

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDENCIA EM ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

NÁDIA YOSHI RIBEIRO HIGA
RINARAALMEIDA
MARIANA PIRES DIAS

**EFEITO DA AROMATERAPIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA**

UBERLÂNDIA

2021

NÁDIA YOSHI RIBEIRO HIGA
RINARA ALMEIDA
MARIANA PIRES DIAS

**EFEITO DA AROMATERAPIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da
Universidade Federal de Uberlândia.

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional
em Saúde – Área de Concentração Atenção em
Oncologia

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria de Carvalho

UBERLANDIA
2021

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Estratégia de busca utilizada nas bases de dados	8
Figura 1 – Diagrama de fluxo da seleção dos artigos científicos encontrados nas bases de dados (PubMed, Cochrane, Scopus e Web of Science)	11
Tabela 2 – Resultados do domínio “Overall valuation of life” RSCL.....	13
Figura 2 – Gráfico de risco de viés sobre cada item, apresentado como porcentagem de todos os estudos incluídos	15
Figura 3 – Análise dos julgamentos dos autores sobre cada item de risco de viés para cada estudo incluído	16

SUMÁRIO

Elementos textuais	5
Resumo e Abstract	5
Introdução	6
Metodologia	7
Critérios de elegibilidade	7
Critérios de exclusão	8
Estratégia de busca	8
Extração dos dados	9
Qualidade dos estudos e risco de viés	10
Resultados	10
Seleção	10
Característica dos estudos	11
Característica dos programas de avaliação	15
Qualidade dos estudos	15
Discussão	16
Conclusão	18
Referências	19

Efeito da aromaterapia sobre a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos: revisão sistemática

Nádia Yoshi Ribeiro Higa; Rinara Almeida; Mariana Pires Dias; Lucas dos Santos
Galaverna; Eliane Maria de Carvalho

RESUMO

Entendendo a complexidade de pacientes oncológicos em cuidados paliativos e o espaço de atuação que as práticas alternativas e complementares têm no SUS para tratamentos com abordagens holísticas, esta revisão sistemática tem como objetivo analisar o efeito da aromaterapia na qualidade de vida dos indivíduos em questão. Para isso, foi realizada uma busca sistemática nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science e Cochrane Library até o período de julho/2021 com as palavras “Care Palliative”, “Neoplasms”, “Aromatherapy” e seus sinônimos. De 139 artigos encontrados, 3 foram selecionados para análise e discussão. Concluímos que é benéfico o uso da Aromaterapia de forma combinada com massagem ou isolada como fragrância para pacientes em cuidados paliativos no intuito de melhorar a qualidade de vida. Concluímos também que mais estudos na área são necessários.

Palavras-chave: aromaterapia, qualidade de vida, cuidados paliativos

ABSTRACT

Understanding the complexity of cancer patients in palliative care and the space of action that alternative and complementary practices have at SUS for treatments with holistic approaches, this systematic review aims to analyze the effect of Aromatherapy on the quality of life of these subjects. For this, a systematic search was carried out in the databases PubMed, Scopus, Web of Science and Cochrane Library, up until the period of July/2021, with the words “Care Palliative”, “Neoplasms”, “Aromatherapy” and their synonyms. Three out of the 139 articles found were selected for analysis and discussion. We concluded that the use aromatherapy, in combination with massage or isolated as a fragrance, for patients in palliative care is beneficial to improve the quality of life. Furthermore, more studies in the area are needed.

Keywords: aromatherapy, quality of life, palliative care

INTRODUÇÃO

As doenças agudas ou crônicas que se manifestam sem possibilidade de reversão, ou de tratamentos curativos, trazem consigo a necessidade de um cuidado integral com respeito ao sofrimento que geram para os indivíduos e seus familiares (OMS, 2002). Os Cuidados Paliativos trabalham com essa necessidade decorrente das patologias que ameaçam a vida, atuando através de uma equipe multiprofissional para controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças sem perspectivas de cura. A assistência da equipe deve ser realizada durante o período de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

E como proporcionar cuidados sem agredir ainda mais a integridade do ser humano? Dentre as diversas possibilidades de cuidados para os sintomas, tanto das doenças, quanto dos tratamentos convencionais utilizados para pacientes em cuidados paliativos, podemos destacar as terapias complementares, que estão sendo implementadas nos campos de atuação dos profissionais de saúde e são consideradas uma solução holística para amenizar os sinais e os sintomas resultantes de patologias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) e a ALIANÇA MUNDIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (SAWHNEY, 2007)).

Dentre as terapias complementares, encontramos no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) a oferta gratuita de diversas modalidades existentes. Podemos citar Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social – Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Terapia de Movimento de Dança, – Dança Circular, Meditação, Terapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrada, Ioga, Apiterapia, Aromaterapia, Terapia de Bioenergia, Terapia de Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Cura por Imposição de Mãos, Terapia de Ozônio e Terapia Floral.

Em 2017, mais de 1,4 milhões de pessoas tiveram acesso livre e gratuito a 19 tipos diferentes de terapias holísticas (TELESI JÚNIOR, 2016). Já em 2018, a modalidade Aromaterapia foi incluída como uma das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) disponíveis no SUS (DE SÁ, R.F, 2019). Quando se fala em Aromaterapia, refere-se aos 6 óleos essenciais como substâncias complexas, voláteis e de fragrância variável derivadas de plantas, que podem ser absorvidas pelos sistemas tegumentar e olfatório do indivíduo (BUCHEBAUER, 2004; BANDONI; CZEPAK, 2008). Os óleos são utilizados com a finalidade de tratar doenças e aumentar o bem-estar físico e psicológico para melhor qualidade de vida (Shin, 2007).

Embora seu uso tenha iniciado na Pérsia Antiga, o termo “Aromaterapia” foi utilizado pela

primeira vez por René Maurice Gattefosse no início do século XX, no livro *Aromatherapie*, publicado no ano 1937, em que o estudioso descreve suas pesquisas voltadas para essa tradição milenar (LAWLESS, 1995 e BOEHM K, 2012).

As pesquisas apresentam os benefícios do uso da Aromaterapia, sendo que a maioria delas se concentram no propósito de controlar depressão, ansiedade, tensão muscular, distúrbios do sono, náuseas e dores (BOEHM, 2012). Outros estudos sugerem que a estimulação olfativa relacionada à Aromaterapia pode resultar na redução imediata da dor e na alteração de parâmetros fisiológicos: frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura da pele e atividade cerebral (SHIN, 2007). Além disso, a Aromaterapia é uma das terapias complementares de maior ascensão para pacientes com câncer, com a finalidade de alívio da dor oncológica (RELIEF, 2002).

Na atualidade, temos a escala RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) como um dos mais conhecidos instrumentos de mensuração da qualidade de vida de pacientes oncológicos para avaliação de sinais e sintomas físicos, emocionais e sociais. É composta por domínios: sintoma físico, sofrimento, sofrimento psicológico, nível de atividade e qualidade de vida global geral. (HAES, 1985).

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar o efeito do uso da Aromaterapia sobre a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, através de uma Revisão Sistemática de ensaios clínicos randomizados.

METODOLOGIA

Este estudo de revisão sistemática seguiu o protocolo do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) Statement* (MOHER D, *et. al.* 2015), e as sete diretrizes da *Cochrane Collaboration Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (HIGGINS, 2011).

Critérios de elegibilidade

Foi utilizada a estratégia PICOT (P = população/pacientes, I = intervenção, C = controle/comparação, O = *outcomes*/desfecho e T = tipo de estudo) para estabelecer os critérios de elegibilidade, os quais corresponderam a:

1) População: pacientes adultos (acima de 18 anos) em cuidados paliativos para tratamento de neoplasias;

- 2) Intervenção: grupo exposto à prática de aromaterapia isolada;
- 3) Controle: grupo sem exposição à intervenção de Aromaterapia ou outras técnicas associadas;
- 4) *Outcome* (desfecho): avaliação da qualidade de vida em ambos os indivíduos (os que foram expostos à prática da aromaterapia e os que não receberam intervenções);
- 5) Tipo de estudo: ensaios clínicos randomizados.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão para a seleção dos artigos foram:

- Indivíduos menores de 18 anos;
- Indivíduos que apresentem alterações em Sistema Nervoso Central;
- Indivíduos que manifestem baixo nível de consciência;
- Indivíduos que estejam sob sedação contínua.

Estratégia de busca

Foi realizada uma busca sistemática na literatura científica com a finalidade de identificar estudos potencialmente elegíveis para uma Revisão Sistemática. Foram utilizadas as bases de dados *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science* e *Cochrane Library* até o período de julho/2021, sem restringir idioma e ano de publicação. Para as buscas, foram usados os termos “*Care Palliative*”, “*Neoplasms*”, “*Aromatherapy*” e seus respectivos sinônimos, utilizando operadores booleanos “*OR*” e “*AND*” entre termos, como mostra a tabela 1. Além disso, realizamos uma pesquisa manual de referências cruzadas para identificar estudos adicionais.

Tabela 1: Estratégia de busca utilizada nas bases de dados

BASE	ESTRATÉGIA
PubMed	(((Care, Palliative) OR (Palliative Treatment) OR (Palliative Treatments) OR (Treatment, Palliative) OR (Treatments, Palliative) OR (Therapy, Palliative) OR (Palliative Therapy) OR (Palliative Supportive Care) OR (Supportive Care, Palliative) OR (Palliative Surgery) OR (Surgery, Palliative))) AND (((Neoplasms) OR (Neoplasia) OR (Neoplasias) OR (Neoplasm) OR (Tumors) OR (Tumor) OR (Cancer) OR (Cancers) OR (Malignancy) OR (Malignancies) OR (Malignant Neoplasms) OR (Malignant Neoplasm) OR (Neoplasm, Malignant) OR (Neoplasms, Malignant) OR (Benign Neoplasms) OR (Neoplasms, Benign) OR (Benign Neoplasm) OR (Neoplasm, Benign))) AND (((Aromatherapy) OR (Aromatherapies) OR (Aroma Therapy) OR (Aroma Therapies) OR (Therapies, Aroma) OR (Therapy, Aroma))) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])))
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (“Palliative Care”) OR (“Care, Palliative”) OR (“Palliative Treatment”) OR (“Palliative Treatments”) OR (“Treatment, Palliative”) OR (“Treatments, Palliative”) OR (“Therapy, Palliative”) OR (“Palliative Therapy”) OR (“Palliative Supportive Care”) OR (“Supportive Care, Palliative”) OR (“Palliative Surgery”) OR (“Surgery, Palliative”)) AND (“Neoplasms”) OR (“Neoplasia”) OR (“Neoplasias”) OR (“Neoplasm”) OR (“Tumors”) OR (“Tumor”) OR (“Cancer”) OR (“Cancers”) OR (“Malignancy”) OR (“Malignancies”) OR (“Malignant Neoplasms”) OR (“Malignant Neoplasm”) OR (“Neoplasm, Malignant”) OR (“Neoplasms, Malignant”) OR (“Benign Neoplasms”) OR (“Neoplasms, Benign”) OR (“Benign Neoplasm”) OR (“Neoplasm, Benign”)) AND (“Aromatherapy”) OR (“Aromatherapies”) OR (“Aroma Therapy”) OR (“Aroma Therapies”) OR (“Therapies, Aroma”) OR (“Therapy, Aroma”)))
Web of Science	(ALL= (“Palliative Care”) OR (“Care, Palliative”) OR (“Palliative Treatment”) OR (“Palliative Treatments”) OR (“Treatment, Palliative”) OR (“Treatments, Palliative”) OR (“Therapy, Palliative”) OR (“Palliative Therapy”) OR (“Palliative Supportive Care”) OR (“Supportive Care, Palliative”) OR (“Palliative Surgery”) OR (“Surgery, Palliative”)) AND (“Neoplasms”) OR (“Neoplasia”) OR (“Neoplasias”) OR (“Neoplasm”) OR (“Tumors”) OR (“Tumor”) OR (“Cancer”) OR (“Cancers”) OR (“Malignancy”) OR (“Malignancies”) OR (“Malignant Neoplasms”) OR (“Malignant Neoplasm”) OR (“Neoplasm, Malignant”) OR (“Neoplasms, Malignant”) OR (“Benign Neoplasms”) OR (“Neoplasms, Benign”) OR (“Benign Neoplasm”) OR (“Neoplasm, Benign”)) AND (“Aromatherapy”) OR (“Aromatherapies”) OR (“Aroma Therapy”) OR (“Aroma Therapies”) OR (“Therapies, Aroma”) OR (“Therapy, Aroma”)))
Cochrane	1º Termo MESH: Palliative Care (explode all trees) 2º Termo MESH: Neoplasms (explode all trees) 3º Termo MESH: Aromatherapy (explode all trees)

FONTE: autoria própria

Três revisores independentes (NYH; RA e MP) realizaram a busca por estudos potencialmente relevantes com base em título e resumo e, caso considerassem o artigo elegível, o trabalho era lido na íntegra. Após leitura completa e independente dos artigos, os revisores discutiam a elegibilidade do estudo e, se eleito, extraíam os dados utilizando formulários padronizados próprios para extração de dados, adaptados do modelo para extração de dados da *Cochrane Collaboration* (HIGGINS, 2011), o qual considerava elementos importantes para a análise dos estudos, como tipo de estudo científico, objetivos, critérios de inclusão e exclusão, características da população do estudo, dentre outras. Discordâncias das extrações foram resolvidas por consenso ou por um quarto revisor (LSG).

Qualidade do estudo e risco de viés

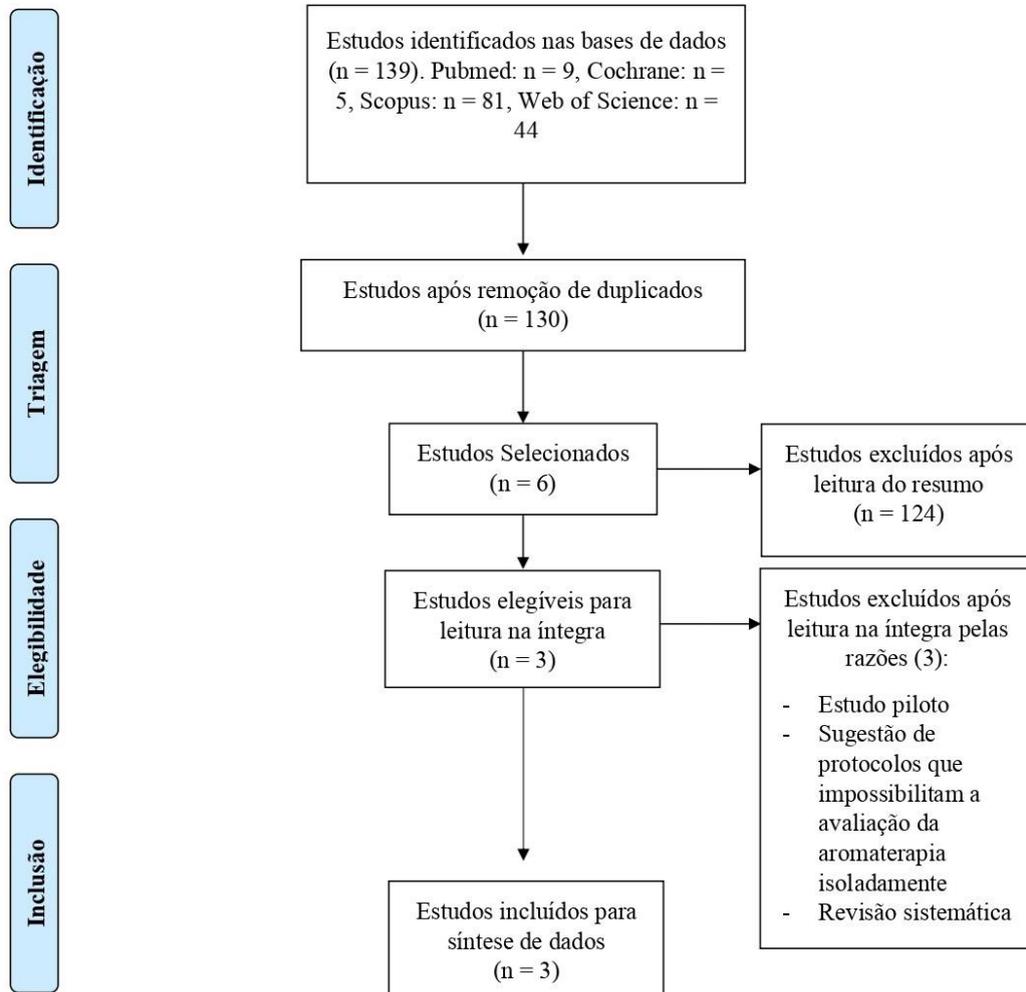
O risco de viés foi avaliado de acordo com a ferramenta da colaboração *Cochrane* para ensaios clínicos (REVIEW MANAGER, 2011). Cada critério era julgado e classificado em baixo risco de viés, alto risco de viés ou viés incerto, de acordo com os parâmetros estipulados pela ferramenta. Os critérios avaliados foram: 1) Geração de sequência aleatória; 2) Ocultação da alocação; 3) Cegamento de participantes e profissionais; 4) Cegamento de avaliadores de desfecho; 5) Desfechos incompletos; 6) Relato de desfecho seletivo; 7) Outras fontes de viés. O risco de viés foi realizado por três revisores independentes (NYH, RA e MP).

RESULTADOS

Seleção

Na busca inicial, foram encontrados 139 estudos (9 duplicatas), levando a serem analisados 130 artigos científicos por título e resumo. Inicialmente, 6 estudos foram considerados como elegíveis para análise e leitura na íntegra, porém, 3 desses estudos selecionados foram excluídos da Revisão Sistemática, pois consistiam em: um estudo piloto; uma revisão sistemática e uma sugestão de protocolo a partir da qual não se fazia possível a avaliação dos efeitos da aplicação de Aromaterapia isoladamente. A figura 1 apresenta o fluxo detalhado da seleção dos estudos.

Figura 1: Diagrama de fluxo da seleção dos artigos científicos encontrados nas bases de dados (*PubMed, Cochrane, Scopus e Web of Science*).



FONTE: Autoria própria

Características dos estudos

Os 3 estudos foram selecionados para essa revisão sistemática por contemplarem ferramentas cientificamente validadas que investigaram sobre os reais efeitos que a Aromaterapia pode trazer a pacientes oncológicos.

O estudo de Soden, *et. al.* 2004 comparou os efeitos da massagem combinada à Aromaterapia com os efeitos da massagem isolada. Já o ensaio de Owayolu, *et. al.* 2014 avaliou a eficácia da massagem clássica em comparação com a massagem associada à Aromaterapia e com a Aromaterapia isolada. Por fim, o estudo de Wilkinson, *et. al.* 1999 teve por objetivo analisar a eficácia da massagem e da massagem somada à Aromaterapia.

Os resultados da *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) apresentados nos três artigos que

preencheram os critérios de elegibilidade e inclusão são expostos da seguinte forma:

Soden et. al. 2004 apresentou diferença significativa na linha de base dos grupos em relação à separação por gênero (76% mulheres no grupo controle), a RSCL foi aplicada duas vezes com p variando de 0,21 a 0,77 comparativamente, ou seja, não houve nenhuma diferença significativa entre grupos ou intragrupo.

Em *Ovayolu et. al.* 2014, a RSCL foi aplicada 3 vezes: na sexta e na décima semana após o primeiro atendimento, evidenciando melhora dos grupos intervenção em relação ao controle ($p < 0,001$). Esta diferença é acentuada nos aspectos físicos, psicológicos e geral para o grupo Aromaterapia, revelando o maior índice de qualidade de vida do estudo ($p=0,001$).

Já em *Wilkinson et. al.* 1999, a RSCL foi aplicada duas vezes: uma semana antes do início das intervenções e na última semana. O grupo massagem com Aromaterapia apresentou uma melhora relevante nos sintomas “físicos” ($p=0,001$). Os dois grupos (massagem e massagem com Aromaterapia) apresentaram piora significativa no escore “atividades”.

Para uma maior confiabilidade, vale ressaltar que os três estudos selecionados trouxeram uma quantidade mínima de aplicações sugeridas pelo uso do RSCL. A tabela 2 apresenta características relevantes do estudo e traz os resultados do domínio geral da RSCL.

Tabela 2: Resultados do domínio “Overall valuation of life” RSCL

Autor/ ano	Participantes	Intervenção	Óleo essencial	Instrumentos	Resultados (RSCL - domínio geral)
Ovayolu Ö, Seviğ Ü, Ovayolu N, Sevinç A (2014)	Mulheres com câncer de mama, em quimioterapia, na sua maioria maiores de 40 anos. Foram 280 pacientes randomizadas em 4 grupos (70 pessoas cada): inalação, massagem, massagem com aromaterapia, grupo controle.	5 minutos para o GF, 35 minutos em GM+A e GM. 3 vezes por semana, durante 1 mês.	Lavanda, menta, camomila, jasmim, alecrim, eucalipto e violeta na proporção 2:2:2:1:1:1:1. Concentração: 1,1%. Carreador: amêndoa doce.	RSCL, escala de QV.	<p><i>Baseline:</i> GM+A = 68,3 ±13,8; GM= 60,3 ±12,2; GF= 65,5 ±15,5; GC = 60,8 ±13,5</p> <p><i>Semana 6:</i> GM+A = 53,3 ±11; GM= 23 ±11,1; GF = 61,2 ±14,1; GC = 62,2 ±2=11,8</p> <p><i>Semana 10:</i> GM+A = 47,3 ±10,1; GM= 54,8 ±10,8; GF= 61 ±13,4; GC = 67,2 ±11,2</p> <p><i>Baseline:</i> GM+A = 110,9 ±24,4; GM=125,8 ±21; GF= 117,4 ±16,4; GC = 123,2 ±26,1</p> <p><i>Semana 6:</i> GM+A = 129 ±20,8; GM= 128,8 ±20,1; GF = 120,3 ±23,8; GC = 116,1 ±24,1</p>

					<i>Semana 10:</i> GM+A = 146 ±22,1; GM= 136 ±19,1; GF= 123 ±24,4; GC = 112,5 ±21,8
Soden, Kaite; Vicnet, Karen; Craske Stephen (2004)	45 pacientes (76% mulheres e 24% homens) randomizados em 3 grupos: GM+A, GM e GC, contendo 15 em cada.	30 minutos, 1 vez por semana, durante 4 semanas.	Lavanda. Concentração: 1%. Carreador: amêndoa doce.	EVA, VSH, HAD, RSCL (QV).	GM+A = 1,33 ±0,28; GM= 0,08 ±0,85; GMC= 0,71 ±0,27; GC = -0,17 ±0,77
Susie Wilkinson, Judith Aldridge, Irene Salmon, Elizabeth Cain e Bernadette Wilson (1999)	103 pacientes (90% mulheres, 10% homens) randomizados em dois grupos: GM (57 participantes) e GM+A (46 participantes)	1 vez por semana. 3 semanas consecutivas.	Camomila. Carreador: amêndoa doce.	RSCL, SAI, TAI, questionário semi- estruturado enviado na semana 5.	<i>Baseline:</i> GM+A = 3,67 ±1,44; GM= 4,5 ±1,44 <i>Semana 4:</i> GM+A = 4,69 ±1,49; GM= 4,6 ±1,5

LEGENDA: QV= qualidade de vida; ECR= ensaio clínico randomizado; GF= grupo fragrância; GM= grupo massagem; GM+A= grupo massagem com aromaterapia; GC= grupo controle; GMC= grupo massagem combinada; RSCL= Rotterdam Sympton Checklist; EVA= escala visual analógica (neste estudo também foi aplicada uma escada de dor modificada turca); VSH= Verran and Snyder-Halpern (escala de sono); HAD= Hospital Anxiety and Depression; SAI= State Anxiety Inventory; TAI= Trait Anxiety Inventory.

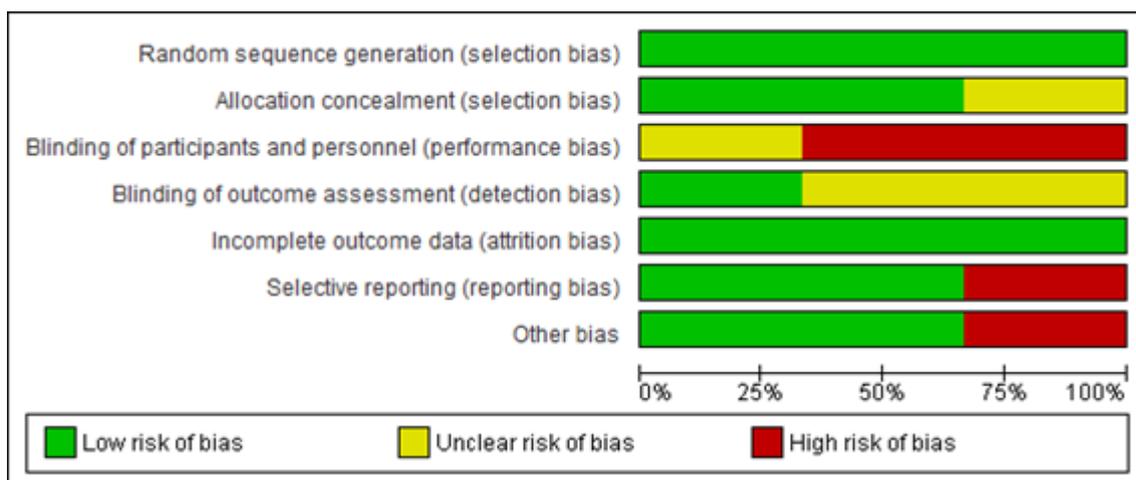
Características dos programas de avaliação

Para o treinamento dos grupos que traziam a massagem como intervenção, tivemos diferentes abordagens na preparação dos aplicadores. No estudo de Wilkinson *et. al.* 1999, esse treino se deu de forma presencial e utilizou como recurso CDs voltados especificamente para padronização e aprimoramento do repertório. Já no estudo de Owayolu, *et. al.* 2014, houve a elaboração de diretrizes para abordagem da técnica, seguida de um período para assegurar a implementação da mesma; participaram como aplicadoras quatro enfermeiras com diplomas reconhecidos em massagem. Por sua vez, Soden *et. al.* 2004 não citou nada a este respeito.

Qualidade dos estudos

De acordo com os riscos de viés observados nos três artigos analisados, a característica de “cegamento de participantes e profissionais” foi considerada como alto risco de viés, uma vez que a Aromaterapia apresenta o caráter olfativo como natureza predominante, não possibilitando o ocultamento da intervenção realizada. Desse modo, a resposta e, conseqüentemente, os resultados obtidos na pesquisa do indivíduo que recebe este tratamento podem sofrer alterações consideráveis, conforme consta em um dos estudos de referência (WILKINSON, *et. al.* 1999). As demais avaliações dos autores sobre as variáveis são apresentadas nas figuras 2 e 3.

Figura 2: Gráfico de risco de viés sobre cada item, apresentado como porcentagem de todos os estudos incluídos



FONTE: Autoria própria

Figura 3: Análise dos julgamentos dos autores sobre cada item de risco de viés para cada estudo incluído.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Ovayolu et al. 2014	+	?	?	?	+	+	+
Soden et al. 2004	+	+	-	+	+	-	-
Wilkinson et al.1999	+	+	-	?	+	+	+

FONTE: Autoria própria

DISCUSSÃO

Considerando o objetivo deste trabalho, verificou-se que os pacientes tratados com Aromaterapia, em dois dos três ensaios selecionados (OVAYOLU, *et. al.* 2014 e WILKINSON, *et. al.* 1999), apresentaram melhora na qualidade de vida. Essa melhora foi observada tanto em grupos que utilizaram Aromaterapia associada a massagem, quanto naqueles que utilizaram Aromaterapia de forma isolada. Nessa perspectiva, a Aromaterapia pode ser benéfica no cuidado, podendo ser utilizada de forma complementar, fornecendo conforto durante este período complexo para o paciente e para sua família. Além disso, o uso de óleos essenciais em cuidados paliativos pode ser um método não farmacológico eficaz para alívio de dor, náuseas, vômitos, depressão e insônia, que contribuem para rebaixar a qualidade de vida (PRICE, 2011).

Em relação ao número de participantes do estudo, Soden, *et. al.* 2004 apresenta a menor amostra dentre os artigos analisados nesta revisão sistemática. A metodologia tem algumas lacunas, como o grupo “massagem combinada”, que não havia sido citado anteriormente, mas apareceu nos resultados. O menor tempo de intervenção proposto apresenta uma melhora em dor para os grupos de Aromaterapia e massagem combinada a curto prazo, porém sem mudança significativa para qualidade de vida (RSCL) entre os grupos intervenção e controle (tabela 2). Logo, não há resposta favorável para o uso da Aromaterapia.

No estudo de Wilkinson, *et. al.* 1999, observa-se que há um aumento na qualidade de vida para o grupo que realizou massagem com Aromaterapia e uma queda significativa nos níveis de ansiedade ($p=0,001$) de ambos os grupos (massagem com ou sem óleo essencial), comparando os dados do início do tratamento com os do final. No grupo em que a massagem foi com óleo essencial, utilizou-se a fragrância camomila romana dada a sua eficácia na redução da ansiedade e dor (BURNS, 1994). Quando comparada a ansiedade entre os dois grupos, não foi observada diferença estatística, o que está de acordo com o estudo de Hsu, *et. al.* 2019 – em uma revisão sistemática sobre os efeitos do uso da aromaterapia na ansiedade para pacientes em cuidados paliativos – e com o estudo de Soden, *et. al.* 2004.

Na pesquisa realizada por Tang *et. al.* 2021 para alívio de dor, depressão, ansiedade e estresse, que são sintomas comuns em pacientes em cuidados paliativos, os óleos essenciais de lavanda (*Lavandula Angustifolia*) e bergamota (*Citrus Bergamia*), utilizados de forma inalatória, com massagem e compressas quentes, apresentaram uma redução significativa das emoções negativas nos casos de depressão, ansiedade e estresse. Mostraram-se eficazes como antidepressivos e relaxantes. Este fato ocorre porque há uma volatilização de moléculas químicas e uma queda das atividades do Sistema Nervoso Simpático, responsável por alterações no organismo em situações de emergência (MONTIBELER, *et. al.* 2018).

Já o ensaio clínico de Ovayolu, *et. al.* 2014 – que é o estudo com menor risco de viés, maior número de participantes e tempo de intervenção, além de avaliar o efeito especificamente na QV dos pacientes - conclui que é benéfico o uso de óleo essencial para pacientes em CP, para os dois grupos. Entretanto, os resultados no grupo de massagem com Aromaterapia foram mais satisfatórios do que no grupo fragrância. As moléculas dos óleos essenciais estimulam os nervos olfativos, que estão conectados diretamente com o sistema límbico, responsável por emoções, sentimentos e impulsos motivacionais, influenciando positivamente na frequência cardíaca, na pressão arterial, na frequência respiratória, na memória e nos níveis hormonais (BAUDOUX, 2017). Embora o mecanismo de ação fisiológica dos óleos essenciais ainda não esteja estabelecido, estudos apontam que eles são capazes de estimular a liberação de neurotransmissores, responsáveis

por causar efeitos analgésicos e sensação de bem-estar e relaxamento (CORAZZA, 2002).

O uso de diferentes óleos essenciais nos estudos pode ser justificado pela rica diversidade entre os mesmos e pela falta de padronização do uso. O óleo essencial de lavanda é utilizado na Aromaterapia como relaxante geral, sendo também conhecido por suas propriedades carminativas e por ser um sedativo natural utilizado via inalatória (LIS-BALCHIN, 1999). Quando utilizado em banho quente, demonstrou potencial terapêutico na melhora do humor, diminuindo tensões e o pessimismo em relação ao futuro. (MORRIS, 2002). Schimitt, *et. al.* 2010 descreveram também que, na Aromaterapia, os óleos essenciais são amplamente utilizados em associação a outros óleos para massagens, assim como nos três artigos selecionados para esta revisão.

Os três estudos utilizaram o RSCL, em combinação com outros métodos avaliativos distintos. Contudo, os resultados do RSCL, em cada um dos artigos, foram apresentados de forma diferente. Essa falta de padronização dificultou a análise conjunta dos resultados. Por isso, fez-se necessário avaliar e comparar os dados obtidos, isoladamente, para melhor compreensão e análise. Soden, *et. al.* 2004 apresentam a avaliação da RSCL e mais três escalas diferentes: a VAS, para intensidade de dor, a Verran and Snyder-Halpern (VSH), para sono, e a escala Hospital Anxiety and Depression (HAD). Descreveram que na VAS, quando comparado pré e pós intervenção, p varia de 0,28 a 1,68. Já a VSH demonstrou melhoras: para o grupo massagem em relação ao controle ($p=0,02$), para os grupos Aromaterapia ($p=0,02$) e massagem combinada ($p=0,03$). A ansiedade e a depressão apresentaram melhora no grupo massagem ($p=0,05$) e também diminuição quando avaliadas após a segunda e a quarta intervenção ($p=0,02$).

Ovayolu, *et. al.* 2014 analisaram mais a QV através da Escala de Qualidade de Vida e foi descrita melhora significativa entre os grupos intervenção ($p=0,001$ e $p=0,008$) e redução no grupo controle, principalmente em relação a bem-estar geral, apetite, função sexual, sintomas físicos e atividades. No geral, o grupo que apresentou uma melhora significativa foi massagem com Aromaterapia, exceto na subescala apetite, na qual o grupo fragrância apresentou maior pontuação.

Apesar do número reduzido de estudos, número de voluntários analisados, diversidade metodológica, maior rigor científico, os estudos mostraram-se relevantes, tendo em vista a dificuldade de execução, devido a vulnerabilidade da população analisada e perdas amostrais decorrentes do agravamento da doença e da morte. No entanto, oferecer cuidado integral com respeito ao sofrimento, para os indivíduos, é o que prevalece.

CONCLUSÃO

Com base nos estudos analisados, levando em consideração o rigor metodológico e seus

resultados, sugerimos o uso da Aromaterapia para pacientes em cuidados paliativos para melhora da qualidade de vida a curto e a longo prazo, em relação aos aspectos físicos, psicológicos e funcionais. Ainda assim percebemos a necessidade de mais estudos na área, de forma mais abrangente (diversidade de focos oncológicos, maior amostra masculina e maior número de participantes), entendendo a dificuldade para realização dos mesmos devido à fragilidade desses indivíduos no período em que estão em tratamento.

REFERÊNCIAS

BANDONI, A. L.; CZEPAK, M. P. **Os recursos vegetais aromáticos no Brasil**. Vitória: Edufes, 2008.

BOEHM K., BÜSSING A., OSTERMANN T. **Aromaterapia como um tratamento adjuvante no tratamento do câncer - uma revisão sistemática descritiva**. *Jornal Africano de Medicamentos Tradicionais, Complementares e Alternativos*. 2012.

BUCHBAUER, G. **On the biological properties of fragrance compounds and essential oils**. *Wien Med Wochenschr*. V. 154, n. 21, p. 539–547. 2004.

BURNS E, BLAMEY C. **Using aromatherapy in childbirth**. *Nurs Times*. v. 90 p. 54–60. 1994. **compounds**. *Pharmazie*, v. 65, n. 2, p. 102-5. 2010.

DE SÁ, R. F.; NOGUEIRA, J.; GUERRA, V. A. **Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil**. *Health Promotion International*, V. 34, N. S1 p. 74–8. 2019.

HARDY, J. R.; EDMONDS, P.; TURNER, R.; REES, E.; A'HERN, R. **The use of the Rotterdam Symptom Checklist in palliative care**. *Journal Pain Symptom Manage*. V. 18, n. 2, p. 79-84. 1999.

HIGGINS, J. P.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. v. Version 5.1.0, p. 1–649. 2011.

HSU, C. H., CHI, C. C., CHEN, P. S., WANG, S. H., TUNG, T. H., WU, S. C. **The effects of aromatherapy massage on improvement of anxiety among patients receiving palliative care: A systematic review of randomized controlled trials**. *Medicine. NLM (Medline)*. V. 1 n. 4. 2019.

LAWLESS, J. **Home aromatherapy**. Hong Kong. Readers Digest Book, 1995.

LIS-BALCHIN, M.; DEANS, S. G. **Bioactivity of selected plant essential oils against *Listeria monocytogenes***. Journal of Applied Microbiology, v. 82, p. 759-762, 1997. ISSN 1365-2672.

MILLER, R.A.I. **A utilização ritual e mágica dos perfumes**. Rio de Janeiro: Record, 1991.

MOHER D, SHAMSEER L, CLARKE M, GHERSI D, LIBERATI A, PETTICREW M, SHEKELLE P, STEWART LA. **Declaração de 2015 dos itens de relatório preferidos para protocolos de revisão sistemática e meta-análise (PRISMA-P)**. Systematic Review. V. 4, n. 1. 2015

MONTIBELER, J; ET. AL. **Efetividade da massagem com aromaterapia no estresse da equipe de enfermagem do centro cirúrgico: estudo-piloto**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. v. 52, n. 23, 2018.

RELIEF, M. C. **Diretório de Serviços de Terapia Complementar no Tratamento do Câncer do Reino Unido**: Setores Público e Voluntário. Macmillan Cancer Relief 2002.

REVIEW MANAGER (RevMan) [Computer program]. Version 5.1. Copenhagen:

SAGAR, S. M.; DRYDEN, T.; WONG, R. K. **Massage therapy for cancer patients: A reciprocal relationship between body and mind**. Current Oncology. 2008.

SAWHNEY, M.; FLETCHER, G. G.; RICE, J.; WATT-WATSON, J.; RAWN, T. **Guidelines on management of pain in cancer and/or palliative care**. Toronto (ON): Cancer Care Ontario. 2017.

SCHMITT, S. **Comparative study on the in vitro human skin permeation of**

SHIN, B. C.; LEE, M. S. **Effects of aromatherapy acupressure on hemiplegic ombro pain and motor power in stroke patients: a pilot study**. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2007

STURGEON, M.; WETTA-HALL, R.; HART, T.; GOOD, M.; DAKHIL, S. **Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during**

treatment. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2009

TANG, S. K.; TSE, M. Y. M. **Aromatherapy:** Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons. BioMed Research International, v. 2014, p. e430195, 2014.

The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration; 2011. Disponível em:

<http://ims.cochrane.org/revman/download>.

WILKES, E. **Complementary therapies in palliative care treatment.** Trent. Palliative Care Centre, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises:** a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>. Acesso em: 12 maio 2020.