

O uso da aromaterapia na melhora da autoestima

THE USE OF AROMATHERAPY TO IMPROVE SELF-ESTEEM

EL USO DE AROMOTERAPIA EN LA MEJORA DE LA AUTOESTIMA

Juliana Rizzo Gnatta¹, Maria Filomena Mourão Zotelli², Dulce Regina Batista Carmo³, Cristiane de Lion Botero Couto Lopes⁴, Noemi Marisa Brunet Rogenski⁵, Maria Júlia Paes da Silva⁶

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram verificar se a inalação dos óleos essenciais de rosa e de ylang-ylang alteram a percepção da autoestima e comparar a eficácia dos mesmos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Universidade de São Paulo. Participaram 43 funcionários dos setores de Higienização e da Central de Materiais e Esterilização durante os meses de maio a julho de 2009. Os sujeitos foram randomizados em três grupos: dois que receberam os óleos essenciais e outro que recebeu placebo (essência de rosa). A avaliação da autoestima foi feita através de uma escala já validada no Brasil, sendo aplicada antes do uso dos aromas, depois de 30 dias de uso e ao completar 60 dias. Dentre os resultados, verificou-se que a amostra era constituída por 88,6% de indivíduos com média e alta autoestima e que os óleos essenciais em questão não alteraram de forma significativa a percepção da autoestima.

DESCRIPTORIOS

Aromaterapia
Autoimagem
Terapias complementares
Enfermagem

ABSTRACT

The objectives of this study were to verify if inhaling rose and ylang-ylang essential oils has any effect on one's perception of self-esteem, and compare their efficiency. The study was approved by the University of São Paulo Hospital Research Ethics Committee. Participants were 43 workers from the Sanitation Department and from the Materials and Sterilization Center, and the study took place from May to July 2009. Subjects were randomly assigned to one of three groups: two that received the essential oils and a third that received placebo (rose essence). The self-esteem evaluation was performed using a scale validated in Brazil, which was applied before using the aromas, as well as 30 and 60 days after the use. Results showed that the sample consisted of 88.6% individuals with medium and high self-esteem, and that the essential oils did not make any significant changes to their perception of self-esteem.

DESCRIPTORS

Aromatherapy
Self-concept
Complementary therapies
Nursing

RESUMEN

Estudio que objetivó verificar si la inhalación de aceites esenciales de Rosa y de Ylang-ylang altera la percepción de la autoestima, y comparar la eficacia de ambos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo. Participaron 43 empleados de los sectores de Higienización y Central de Materiales y Esterilización, de mayo a julio de 2009. Los sujetos fueron randomizados en tres grupos: dos recibieron los aceites esenciales y el otro placebo (esencia de Rosa). La evaluación de autoestima se realizó mediante escala ya validada en Brasil, aplicándose inicialmente, luego de 30 días de uso y al completarse 60 días. Según los resultados, se verificó que la muestra estaba constituida por 88,6% de individuos con media y alta autoestima y que los aceites esenciales en cuestión no alteraron significativamente la percepción de la autoestima.

DESCRIPTORIOS

Aromaterapia
Autoimagem
Terapias complementarias
Enfermería

¹ Enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Estudo das Práticas Alternativas ou Complementares de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. juliana.gnatta@usp.br ² Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. filomena@hu.usp.br ³ Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira Chefe do Setor de Higienização Especializada do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. she@hu.usp.br ⁴ Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira Chefe da Central de Material e Esterilização do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. crisdalion@hu.usp.br ⁵ Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora da Divisão de Enfermagem Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. noemi@hu.usp.br ⁶ Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Estudo das Práticas Alternativas ou Complementares de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. juliaps@usp.br

INTRODUÇÃO

As Terapias Naturais, Alternativas ou Complementares são definidas pela Lei Municipal de São Paulo 13.717, implementada em 2004, como *todas as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que utilizem basicamente recursos naturais*⁽¹⁾. Essas práticas podem ser consideradas alternativas quando se exclui a atividade da medicina convencional, ou complementares quando aliadas à técnica médica alopática⁽²⁾.

No cenário mundial atual, assim como a medicina tradicional tem sido notada pelos seus avanços tecnológicos, o uso das técnicas terapêuticas complementares tem ganhado destaque tanto em países ocidentais desenvolvidos quanto nos países pobres e em desenvolvimento⁽³⁾. O crescimento dessas terapias está relacionado não apenas à sua eficácia e baixo custo, que têm sido comprovados através de inúmeros estudos, mas também à visão holística de assistência, já descrita em diversas Teorias de Enfermagem⁽⁴⁾.

Essa nova tendência de cuidados à saúde se reflete desde a década de 1970, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou a Instituição das Medicinas Alternativas como um instrumento válido e significativo, principalmente para a promoção da saúde às populações mais carentes⁽⁵⁾. Posteriormente, no documento sobre Estratégias da Medicina Tradicional de 2004, a OMS reforçou a necessidade de fortalecer políticas que propiciem o uso racional das terapias complementares nos sistemas nacionais de atenção à saúde, além de preconizar o desenvolvimento de estudos que verifiquem a efetividade e segurança dessas práticas⁽⁶⁾. A Saúde Pública brasileira se adequou a este panorama através do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria 971, que incentiva e regulamenta a utilização de algumas terapias complementares nas unidades de atendimento dos estados, municípios e Distrito Federal⁽⁷⁾.

Nesse contexto, o enfermeiro exerce papel fundamental, pois além de ser um dos principais profissionais que atuam na área da saúde, é ele quem estabelece vínculos mais profundos com a comunidade, estando apto a esclarecer e orientá-la a respeito do uso dessas técnicas terapêuticas⁽⁸⁾. Além disso, para a Enfermagem, essas terapias representam também a possibilidade de mais uma área de atuação, visto que através da Resolução 197 de 1997 do COFEN, as Terapias Complementares estão fixadas como uma Especialidade de competência do profissional de Enfermagem, desde que este conclua algum curso na área específica, em instituição reconhecida de ensino, com a carga horária mínima de 360 horas⁽⁹⁾.

A Aromaterapia está inclusa dentro dessas práticas e é uma terapia baseada no uso de concentrados voláteis

extraído das plantas, com a finalidade de modificar o humor ou comportamento de uma pessoa e melhorar seu bem estar físico, mental e emocional. Os óleos essenciais são condensados obtidos a partir dos materiais destilados das plantas, sendo compostos por moléculas químicas de alta complexidade⁽¹⁰⁾. São substâncias que podem atuar de diversas maneiras no organismo e podem ser aplicados diretamente na pele ou inalados. Quando atuam através do olfato, as moléculas dos óleos são absorvidas pelos nervos olfativos, os quais têm uma ligação direta com o sistema nervoso central e levam o estímulo ao sistema límbico, sendo este responsável pelos sentimentos, memórias, impulsos e emoções. Quando a atuação é via cutânea, as moléculas são absorvidas e caem na circulação sanguínea, sendo transportadas para os tecidos e órgãos do corpo. Por fim, quando ingeridos, os óleos essenciais são absorvidos pelos intestinos e levados aos diversos tecidos corporais⁽¹¹⁾.

O enfermeiro lida diretamente com a atenção integral à saúde, visando cuidar do bem-estar físico e mental de seus clientes. Assim, a Aromaterapia pode representar a este profissional uma nova ferramenta a ser empregada no tratamento de desequilíbrios tanto físicos quanto emocionais, como, por exemplo, no cuidado de pessoas com baixa autoestima.

A autoestima é conceituada como uma tendência relativamente estável de sentir-se bem (positiva) ou sentir-se mal (negativa) consigo mesmo. Quando ela é positiva, expressa o sentimento do indivíduo em considerar-se *bom o suficiente* e capaz, sem necessariamente sentir-se superior aos outros. Todavia, quando é negativa, implica em autorrejeição, insatisfação e desprezo consigo próprio, levando o indivíduo a desejar a invisibilidade aos olhos dos demais. O nível de aceitação ou rejeição em relação a

si mesmo constitui um fenômeno de aprendizagem que abrange toda a existência pessoal⁽¹²⁾.

Como a assistência de Enfermagem está também fundamentada na percepção da autoimagem do indivíduo⁽¹³⁾, podemos, através da Aromaterapia, possibilitar às pessoas uma nova chance para que desenvolvam uma visualização positiva de sua autoimagem.

Segundo estudos, o conceito de autoestima é definido como um importante indicador de saúde mental⁽¹⁴⁾ e para se avaliar o grau de autoestima de cada indivíduo é essencial o uso de instrumentos confiáveis. Dela Coleta propôs uma escala, já validada no Brasil, baseada em afirmações cotidianas com finalidade de mensurar o nível de auto-estima⁽¹⁵⁾. Embasado nessa escala e utilizando-se a Aromaterapia com instrumento de transformação é que se pretende atingir os objetivos deste estudo.

Para se desenvolver a pesquisa, foram escolhidos dois setores do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) ligados à higiene. O primeiro deles – o

...a Aromaterapia
pode representar
a este profissional
[enfermeiro] uma
nova ferramenta
a ser empregada
no tratamento de
desequilíbrios
tanto físicos quanto
emocionais...

setor de Higienização – é composto, em sua maioria, por funcionários antigos e que já têm uma carreira longa no ramo. Pela própria atividade e devido à idade dos trabalhadores, a restrição física é um fator comum e relevante, capaz de interferir na autoestima e até mesmo prejudicar o profissional se este não for aceito no seu meio. O outro setor – a Central de Materiais e Esterilização (CME) – historicamente, concentra trabalhadores que apresentam problemas de relacionamento na assistência direta ao paciente, desajustes que interferem na relação com a equipe de trabalho ou problemas de saúde que limitam suas atividades motoras⁽¹⁶⁾. Ao longo de décadas, esses profissionais foram transferidos para as CME dos hospitais por considerar-se que o trabalho nesta unidade era menos complexo, uma vez que o trabalhador não realiza atividades consideradas nobres para a Enfermagem e, portanto, não haveria necessidade de manter profissionais mais qualificados para realizarem tarefas de reprocessamento dos materiais. Embora em menor escala, essa situação persiste na maioria dos serviços de saúde. Somado a isto, a localização física, muitas vezes adaptada e inadequada, com recursos materiais e tecnológicos insuficientes ou antiquados, pode despertar o sentimento de desvalorização profissional. Estes fatores podem contribuir para a baixa autoestima do grupo.

Apesar deste cenário estar em transformação atualmente, esse estigma ainda pode repercutir na autoestima de seus funcionários. Assim, esses dois setores ligados à higiene, os quais são fundamentais para uma assistência de qualidade, tornam-se interessantes para que se desenvolva o presente estudo, uma vez que uma boa autoestima dos funcionários pode resultar em maior satisfação com o trabalho. Para isso, este estudo propôs como intervenção o uso da Aromaterapia através da inalação de óleos essenciais de Rosa ou ylang-ylang ou ainda de essência de Rosa (grupo placebo). De acordo com a literatura sobre Aromaterapia^(10-11,17), estes dois óleos essenciais são indicados para melhorar a autoestima, embora cada um deles atue de forma sutilmente diferente no sistema límbico. Tal bibliografia^(10-11,17) afirma que tanto o óleo de Rosa quanto o de ylang-ylang, pelo fato de pertencerem quimicamente ao grupo funcional dos álcoois terpênicos e sendo compostos derivados do ácido mevalônico, constituídos por hidrocarbonetos e grupamento hidroxila, possuem uma fragrância agradável e animadora. Ambos os óleos em estudo apresentam em sua composição o geraniol, o que lhes confere características de atuação semelhantes⁽¹⁷⁾, sendo que o óleo de ylang-ylang é indicado para frustrações, medos e depressões, enquanto que o óleo de Rosa é recomendado para traumatismos emocionais, desgostos, depressões e tristezas⁽¹⁸⁾. Portanto, conforme encontrado nos estudos^(10-11,17) sobre Aromaterapia, espera-se que o grupo que utilizar óleo essencial (OE) de Rosa tenha uma melhora considerável da autoestima, seguido pelo grupo que utilizar o óleo de ylang-ylang e, por fim, o grupo que fizer uso do placebo não obtenha melhora alguma.

Esta pesquisa teve como objetivos verificar se o uso do óleo essencial de rosa e de ylang-ylang altera a percepção da autoestima e comparar a eficácia dos óleos de rosa e de ylang-ylang na percepção da autoestima.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, experimental, com abordagem quantitativa, realizado com os funcionários pertencentes aos setores de Higienização e CME do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) e que teve seu projeto de pesquisa analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do mesmo Hospital (Protocolo nº 896/09).

Todos os funcionários dos setores já citados foram convidados a participar, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: a) ser funcionário do setor há, pelo menos, seis meses; b) aceitar participar da pesquisa, respondendo a escala de autoestima, usando o óleo essencial ou essência e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi considerado como critério de exclusão o funcionário entrar em férias ou licença médica no período do estudo. Todos os interessados foram previamente advertidos de que havia um risco mínimo imediato em participar do estudo para aquelas pessoas que são alérgicas aos aromas de rosa ou ylang-ylang, pois estas poderiam responder com reações de hipersensibilidade. No caso de alguma intercorrência decorrente da pesquisa, seria disponibilizado atendimento no próprio HU.

Os funcionários que aceitaram participar, após terem conhecimento do objetivo e método da pesquisa, assinaram o TCLE e foram sorteados, aleatoriamente, para comporem um dos três grupos: grupo a receber óleo essencial de Rosa, grupo a receber óleo essencial de ylang-ylang ou grupo controle – que recebeu a essência de rosa. Os grupos foram denominados G1, G2 e G3, respectivamente, pelos pesquisadores a fim de facilitar o cegamento do estudo. Nenhum dos participantes teve conhecimento prévio do óleo ou essência que usou.

Após a randomização dos participantes para comporem um dos três grupos, cada um dos sujeitos respondeu a escala de autoestima de Dela Coleta⁽¹⁵⁾. Esta escala, já validada pelo autor, é composta por 15 afirmações do tipo certo-errado, sendo que as mesmas resultam num escore de autoestima do participante após a aplicação de um gabarito. As classificações de autoestima equivalem a uma pontuação de 0 a 5 para baixa autoestima, de 6 a 10 para média e de 11 a 15 para alta autoestima. A escala já descrita foi empregada como instrumento para avaliar a autoestima dos participantes em três momentos: imediatamente antes do início do uso dos aromas, após 30 dias e ao final de 60 dias de uso. Além do escore de auto-estima, foram coletados os seguintes dados, por meio de questionário: nome (iniciais), idade, sexo, tempo de trabalho no setor e grau de escolaridade.

Após o preenchimento da escala de autoestima, cada sujeito participante passou a receber uma gota de óleo ou essência no início do seu turno de trabalho, de acordo com o grupo em que estava incluso. A gota foi pingada num algodão situado dentro de um aromatizador pessoal, o qual foi fornecido pelos pesquisadores a cada um dos participantes e que foi utilizado diariamente no pescoço durante o período proposto pelo estudo. O aromatizador pessoal é constituído por um cordão com duas extremidades ligadas a um pequeno receptáculo de cerâmica, no qual se insere um pedaço de algodão onde se instila a gota de óleo essencial ou essência a ser inalada. Cada sujeito utilizou esse aromatizador durante o seu expediente de trabalho por um período de 60 dias. Ao final de 30 dias de uso do aromatizador pessoal juntamente com seu conteúdo, os participantes responderem a escala de Dela Coleta, a qual foi aplicada novamente após completarem os 60 dias de uso.

Efetuada a coleta de dados, analisou-se quantitativamente as respostas contidas nos questionários. Os dados foram inseridos em planilhas no programa *Microsoft Excel*[®] e processados pelo *SPSS*[®] versão 1.80. A partir desse programa, buscou-se analisar os dados através de um modelo linear geral – Análise de Variância (ANOVA) – com a finalidade de avaliar as diferenças entre as médias dos sujeitos antes e depois de cada mês de utilização do óleo essencial. Os pressupostos da Análise de Variância são que

as variáveis tenham normalidade e homogeneidade nas variâncias⁽¹⁹⁾. Para verificar a normalidade, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e a homogeneidade das variâncias foi verificada com o teste de *Levene*.

É importante ressaltar ainda que, por questões éticas, foi oferecido aos membros do grupo controle a oportunidade de utilizarem por dois meses, após o término da coleta, um dos óleos (rosa ou ylang-ylang) de sua preferência.

RESULTADOS

Foram 59 voluntários que se dispuseram a participar do estudo, sendo 40 da Higienização e 19 da CME. Desse total, 43 concluíram efetivamente o estudo. Das 16 desistências, 12 ocorreram antes de completar um mês de estudo e apenas quatro após 30 dias de uso do aroma. O grupo que utilizou o óleo essencial de ylang-ylang, denominado G2, teve 21 participantes (14 da Higienização e 7 da CME), sendo que 15 concluíram a pesquisa. O grupo G1, o qual fez uso do OE de Rosa, contou com 19 sujeitos (13 da Higienização e seis da CME) e teve cinco exclusões por desistências. Finalmente, o grupo controle – que fez uso da essência de Rosa – denominado G3, teve 19 participantes (13 da Higienização e 6 da CME) e concluiu a pesquisa com 14. A Figura 1 demonstra o fluxograma dos sujeitos em seus respectivos grupos.

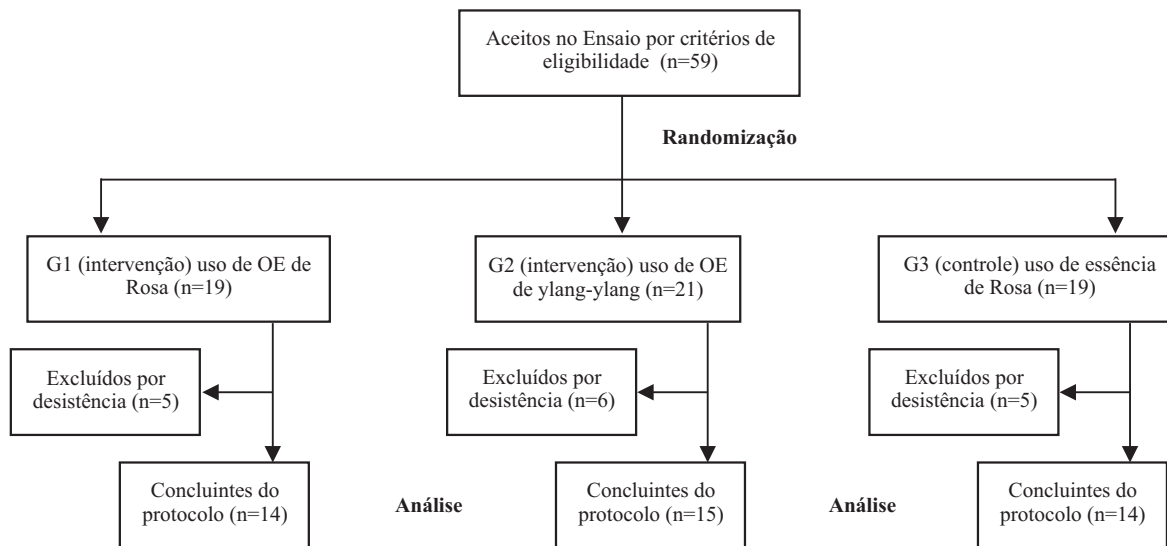


Figura 1 - Fluxo dos sujeitos ao longo do estudo OE=Óleo Essencial

As médias de idade foram G1=49.42, G2=47.14 e G3=46.37 anos com desvio padrão de 8.95, 8.09 e 8.54 respectivamente; as médias do tempo de trabalho dos funcionários nas unidades foram de G1=13.76, G2=13.40 e G3=13.44 anos com desvio padrão de 6.09, 7.56 e 7.42 respectivamente. Em relação ao sexo, apenas duas pessoas eram do sexo masculino, indicando que 96,61% dos participantes pertenciam ao sexo feminino.

Quanto ao grau de escolaridade, houve predomínio dos sujeitos com Ensino Médio completo (42,4%) seguido pelos que concluíram Ensino Fundamental (25,4%) e Superior completo (13,9%). A menor representatividade foi de indivíduos com o Ensino Fundamental incompleto (1,7%); os 16,5% restante era composto pelas taxas referentes ao Ensino Médio ou Superior incompleto. A maioria dos participantes (72,9%) tinha relacionamento estável no momento do estudo.

Para verificar se os grupos, após a randomização, ficaram semelhantes no que se refere à idade e tempo de trabalho, foram realizadas duas Análises de Variância, com os fatores aroma e sexo. A idade ($p=0,437$) e tempo de trabalho ($p=0,612$) apresentaram normalidade e homogeneidade nas variâncias ($p=0,665$ e $p=0,367$) respectivamente.

Não houve diferença entre os três grupos para a média de idade ($p=0,893$) e tempo de trabalho ($p=0,993$). Não houve diferença das médias de tempo de trabalho entre o sexo ($p=0,081$) e houve para idade ($p=0,025$). Entretanto, deve-se ressaltar a diferença entre o tamanho dos grupos,

pois havia apenas dois representantes do sexo masculino contra as 57 mulheres participantes da pesquisa.

Como a escala de autoestima foi aplicada em três momentos: antes do início do uso do aroma, após 30 dias e após 60 dias de uso, foi realizado o teste de Análise de Variância para Medidas Repetidas, como fator os grupos e covariáveis a idade e o tempo de trabalho. Como o pressuposto de esfericidade não foi atendido (teste de Mauchly's $p=0,000$), para o teste de hipótese foi utilizada a correção de Greenhouse-Geisser. Os resultados estão apresentados na Tabela 1. É importante ressaltar que a variável sexo não foi usada como fator devido à baixa quantidade do sexo masculino na amostra.

Tabela 1 - ANOVA para o efeito do aroma utilizado entre os participantes conforme questionário de autoestima e as covariáveis idade e tempo de trabalho - São Paulo - 2010

Fonte de variação	GL	Quadrado Médio	F	p-valor
Média dos questionários	1,508	350,115	0,474	0,570
Idade	1,508	1459,236	1,977	0,156
Tempo de trabalho	1,508	1058,485	1,434	0,243
Grupo	3,015	142,854	0,193	0,901
Erro	79,906	738,267		

De acordo com a Tabela 1, não houve diferença entre as médias nas três repetições ($p=0,570$), entre os grupos ($p=0,901$) e idade ($p=0,156$) e tempo de trabalho ($p=0,243$). Como a ANOVA de Medidas Repetidas não apresentou dife-

renças, buscou-se simplificar a análise realizando a diferença dos escores entre o primeiro (antes do início do uso do aroma) e o terceiro momento (após 60 dias de uso). A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas dessas diferenças.

Tabela 2 - Descritiva da diferença entre os escores de autoestima entre o primeiro e o terceiro momento de aplicação do questionário conforme os grupos - São Paulo - 2010

Grupo	Mínimo	Média	Desvio padrão	Mediana	Máximo	N
G1	-5,00	-1,07	1,38	-1,00	0	14
G2	-6,00	-1,80	3,12	-2,00	7	15
G3	-9,00	-1,86	3,06	-1,50	2	14

A variável média das diferenças entre o questionário aplicado no primeiro e no terceiro momento apresentou distribuição normal ($p=0,057$) e homogeneidade das variâncias ($p=0,132$). A ANOVA não indicou diferença entre os grupos ($p=0,684$).

A análise estatística descrita até então foi realizada tomando como base a inclusão de todos os sujeitos participantes da pesquisa. Entretanto, com a aplicação do questionário no primeiro momento, verificou-se que não se tratava de uma

pesquisa realizada com indivíduos que apresentavam baixa autoestima, pois a maior parte dos participantes tinham média ou alta autoestima, conforme consta na Tabela 3.

Por isso, considerou-se importante reavaliar os resultados partindo da classificação dos escores obtidos no primeiro questionário de Dela Coleta. Ou seja, os sujeitos foram classificados de acordo com seu escore obtido no primeiro momento de aplicação do questionário de Dela Coleta e divididos num ranking de baixa, média ou alta autoestima.

Tabela 3 - Distribuição do escore de autoestima dos sujeitos participantes no primeiro momento de aplicação dos questionários, conforme o ranking de Dela Coleta - São Paulo - 2010

Autoestima	G1		G2		G3		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixa	1	7,1	2	13,3	2	14,3	5	11,6
Média	2	14,3	6	40,0	3	21,4	11	25,6
Alta	11	78,6	7	46,7	9	64,3	27	62,8
Total	14	100	15	100	14	100	43	100

Primeiramente, foram selecionados apenas os sujeitos que obtiveram escore até 5 (equivalente a baixa autoestima) no primeiro questionário aplicado no primeiro momento. Para os sujeitos classificados com baixa autoestima ($n=5$), a diferença entre os questionários do primeiro e do terceiro momento apresentou distribuição normal ($p=0,577$), porém não apresentou homogeneidade das variâncias ($p=0,000$). Aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis e não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,687$) na melhora da autoestima.

Posteriormente, foram avaliados os resultados dos indivíduos que obtiveram escores de 6 a 10 no questionário aplicado no primeiro momento, abrangendo apenas os sujeitos com média autoestima. Estes distribuíram-se da seguinte maneira: seis pertenciam ao G2, dois ao G1 e três ao G3. Para os sujeitos classificados com média autoestima ($n=11$), a diferença entre os questionários do primeiro e do terceiro momento apresentou distribuição normal ($p=0,436$) e homogeneidade das variâncias ($p=0,112$). A ANOVA indicou que não houve diferença entre as médias ($p=0,714$).

Por fim, realizou-se uma última análise que incluiu apenas os sujeitos que obtiveram um escore de até 10 pontos no primeiro questionário, ou seja, englobando os participantes tanto com baixa quanto com média autoestima. Dessa forma, a amostra constituiu-se de três indivíduos do G1, oito do G2 e cinco do G3 e o teste da ANOVA indicou que não houve diferença entre os grupos ($p=0,714$).

DISCUSSÃO

Ao iniciar a análise deste estudo verificou-se um viés em sua elaboração: o fato de não se ter determinado em sua metodologia a seleção apenas dos sujeitos que obtivessem um escore de baixa autoestima (valores de 0 a 5) no instrumento de coleta de dados, no caso, a Escala de Dela Coleta.

A premissa de que os funcionários dos setores em questão (CME e Higienização) teriam baixa autoestima provém das referências da área de Enfermagem, as quais mencionam que a maioria dos trabalhadores dessas unidades tem problemas de relacionamento e de saúde, o que possivelmente poderia afetar a autoestima desses profissionais. Entretanto, dos 43 participantes que concluíram o estudo, apenas cinco tinham baixa autoestima quando responderam o primeiro questionário, o que contradiz a literatura⁽¹⁶⁾ utilizada como base para definir qual seria a população deste ensaio clínico. Isso demonstra que se partiu de uma amostra que foi selecionada de forma incorreta, inclusive deixando em aberto a necessidade de novos estudos sobre o perfil dos funcionários desses setores, já que o resultado encontrado reflete uma mudança positiva a qual difere do estigma que tem sido carregado por estes profissionais.

Apesar da literatura referendada sobre Aromaterapia^(10-11,17) indicar o uso dos óleos de escolha desta pesquisa para melhora de inúmeros fatores emocionais possíveis de interferirem na autopercepção do bem estar do indivíduo, inclusive embasando-se em princípios científicos, não há uma descrição da quantidade, tempo de uso e nem da forma de aplicação. Como não foi encontrado nenhum trabalho semelhante, houve a necessidade de se estabelecer quais seriam os procedimentos para a coleta de dados desta pesquisa que, no caso deste estudo, ficou definido como a inalação diária de uma gota de óleo essencial ou essência, durante o período de 60 dias. Existe a possibilidade de se obter outros resultados caso os aromas fossem utilizados em contato com a pele, pois há publicações que avaliaram a absorção de óleos essenciais e verificaram presença de linalol no sangue cinco minutos após uma massagem com óleo de lavanda⁽²⁰⁾.

Com a realização desta pesquisa, ainda não se pode afirmar uma forma ideal de aplicação e sugere-se existir a possibilidade de ser necessário o contato cutâneo com os óleos essenciais para que se obtenha um resultado satisfatório. Assim, através da execução da coleta de dados deste estudo, fica explícita a necessidade de novos trabalhos científicos com variações no delineamento da metodologia, principalmente em relação à via de aplicação, frequência e tempo de uso dos aromas, visto que a área de práticas complementares ainda tem sua pesquisa muito incipiente.

Entretanto, como existe uma literatura em âmbito mundial, já antiga, sobre o potencial dos óleos essenciais e seus respectivos grupos químicos, acredita-se que tal fato reforça a necessidade de novas pesquisas, pois seria um equívoco determinar a eficácia ou não dos óleos essenciais baseando-se em apenas um único estudo, voltado para uma área específica, no caso, a autoestima. Ou seja, o fato dos resultados deste trabalho não terem comprovado a eficácia da prática através da metodologia empregada não garante que a Aromaterapia não seja eficaz; por exemplo, se utilizada através de outras vias de aplicação ou diferentes dosagens e frequências de uso. É possível encontrar referências em livros sobre o uso dos óleos essenciais de rosa e ylang-ylang para melhora da autoestima, porém não existem relatos em periódicos sobre estudos experimentais desenvolvidos. Reafirma-se que são necessários mais estudos na área, já que não foi possível verificar através dos resultados desta pesquisa a eficácia dos óleos essenciais em questão e nem qual deles seria o mais indicado para melhorar a autoestima, visto que os sujeitos dos três grupos tiveram uma melhora, porém não significativa estatisticamente.

Os óleos essenciais são moléculas químicas de alta complexidade e o processamento dessas notas olfativas em nosso sistema límbico não se dá necessariamente de uma maneira idêntica em todos os indivíduos. Sabe-se que os cheiros nos remetem a lembranças, podendo estas serem boas ou

ruins; a leitura desses complexos moleculares poderá ser influenciada por inúmeras variáveis intrínsecas ao sujeito, como sua cultura e personalidade. Além disso, de acordo com uma Revisão Sistemática⁽²¹⁾ que avaliou publicações sobre Aromaterapia e que realizou uma análise sobre os efeitos dos aromas na fisiologia, no humor e no comportamento, existem inúmeras variantes do mesmo aroma que têm sido utilizadas em laboratórios com resultados semelhantes, sugerindo que não é a percepção psicológica da estrutura química da molécula que é importante. A questão da função da estrutura, no entanto, foi examinada por um teste com moléculas quimicamente idênticas, que apresentavam pequenas diferenças na orientação molecular. Aparentemente, concluiu-se que a quiralidade ocasionada pelos carbonos assimétricos nesses compostos é que vai influenciar os resultados devido às diferentes orientações de moléculas quirais, ou seja, essas moléculas se ligarão de diferentes formas aos receptores do sistema límbico. Os receptores olfativos são especialmente orientados para moldar as interações de ajuste, é por isso que as diferentes formas quirais das moléculas produzem odores diferentes um dos outros⁽²¹⁾.

A partir dessas considerações, este trabalho foi reavaliado e inferiu-se que a escolha de um placebo para o grupo controle pode ser uma falha em pesquisas sobre práticas complementares, pois se qualquer aroma é capaz de estimular os receptores olfativos, assim como os OE, a essência também vai interagir com esses receptores, sendo capaz, portanto, de produzir algum tipo de resposta no sistema límbico. Como se sabe, este sistema está relacionado diretamente com nosso comportamento, sentimentos e emoções, logo o estímulo da essência poderá despertar algum tipo de memória olfativa, principalmente porque essa variante do aroma de Rosas está muito mais presente no cotidiano aromático da população do que as próprias moléculas do óleo essencial puro de Rosas ou de Ylang ylang, já que estes são matérias primas caras e pouco utilizadas nas indústrias que aromatizam seus produtos, como cosméticos, gêneros de limpeza e alimentícios.

Uma dificuldade encontrada na elaboração deste estudo foi que apesar dos principais livros aceitos na área de Aromaterapia fazerem indicações de uso dos óleos essenciais, não há referências de como chegaram a esses resultados e nem citam se realizaram pesquisas na área.

Pelo fato da autoestima ser um conhecimento complexo, envolvendo um conjunto de sentimentos do sujeito acerca de si mesmo que podem ser positivos ou negativos⁽¹²⁾, mesmo tendo trabalhado com uma escala já valida-

da, nota-se que cada uma das frases desse instrumento aborda diferentes aspectos da autoaceitação ou rejeição do indivíduo, entretanto não aponta quais os aspectos constituintes da autoestima que estão deficitários. Além disso, esta divergência entre os resultados da avaliação da autoestima, quando aplicada a escala de Dela Coleta e a constatada nos estudos com trabalhadores de CME, pode ocorrer porque neste instrumento as questões são mais voltadas aos sentimentos frente a convivência com a família e a comunidade em que as pessoas estão inseridas, ou seja, é uma escala que avalia fatores da autoestima fora do contexto profissional. Se houvessem questões no instrumento abordando sentimentos frente aos outros profissionais da saúde, as diferentes nuances que caracterizam uma autoestima prejudicada poderiam ser detectadas.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos, verificou-se que os óleos essenciais de rosa e ylang-ylang não alteraram de forma significativa a percepção da autoestima. Portanto, não foi possível comparar a efetividade entre eles, uma vez que tanto os participantes que utilizaram os óleos essenciais quanto os que usaram a essência de Rosa (placebo) não apresentaram melhora significativa. Entretanto, vale ressaltar que se partiu de uma população na qual era predominante a média e alta autoestima e, por isso, avaliou-se também os resultados dos indivíduos que obtiveram o escore de média autoestima no primeiro questionário no primeiro momento, sendo que não obtivemos diferença entre os grupos. Por fim, analisou-se os sujeitos que apresentaram baixa ou média autoestima no primeiro questionário, os quais também não apresentaram diferença entre as médias.

Novos trabalhos que alterem metodologia e o instrumento de coleta de dados, no caso a escala para se avaliar a autoestima, devem ser realizados, uma vez que a Aromaterapia representa uma vasta área a ser pesquisada. Trabalhos como este, que explicitam dosagem, tempo e forma de aplicação, agregam conhecimento às áreas de Enfermagem e das Práticas Complementares. Há muitas variáveis ainda não conhecidas que abrangem não somente a forma de aplicação e utilização dos óleos essenciais, mas também inúmeros fatores intrínsecos aos indivíduos, como personalidade e cultura. Contudo, ressalta-se que é um avanço no Brasil a aplicação de uma escala já validada num estudo sobre terapias complementares de saúde.

REFERÊNCIAS

1. São Paulo (Cidade). Lei n. 13.717, de 8 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a implantação das Terapias Naturais na Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. São Paulo; 2004 [citado 2010 jan. 28]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=09012004L137170000
2. Akiyama K. Práticas não convencionais em medicina no Município de São Paulo [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

3. Tovey P, Chatwin J, Ahmad S. Toward an understanding of decision making on complementary and alternative medicine (CAM) use in poorer countries: the case of cancer care in Pakistan. *Integr Cancer Ther.* 1997;4(3):236-41.
4. McEwen M, Wills E M. Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Ignatti C. Uma proposta de prática de enfermagem holística [dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba; 1993.
6. World Health Organization (WHO). Traditional medicine strategy [Internet]. Geneva; 2004 [cited 2010 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 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.*
8. Nogueira MJC. Fitoterapia popular e enfermagem comunitária [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1983.
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n.197, de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem. São Paulo; 1997.
10. Rose J. O livro da Aromaterapia: aplicações e inalações. Rio de Janeiro: Campus; 1995.
11. Tisserand R. A arte da Aromaterapia. São Paulo: Roca; 1993.
12. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press; 1965.
13. Silva MF, Silva MJP. A autoestima e o não verbal dos pacientes com queimaduras. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):206-16.
14. Andrade D, Angerami ELS. A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato. *Rev Latino Am Enferm.* 2001;9(6):37-41.
15. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. Escalas para medida de atividade e outras variáveis psicossociais. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1996.
16. Bartolomei SRT, Lacerda RA. O enfermeiro da Central de Material e Esterilização e a percepção. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(2):258-65.
17. Lavabre M. Aromaterapia: a cura pelos óleos essenciais. Rio de Janeiro: Nova Era; 2001.
18. Price S. Aromaterapia e as emoções: como usar óleos essenciais para equilibrar o corpo e a mente. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
19. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Jaeger W, Buchbauer G, Jirovetz L, Fritzer M. Percutaneous absorption of lavender oil from a massage oil. *J Soc Cosmet Chem.* 1992;43(1):49-54.
21. Herz RS. Aromatherapy facts and fictions: a scientific analysis of olfactory effects on mood, physiology and behavior. *Int J Neurosci.* 2009;119(2):263-90.