR, para refinar a pesquisa, resultando em 11 artigos. Após a remoção dos duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos três artigos quantitativos - dois estudos randomizados controlados e um estudo observacional.

Como o número de artigos encontrado foi escasso, realizou-se uma segunda pesquisa, através da mesma plataforma, em outras duas bases de dados de referência, MedLatina e Academic Search Complete, também em separado, utilizando a fórmula de pesquisa "Women AND Labor AND Aromatherapy" (termos naturais, uma vez que nestas bases de dados não existem termos indexados). Na MedLatina não foram encontrados artigos. No entanto, a pesquisa na Academic Search Complete resultou em 16 artigos, dos quais apenas 1 cumpria os critérios de inclusão desta scoping review, mas já tinha sido obtido através da primeira pesquisa.

A pesquisa em literatura cinzenta resultou em artigos que não cumpriam os critérios de inclusão, mas forneceram contributos importantes para a discussão dos resultados, uma vez que correspondiam a alguns critérios: pertinência (em relação à temática em estudo), atualidade (artigos a partir de 2000), rentabilidade (guidelines em vigor em instituições hospitalares) e autores de referência na área.

Os artigos obtidos foram lidos criteriosamente antes de serem incluídos e os dados quantitativos foram extraídos utilizando o instrumento padronizado da JBI para estudos experimentais e observacionais.

Em termos de resultados, e tendo em conta a temática em estudo, emergiram três áreas temáticas, que serão descritas seguidamente.

RESULTADOS

Influência dos aromas na ansiedade e percepção da dor

O uso de óleos essenciais (lavanda, incenso, rosa) ajuda a reduzir a ansiedade e a dor, o que se reflete na solicitação de medidas farmacológicas de alívio da dor (como a analgesia epidural), cuja solicitação é menor em comparação com as mulheres que não utilizaram a aromaterapia (Burns, Blamey, Ersser, Barnettson e Loyd, 2000). Esta redução da ansiedade e da dor é mais notória nas mulheres nulíparas. No entanto, nas mulheres multíparas, apesar de não haver uma redução da dor, esta mantém-se constante e não tem valores elevados, quando há uma tendência para o aumento da dor e ansiedade à medida que o TP progride (Burns, Zobbi, Panzeri, Oskrochi e Regalia, 2007).

Maddocks-Jennings e Wilkinson (2004) afirmam que a inalação de óleos essenciais pode, de facto, reduzir a ansiedade e que as mulheres que utilizaram óleos essenciais lidaram melhor com a dor do TP, solicitando menos analgesia.

Também Indra (2017) concluiu, no seu estudo, que 50% das mulheres no primeiro estágio do TP teve dor intensa e 50% dor muito intensa após a aplicação da aromaterapia, enquanto que a grande maioria das mulheres que não foram submetidas a aromaterapia sentiram a pior dor alguma vez sentida (96,7%) e dor muito intensa (3,3%). Este autor afirma que a aromaterapia é eficaz no alívio da dor do primeiro estágio do TP e proporciona maior conforto e satisfação ao longo deste período.

Ação dos aromas sobre as náuseas e/ou vômitos

O uso de um determinado óleo essencial (menta) ajuda a reduzir as náuseas e/ou vômitos das mulheres, característicos do primeiro estágio do TP e também após a administração de analgesia epidural (Burns, Blamey, Ersser, Barnettson e Loyd, 2000; Toda e Morimoto, 2011).

Também durante o primeiro trimestre, a inalação de outro óleo essencial (limão) reduz a ocorrência de náuseas e vômitos (Yavari, Safajou, Shahnazi, Nazemiyeh, 2014), que ocorrem em cerca de metade das grávidas, devido a alterações do trato gastrointestinal e ao aumento sistémico dos níveis da hormona β -gonadotrofina coriônica humana (Lowdermilk, Perry, Bobak, 2002).

Segurança do uso dos aromas

De acordo com os estudos analisados, o uso de óleos essenciais não tem efeitos adversos para a mãe ou para o recém-nascido (Burns, Zobbi, Panzeri, Oskrochi e Regalia, 2007), sendo que os óleos utiliza-

dos nos estudos estão listados na International Federation of Professional Aromatherapists como seguros (Indra, 2017). Contudo, algumas mulheres referiram determinados sintomas (náuseas, prurido, cefaleias, TP precipitado), sendo difícil perceber se estes se deveram à aromaterapia ou a outros fatores, como o próprio TP (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson e Loyd, 2000).

Em relação à segurança do uso dos aromas, Buckle, Ryan e Chin (2014), referem que os enfermeiros são treinados para compreender as contra-indicações e precauções da utilização de óleos essenciais nesta população específica, revendo sempre a história clínica, nomeadamente a existência de alergias, antes da administração dos óleos.

Gutteridge (2014), reforça ainda que a Nursing and Midwifery Council recomenda que os profissionais que utilizam os aromas tenham competências específicas e que trabalhem de acordo com as guidelines do National Health System.

Foi interessante verificar que dois dos estudos analisados (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson e Loyd, 2000; Burns, Zoppi, Panzeri, Oskrochi e Regalia, 2007) foram pioneiros em investigar o efeito dos aromas no TP. De acordo com Allright e Pidgeon (2003), a par-

rante o TP, que referiu que, pelo feedback que recebe das parturientes/casais com quem trabalha, “os óleos essenciais são uma mais valia para a mulher e para o bebé”.

Para Kolcaba (2003), as necessidades de cuidados surgem de uma ou mais situações que causam um desequilíbrio no indivíduo ou défices causados por estímulos que causam tensões negativas quando as “forças obstrutivas” superam as “forças facilitadoras”. Desta forma, os pressupostos desta teoria são passíveis de serem utilizados na prática clínica com ganhos em saúde para a mulher a vivenciar o TP, uma vez que qualquer intervenção que aumente o conforto, torna a mulher mais apta e disponível para o TP. Os enfermeiros especialistas nesta área desempenham, assim, um papel fundamental no alívio das necessidades fisiológicas e na promoção de um ambiente tranquilo, através de intervenções autónomas, como a utilização dos estímulos sensoriais, que apoiem a mulher/casal/convivente significativo a experienciar o maior conforto possível na sua experiência de parto.

Estes pressupostos foram mobilizados na prática de cuidados durante o Ensino Clínico referido, conforme exposto no quadro nº 1.

Quadro n.º 1 - Mobilização da Teoria do Conforto de Kolcaba

Pressupostos teóricos de Kolcaba	Transferência para a prática Clínica
Tipo de conforto	
Alívio	Satisfação de necessidades específicas da parturiente/casal
Tranquilidade	Promoção do estado de calma
Transcendência	Apoio no controlo da dor
Contexto do conforto	
Físico	Informação sobre as modificações corporais ao longo do trabalho de parto
Psico-espiritual	Confiar nas suas capacidades
Ambiental	Preocupação em proporcionar um ambiente tranquilizador
Social	Apoio ao casal na vinculação e transição para a parentalidade

tir do primeiro estudo, a solicitação da aromaterapia por parte das mulheres nas maternidades teve um aumento significativo, sendo que, atualmente, existem algumas guidelines implementadas no Reino Unido pelo National Health System, nomeadamente “Administration of Aromatherapy with Childbearing Women” (Março, 2012) e “Use of Aromatherapy on The Birthing Unit” (Março, 2013).

Apesar da evidência apresentada, esta temática ainda não está muito explorada, sendo escassos os estudos.

De acordo com a JBI (2014, p. 16), na ausência de estudos, a opinião dos peritos, sob a forma de guidelines, relatórios ou discursos dos profissionais, podem representar “a melhor evidência”.

Assim sendo, tornou-se fulcral, a entrevista a um profissional perito na implementação de aromas du-

Para avaliar o conforto das mulheres em TP introduziu-se a *Childbirth Comfort Questionnaire* (CCQ). Este instrumento foi criado em 1999, especificamente para o uso em grávidas em TP e oferece elementos para se identificarem as várias dimensões do conforto. O CCQ foi adaptado do questionário geral do conforto de Kolcaba por Kerri Schuiling, com o objetivo de medir o conforto de mulheres saudáveis, que estavam pela primeira vez a passar pela experiência de um parto por via vaginal. Segundo esta autora, “assim como a saúde é muito mais do que a mera ausência de doença, o conforto pode ser experienciado mesmo na presença de grande dor” (traduzido de Schuiling e Sampselle, 1999, p. 79).

Em 2008, a CCQ foi traduzida e validada para a população portuguesa, tendo sido solicitada a autorização à respetiva autora para a utilizar neste âmbito.

No decorrer da prestação de cuidados à parturiente, a mesma era informada acerca do objetivo do uso dos aromas através de uma carta explicativa e, após assinar o consentimento informado, o instrumento era preenchido pelo profissional com base na percepção da parturiente, para avaliação das necessidades e adequação dos cuidados.

Os aromas utilizados, e escolhidos por um perito na área, foram o aroma lavandula angustifolia e o óleo de tangerina - citrus reticulata – consoante a preferência da parturiente, já que ambos têm um efeito relaxante e calmante, sendo seguros neste contexto. Foi adquirido um difusor com vibração a frio para não alterar as propriedades dos óleos essenciais.

A caracterização sociodemográfica das parturientes que utilizaram os aromas está descrita no quadro nº 2 e os dados clínicos constam no quadro 3.

O grau de dor foi avaliado com recurso à escala

numérica (DGS, 2003), antes da implementação de qualquer método (farmacológico ou não farmacológico) e foi sendo reavaliado no decorrer do primeiro estágio do TP, com recurso à CCQ. Os aromas, embora não isoladamente porque complementavam os outros métodos (respiração, bola de nascimento, deambulação, cromoterapia, hidroterapia), contribuíram, segundo os testemunhos das parturientes, para uma sensação de bem-estar.

Os resultados obtidos, tendo em conta os testemunhos das mulheres, foram divididos em 2 categorias:

- Relaxamento, obtido através da diminuição da ansiedade, alívio da dor e tranquilidade (tipos de conforto)

- Empoderamento, que advém da promoção do conforto psico-espiritual (contexto ambiental)

Os relatos das mulheres após a utilização dos aromas, constam do quadro n.º 4.

Quadro n.º 2 - Caracterização Sociodemográfica das Parturientes que utilizaram os Aromas

Idade	Nacionalidade	Escolaridade	Profissão	Acompanhante
18	Portuguesa	3º Ciclo	Estudante	Namorado
19	Portuguesa	3º Ciclo	Desempregada	Namorado
19	Angolana	3º Ciclo	Lojista	Mãe
23	Portuguesa	Secundário	Esteticista	Namorado
24	Cabo-verdiana	3º Ciclo	Desempregada	Namorado
24	Portuguesa	3º Ciclo	Lojista	Namorado
28	Guineense	9º ano	Cozinheira	-----
30	Cabo-verdiana	1º Ciclo	Empregada Limpeza	Prima
30	Portuguesa	Secundário	Operadora Call Center	Pai do Bebê
31	Angolana	Licenciatura	Bancária	Marido
32	Portuguesa	Licenciatura	Técnica radiologia	Marido
38	Cabo-verdiana	3º Ciclo	Desempregada	Marido

Quadro n.º 3 - Dados Clínicos Relevantes das Parturientes que utilizaram os Aromas

IG	IO	Grau de Dor	Analgesia	Tipo de Parto
38s+6d	0000	6	Epidural	Eutócico
40s+2d	0010	8	Epidural	Eutócico
38s+4d	0020	6	Sequencial	Cesariana
39s+1d	0000	6	Epidural	Eutócico
39s+3d	0020	8	Epidural	Eutócico
38s+6d	1001	7	Epidural	Eutócico
40s+4d	0000	6	Sequencial	Eutócico
40s+6d	1011	9	-----	Eutócico
39s+4d	0010	8	Epidural	Cesariana
41s+2d	0000	6	Epidural	Cesariana
39s+1d	0000	7	Epidural	Ventosa
41s+1d	1011	6	Sequencial	Cesariana

Quadro n.º 4 - Testemunhos das Parturientes após os Aromas

Relaxamento	“Já não estou tão nervosa.”
	“Acho que estou mais calma...”
	“Estou menos preocupada. Tenho sono...”
	“Sinto-me tranquila.”
	“Estou melhor sim. Sinto-me bem agora.”
	“Estou mais calma.”
	“Sinto-me menos sozinha.” (parturiente assustada porque na Guiné é mau prognóstico ficar sozinha no quarto; o marido está a trabalhar e ela não tem ninguém que possa vir acompanhá-la).
	“Estou mais tranquila.”
	“Sinto-me mais relaxada... Consegui dormir um bom bocado.”
	“Já estou aqui há muito tempo, mas agora sinto-me menos nervosa...”
Empoderamento	“Já conhecia a aromaterapia porque o meu marido é fisioterapeuta e tem um colega a aplicar um projeto sobre musicoterapia, e às vezes falamos sobre estes métodos complementares, mas ainda não tinha experimentado. Gostei, sinto-me mais tranquila.”
	“Agora já acredito mais que este parto pode ser normal...” (o parto anterior foi uma cesariana).

Mousley (2004), auditou uma pequena maternidade em Inglaterra que introduziu a aromaterapia em 2000, de modo a avaliar a satisfação materna, entre outros parâmetros. O autor concluiu, de facto, que as mulheres sentiram **relaxamento** e **empoderamento** com o uso da aromaterapia. Em relação ao empoderamento, a *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (2009), defende que a grávida deve dispor de uma informação suficiente e objetiva em cada etapa do processo de gravidez, de forma a que possa tomar decisões conscientes. O empoderamento da grávida visa, assim, uma intervenção integrada e sistemática que assegure uma continuidade dos cuidados durante os períodos pré, intra e pós-natal.

No Reino Unido, foram realizadas outras auditorias à maternidades que implementaram a aromaterapia. Nesta sequência, Pollard (2008), refere que 70% das mulheres consideraram a aromaterapia eficaz para reduzir a dor e a ansiedade e aumentar a sensação de bem-estar durante o TP.

Kaviani, Azima, Alavi e Tabaei (2014), estudaram especificamente o efeito da lavanda na percepção de dor e concluíram que a lavanda ajudou a reduzir a mesma nas parturientes, sendo que a auto-avaliação das mulheres mostrou que se sentiam mais confortáveis.

Parece importante referir também o estudo de Gutteridge (2014), no mesmo contexto, o qual percebeu que as mulheres referiram que os óleos essenciais tiveram um efeito positivo durante o TP, independentemente do tipo de parto.

De acordo com Dhany, Mitchell e Foy (2012), incorporar medicinas complementares (como a aromaterapia)

na prática dos cuidados, permite uma abordagem holística que se centra, não só no corpo, mas também na mente e no espírito da pessoa de quem cuidamos, bem como no ambiente que a rodeia.

Considerações Éticas

Neste trabalho foram assegurados os princípios éticos (não maleficência, autonomia, beneficência e justiça), assim como garantidas a confidencialidade e o anonimato das mulheres/casais para a utilização dos aromas durante o TP.

Foi previamente efetuado um pedido de autorização para a implementação do projeto, dirigido à enfermeira-chefe do serviço em questão.

CONCLUSÕES

O uso dos óleos essenciais no primeiro estágio do TP reduz a utilização de opióides sistémicos, tem um custo relativamente baixo e aporta um índice muito baixo de efeitos adversos (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson e Loyd, 2000). Além disso, tem benefícios para as parturientes e para os recém-nascidos e facilita o desenvolvimento de uma relação harmoniosa entre o/a EE ESMO e a parturiente, de empatia e suporte, que se estende ao companheiro (Burns, Zobbi, Panzeri, Osbrochi e Regalia, 2007). Proporciona, ainda, ao enfermeiro/a fazer uso da sua esfera de autonomia em prol de cuidados de excelência durante o primeiro estágio do TP, tal podendo aumentar também a satisfação profissional (Allright e Pidgeon, 2003).

Na opinião das autoras, o uso dos aromas, mais do que “eliminar a dor”, permitiu ajudar as parturientes a compreender a função desta durante o TP, a sua

fisiologia e o propósito das contrações, contribuindo para orientar as mulheres para a gestão da dor. Em suma, empoderá-la de estratégias para ter o controlo do seu corpo e fazer uso da sua autonomia preparando-se para o nascimento do seu bebé.

Os resultados deste trabalho foram apresentados aos enfermeiros do serviço onde decorreu o Ensino Clínico em questão, tendo estes manifestado interesse em adotar este método na sua prática de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allright, E. & Pidgeon, K. (2003). Supporting Mothers and Midwives with Aromatherapy: a Relaxing Dream Come True. *Midwifery Matters*, 99, p. 4-9

APEO e OE (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: OE

Barreto, J. e Silva, L. (2010). Sistema Límbico e as Emoções – Uma Revisão Anatómica. *Fortaleza: Revista Neurociência*, 18, p. 386-394

Buckle, J.; Ryan, K.; Chin, K. (2014). Clinical Aromatherapy for Pregnancy, Labor and Postpartum. *International Journal of Childbirth Education*, 4, p. 21-27

Buckley, S. (2015). Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education*, 24, p. 145-153

Burns, E.; Blamey, C.; Ersser, S.; Barnetson, L.; Lloyd, A. (2000). An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice. *Oxford Brookes University: England Report N° 7*

Burns, E.; Zobbi, V.; Panzeri, D.; Oskrochi, R.; Regalia, A. (2007). Aromatherapy in Childbirth: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Oxford: BJOG*

Cameron, E. (2007). *Measures of Human Olfactory Perception During Pregnancy*. Oxford University Press: Chemical Senses, 32, p. 775-782

Carraro, T.; Knobel, R.; Radúnz, V.; Meinicke, S.; Fiewski, M.; Frello, A.; Martins, M.; Lopes, C.; Berton, A. (2007). Cuidado e Conforto durante o Trabalho de Parto e Parto: na Busca pela Opinião das Mulheres. *Florianópolis: Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 15, p. 97-104

Cunha, A. e Roque, O. (2013). *Aromaterapia – Fundamentos e Utilização*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-1491-1

Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência*. Lisboa: Temas e Debates. ISBN: 978-989-644-120-3

Dhany, A.; Mitchell, T.; Foy, C. (2012). Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, p. 932-938

DGS (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3

Gayeski, M. e Bruggemann, O. (2010). *Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor no Trabalho de Parto: uma Revisão Sistemática*. Florianópolis:

Revista Texto e Contexto Enfermagem, 19, p. 774-782

Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal (4ª Ed.)*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-654-8

Gutteridge, K. (2014). *The Multisensory Approach to Birth and Aromatherapy*. *The Practising Midwife*, 17, p. 26-29

Indra, V. (2017). A Study to Assess the Effectiveness of Aromatherapy during First Stage of Labour Among Women in Selected Hospitals, Puducherry. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 7, p. 495-498

Joanna Briggs Institute (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014*. Adelaide: JBI

Kaviani, M.; Azima, S.; Alavi, N.; Tabaei, M. (2014). The Effect of Lavender Aromatherapy on Pain Perception and Intrapartum Outcome in Primiparous Women. *British Journal of Midwifery*, 22, p. 30-33

Kolcaba, K. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, p. 1178-1184

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7

Lowdermik, D. e Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade (7ª Ed.)*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1

Lowdermik, D.; Perry, S.; Bobak, I. (2002). O Cuidado em Enfermagem Materna (5ª Ed.). Porto Alegre (Brasil): Artmed. ISBN: 85-7307-787-5

Maddocks-Jennings, W. e Wilkinson, J. (2004). *Aromatherapy in Nursing: Literature Review*. *Journal of Advanced Nursing*, 48, p. 93-103

MedlinePlus (2016). *Limbic System*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <https://medlineplus.gov/ency/imagepages/19244.htm>

Mousley, S. (2004). *Audit of an Aromatherapy Service in a Maternity Unit. Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, p. 205-210

Odent, M. (2008). *Parto Humanizado vs Parto Animalizado (Seminário Belo Horizonte pelo Parto Normal)*. Acedido a 17/07/2018. Disponível em <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2016/01/a-prioridade-hoje-e-mamiferizar-o-parto-por-michel-odent/>

OE (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE

OE (2013). *Influência da Posição de Parto na Mãe e no Recém-Nascido*. Lisboa: MCEESMO-OE

OE (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/EE ESMO*. Lisboa: OE.

OMS (1996). *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. Geneva: World Health Organization

OMS (2007). *Obstetric Safety Protocols*. Acedido a 18/05/16. Disponível em <http://www.who.int/surgery/publications/Obstetricsafetyprotocols.pdf>

Pollard, K. (2008). *Introducing Aromatherapy as a Form of Pain Management into a Delivery Suite*. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 103, p. 12-16

Schulling, K. e Sampsel, C. (1999). *Comfort in Labor and Midwifery Art*. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, p. 77-82

Toda, M. e Morimoto, K. (2011). *Evaluation of Effects of Lavender and Peppermint Aromatherapy using Sensitive Salivary Endocrinological Stress Markers*. *Stress Health*, 27, p. 430-435

Yavari, K.; Safajou, F.; Shahnaizi, M.; Nazemiyeh, H. (2014). *The Effect of Lemon Inhalation Aromatherapy on Nausea and Vomiting of Pregnancy: a Double-Blinded, Randomized, Controlled Clinical Trial*. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16