

**Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem**

Thiago da Silva Domingos

**Massagem com aromaterapia e sua eficácia para o usuário em
internação psiquiátrica**

Botucatu
2014

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Thiago da Silva Domingos

**Massagem com aromaterapia e sua eficácia para o usuário em
internação psiquiátrica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: “Prática de Enfermagem”

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Mara Braga.

Botucatu
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Domingos, Thiago da Silva.

Massagem com aromaterapia e sua eficácia para o usuário em internação psiquiátrica / Thiago da Silva Domingos. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga

Capes: 40404005

1. Ansiedade. 2. Aromaterapia. 3. Essências e óleo e essenciais - Uso terapêutico. 4. Enfermagem psiquiátrica. 5. Massagem.

Palavras-chave: Ansiedade; Aromaterapia; Enfermagem psiquiátrica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DOMINGOS, Thiago da Silva.

Massagem com aromaterapia e sua eficácia para o usuário em internação psiquiátrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

ao Amor.

Agradecimentos...

Deus, razão primeira dos meus passos;
Milton e Izaura, meus pais, a quem devo simplesmente tudo;
Daniela, Marco Antonio, Caio, Júlia e Gustavo pelo respeito, confiança e apoio;
Rodrigo Dantas Mitsuka, pelo companheirismo;
Prof.^a Eliana Mara pela confiança e impagável orientação;
Corpo docente do Mestrado Profissional em Enfermagem - FMB – UNESP;
Corpo discente do Mestrado Profissional por permitir crescimento mútuo;
Hospital das Clínicas – Unidade 3 e Santa Casa de Misericórdia de Marília;
Usuários da internação psiquiátrica, representando a motivação e a luta;
Meus amigos, pela compreensão de minha ausência e pela insistente doação;
Membros do GEPACS-USP pela construção e fortalecimento;
Prof.^a Maria Júlia pela gratuidade;
Prof.^a Silvia Bocchi e Prof.^a Maria Alice pela generosidade;
Prof.^a Maria Derci pela primorosa revisão;
A todos os funcionários que torceram e incentivaram por mais essa etapa;
Residentes Multiprofissionais em Saúde Mental e Psiquiatria – FAMEMA;
Aprimorandas de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental - FAMEMA;
Equipe de saúde da UPC – Internação Psiquiátrica;
Mariana Frascá, Karla Honda e Eliana Nobre pelos momentos de partilha;

*“Dos cinco sentidos,
o olfato é o que melhor expressa a ideia de imortalidade.”*

Salvador Dalí

RESUMO

DOMINGOS, T.S. **Massagem com aromaterapia e sua eficácia para o usuário em internação psiquiátrica.** 2014. 110f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2014.

A enfermagem psiquiátrica e o cuidado em saúde mental têm acompanhado as inúmeras modificações que têm acontecido no âmbito da medicina e nas esferas social, histórica e cultural. Com isso, o cuidado ao portador de transtornos mentais tem se delineado à luz da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial, militando-se por preceitos como a humanização, a ressocialização e a reintegração desses usuários à sociedade. Assim, ocasionando mudanças bruscas na micropolítica do trabalho, nos profissionais da equipe de saúde, nos familiares e nos dispositivos de cuidado na rede em saúde mental. No sentido de pluralizar as práticas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), conta-se desde 1970 com as práticas complementares no Brasil, no entanto, de forma não sistematizada. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), assegurando para os profissionais a aplicação dessas técnicas. Dentre essas práticas cita-se aromaterapia, cuja utilização tem crescido atualmente e a enfermagem como sendo uma das principais classes profissionais representante desta terapia. Consiste na utilização de óleos essenciais por meio da inalação, aplicação dérmica e olfação, com objetivo de prevenção e tratamento. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar a eficácia da massagem com aromaterapia sobre a ansiedade de pacientes internados em uma unidade de internação psiquiátrica, tendo como parâmetros uma escala de ansiedade validada nacional e internacionalmente (IDATE), a mensuração das frequências cardíaca e respiratória e a experiência do usuário em relação a esta prática. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, com delineamento de ensaio clínico não controlado, aplicado na unidade de internação psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). A população de estudo foi constituída por cinquenta sujeitos portadores de transtornos de personalidade e do comportamento do adulto, segundo critérios dispostos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), internados entre maio e outubro de 2013. A intervenção se constituiu em seis sessões de 20 minutos distribuídas em dias alternados, com a aplicação da aromaterapia na forma de massagem na região cervical e torácica posterior, utilizando óleos essenciais de gerânio (*Pelargonium graveolens*) e lavanda (*Lavandula angustifolia*), ambos diluídos na porcentagem de 0,5% em gel neutro. Os resultados quantitativos apontam para diminuição estatisticamente significativa entre as médias da frequência cardíaca e respiratória antes e após intervenção. Em relação ao IDATE-Estado não houve, entretanto, significância estatística entre as categorias antes e após intervenção. Dos resultados qualitativos duas categorias de análise emergiram do discurso dos sujeitos da pesquisa: “*Identificando os benefícios da aromaterapia*” e “*Possibilitando o autoconhecimento*”; nesses se evidenciam o sentido da intervenção com aromaterapia durante a internação psiquiátrica. O produto dessa pesquisa, configurado pela inserção das Práticas Alternativas e Complementares em Saúde, possibilitou um diálogo entre diferentes racionalidades médicas no âmbito da assistência e do ensino. Contribuiu, ainda, para o enriquecimento das práticas de cuidado em saúde mental, desenvolvendo tecnologias leves que promovam ações no campo da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial.

Palavras-chaves: Enfermagem Psiquiátrica. Aromaterapia. Ansiedade.

ABSTRACT

DOMINGOS, T.S. **Massage with aromatherapy and its efficacy to users in psychiatric hospitalization.** 2014. 110p. Thesis (Master's) – Botucatu Medical School, Univ Estadual Paulista, 2014.

Psychiatric nursing and mental health care have followed the numerous changes that have taken place in medicine and in the social, historical and cultural realms. Hence, care provision to patients with mental disorders has been outlined in light of the Psychiatric Reform and Psychosocial Rehabilitation based on precepts such as humanization, resocialization and reintegration of such users into society, thus causing abrupt changes in the micro policies of work, in health care team members, in patients' relatives and in care provision devices in the mental health care network. With the purpose to pluralize care practices in the Unified Public Health System (SUS), complementary practices have been available in Brazil since 1970, although in a non-systematized fashion. In 2006, the Health Department (HD) published the National Policies for Integrative and Complementary Health Care Practices (*Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde* [PNPIC]), thus ensuring to professionals the application of such techniques. Among such practices, aromatherapy is mentioned, and its use has presently increased in Nursing as one of the main professional classes representing that therapy type. It consists in the use of essential oils by means of inhalation, dermal application and smelling, with the purpose of prevention and treatment. Therefore, this study aims at analyzing the efficacy of massage with aromatherapy on the anxiety of patients hospitalized in a psychiatric hospitalization unit, using, as parameters, a nationally and internationally validated anxiety scale (STAI), the measurement of heart and respiratory rates and users' experience in relation to that practice. It is a quanti-qualitative study with a non-controlled clinical-trial design applied in the psychiatric hospitalization unit of the Marília School of Medicine University Hospital (FAMEMA). The population in the study consisted of fifty subjects with adult personality and behavior disorders, according to criteria established in the International Statistical Disease Classification and Health-Related Problems (ICD-10), hospitalized from May to October 2013. The intervention consisted of six 20-minute sessions distributed on alternate days, with the application of aromatherapy in the form of cervical and posterior thoracic massage using geranium (*Pelargonium graveolens*) and lavender (*Lavandula angustifolia* essential oils), both diluted in neutral gel at the percentage of 0.5%. The quantitative results showed statistically significant decrease between the means for heart and respiratory rates before and after the intervention. As regards STAI-State, however, there was no statistical significance between the categories before and after the intervention. As to qualitative results, two analytical categories emerged from the study subjects' discourse: "*Identifying the benefits of aromatherapy*" and "*Enabling self-knowledge*", in which the meaning of the intervention with aromatherapy during psychiatric hospitalization was shown. The product of this study, configured by the introduction of Alternative and Complementary Practices in Health Care, enabled a dialogue between different medical rationales in the scope of care provision and teaching. It also contributed to enriching care provision practices in mental health by developing light technologies that promote actions in the field of the Psychiatric Reform and Psychosocial Rehabilitation.

Key words: Psychiatric Nursing. Aromatherapy. Anxiety.

RESUMEN

DOMINGOS, T.S. **Masaje con aromaterapia y su eficacia para el usuario en la hospitalización psiquiátrica**. 2014. 110f. Tesis (Master) - Facultad de Medicina de Botucatu, Univ Estadual Paulista, 2014.

La enfermería psiquiátrica y la atención de salud mental han estado siguiendo los numerosos cambios que han ocurrido en el contexto de la medicina y de las esferas sociales, históricas y culturales. Con esto, la atención a los pacientes con trastornos mentales se ha delineado a la luz de la Reforma Psiquiátrica y Rehabilitación Psicosocial, militando por preceptos como la humanización, la rehabilitación y la reinserción social de los usuarios. Por lo tanto, provocando cambios bruscos en la micropolítica del trabajo, en los profesionales del equipo de salud, en la familia y en los dispositivos de la red de atención en salud mental. Con el fin de pluralizar las prácticas de atención en el Sistema Único de Salud (SUS), se cuenta, desde 1970, con prácticas complementarias en Brasil, sin embargo, no de una manera sistemática. En 2006, el Ministerio de Salud (MINSA) publicó la Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias en Salud (*Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde* [PNPIC]), que prevé la aplicación profesional de estas técnicas. Entre estas prácticas, se citan la aromaterapia, cuyo uso ahora ha crecido, y la enfermería como una de las principales clases profesionales representante de esta terapia. Es el uso de aceites esenciales a través de la inhalación, aplicación dérmica y el olfato, dirigido a la prevención y el tratamiento. Así, este estudio tiene como objetivo analizar la efectividad del masaje de aromaterapia en la ansiedad de los pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico, teniendo como parámetros una escala de ansiedad validada nacional y internacionalmente (IDATE), la medición de las tasas cardíacas y respiratorias y la experiencia del usuario en relación a esta práctica. Se trata de un estudio cuantitativo y cualitativo, con un diseño de ensayo clínico no controlado, aplicado en la sala de psiquiatría del Hospital de la Facultad de Medicina de Marília (FAMEMA). La población de estudio consistió en cincuenta pacientes con trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, según los criterios establecidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), ingresados entre mayo y octubre de 2013. La intervención consistió en seis sesiones de 20 minutos distribuidas en días alternos, con la aplicación de la aromaterapia en forma de masaje en la región cervical y torácica posterior, con el uso de aceites esenciales de geranio (*Pelargonium graveolens*) y lavanda (*Lavandula angustifolia*), ambos diluidos en porcentaje de 0,5 % en gel neutro. Los resultados cuantitativos muestran una disminución estadísticamente significativa entre las medias de las frecuencias cardíaca y respiratoria antes y después de la intervención. En cuanto a la IDATE-Estado, no hubo, sin embargo, significación estadística entre las categorías antes y después de la intervención. De los resultados cualitativos, dos categorías de análisis emergieron de los discursos de los sujetos de investigación: "*La identificación de los beneficios de la aromaterapia*" y "*permitiendo el autoconocimiento*", de las cuales es evidente el sentido de la intervención con aromaterapia durante la hospitalización psiquiátrica. El producto de esta investigación, configurado por la inserción de Prácticas Alternativas y Complementarias en salud, permitió un diálogo entre diferentes racionalidades en el contexto de la atención médica y la educación. También contribuyó al enriquecimiento de las prácticas de atención de salud mental mediante el desarrollo de tecnologías de peso ligero que promuevan acciones en el campo de la Reforma Psiquiátrica y Rehabilitación Psicosocial.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica. Aromaterapia. Ansiedad.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da proporção de sujeitos segundo procedência e sexo. Marília/SP - 2013.....	61
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo escolaridade e sexo. Marília/SP – 2013.	62
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil e ao sexo. Marília/SP – 2013.....	63
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos em relação a possuir filho e ao sexo. Marília/SP – 2013.....	63
Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos quanto à religião e ao sexo. Marília/SP – 2013	64
Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos segundo diagnóstico e sexo. Marília/SP – 2013	65
Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos segundo internação prévia e sexo. Marília/SP – 2013.....	66
Gráfico 8 – Distribuição dos sujeitos segundo tratamento prévio e sexo. Marília/SP – 2013.....	66
Gráfico 9 – Distribuição dos sujeitos segundo tabagismo e sexo. Marília/SP – 2013	67

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Aromaterapia na atualidade	42
Quadro 2 – Transtornos da Personalidade segundo a CID-10: nomenclatura e características.....	48
Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos segundo faixa etária e sexo. Marília/SP – 2013	60
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos quanto à ocupação e ao sexo. Marília/SP – 2013	62
Tabela 3 – Média e Desvio Padrão das Frequências Cardíacas (FC) antes e após cada sessão da intervenção (S1 a S6). Marília/SP – 2013.....	67
Tabela 4 – Associação entre Frequência Cardíaca (FC) e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia. Marília/SP – 2013.....	68
Tabela 5 – Associação entre Frequência Cardíaca (FC) e subtipos diagnósticos dos transtornos da personalidade e do comportamento do adulto. Marília/SP – 2013	68
Tabela 6 – Média e Desvio Padrão das Frequências Respiratórias (FR) antes e após cada sessão da intervenção (S1 a S6). Marília/SP – 2013.....	69
Tabela 7 – Associação entre Frequência Respiratória (FR) e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia. Marília/SP – 2013	69
Tabela 8 – Associação entre Frequência Respiratória (FR) e subtipos diagnósticos dos transtornos da personalidade e do comportamento do adulto. Marília/SP – 2013	70
Tabela 9 – Média e Desvio Padrão dos escores do IDATE antes e após intervenção. Marília/SP – 2013	70
Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo categoria do IDATE-Estado antes e após intervenção. Marília/SP – 2013.....	71
Tabela 11 – Distribuição da proporção dos sujeitos de pesquisa segundo as categorias do IDATE-Estado antes e após intervenção. Marília/SP – 2013.....	71
Tabela 12 – Associação entre IDATE-Estado pré-intervenção e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia. Marília/SP – 2013	72
Tabela 13 – Associação entre IDATE-Estado pré-intervenção e subtipos diagnósticos dos Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto. Marília/SP – 2013	72

LISTA DE SIGLAS

ASM – Ambulatório de Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CME – Central de Material e Esterilização

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados à Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CTT – Composição Técnica do Trabalho

DRS – Diretoria Regional de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FC – Frequência Cardíaca

FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

FR – Frequência Respiratória

IC – Intervalo de Confiança

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MAC – Medicina Alternativa e Complementar

MS – Ministério da Saúde

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

OE – Óleo Essencial

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Práticas Alternativas e Complementares de Saúde

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

SNA – Sistema Nervoso Autônomo

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS - Statistical Package for Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP – Transtornos da Personalidade

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UPC-IP – Unidade de Produção de Cuidados – Internação Psiquiátrica

UPHG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria	21
2.2 Práticas Complementares e Integrativas	24
2.3 Aromaterapia e Ansiedade	27
3 REFERENCIAIS TEÓRICOS	32
3.1 Ansiedade	32
3.1.1 <i>Etimologia, História e Definições da Ansiedade</i>	32
3.1.2 <i>A Pós-Modernidade e a Ansiedade</i>	34
3.1.3 <i>Abordagens acerca da Origem da Ansiedade</i>	34
3.1.4 <i>Neurobiologia da Ansiedade</i>	35
3.1.5 <i>Quadro Clínico da Ansiedade</i>	38
3.2 Aromaterapia	39
3.2.1 <i>Histórico</i>	39
3.2.2 <i>Definições e Conceitos em Aromaterapia</i>	43
3.2.3 <i>Aromaterapia e a Enfermagem</i>	44
3.2.4 <i>Óleos Essenciais</i>	44
3.3 Transtornos da Personalidade	46
3.3.1 <i>Transtornos da Personalidade: definição</i>	47
3.3.2 <i>Transtornos da Personalidade: classificação segundo a CID-10</i>	48
3.3.3 <i>Transtornos da Personalidade: aspectos epidemiológicos</i>	50
4 OBJETIVOS	51
4.1 Objetivo Geral	51
4.2 Objetivos Específicos	51
5 MÉTODO	52
5.1 Tipo de Estudo	52

5.2 Local.....	53
5.3 População de Estudo	53
5.4 Procedimentos Éticos	54
5.5 Intervenção	54
5.6 Método 1 – Vertente Quantitativa	55
5.6.1 Coleta de Dados	55
5.6.2 Análise de Dados.....	56
5.7 Método 2 – Vertente Qualitativa.....	57
5.7.1 Coleta de Dados	57
5.7.2 Análise de Dados.....	57
5.8 Intervenção Paralela.....	58
6 RESULTADOS.....	60
6.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa	60
6.1.1 Perfil sócio-demográfico.....	60
6.1.2 Aspectos diagnósticos e clínicos	64
6.2 Resultados quantitativos	67
6.3 Resultados qualitativos.....	72
6.3.1 Identificando os benefícios da aromaterapia.....	72
6.3.2 Possibilitando o autoconhecimento.....	77
7 DISCUSSÃO.....	80
7.1 Perfil da População de Estudo	80
7.2 Dados Quantitativos	82
7.3 Dados Qualitativos.....	85
7.4 Reflexões acerca da Configuração do Produto de Pesquisa. 87	87
7.5 Limitações do Estudo	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES E ANEXOS.....	105

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto é fruto de reflexões acerca da assistência do enfermeiro em uma Unidade de Produção de Cuidados - Internação Psiquiátrica (UPC-IP) de um hospital-escola, contexto em que foi possível observar e vivenciar fatos, falas, satisfações e insatisfações sobre o desenvolvimento do cuidado junto ao usuário portador de transtornos mentais. Estar por quatro anos nessa realidade permitiu-me construir uma caracterização do cuidado em saúde mental e dos fazeres do enfermeiro e da equipe de enfermagem, inseridos em um equipamento pouco difundido e pouco aceito nas imbricadas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira: a internação.

Entre as modificações que a assistência de saúde aos usuários de transtornos mentais vem sofrendo nas últimas décadas, os hospitais psiquiátricos estão sendo substituídos pelas internações em Unidade Psiquiátricas de Hospital Geral (UPHG). De acordo com as políticas que regem estes serviços de saúde e os paradigmas da Saúde Mental, este aparato ainda representa um recurso terapêutico indispensável para diversos pacientes, desde que os recursos extra-hospitalares tenham sido esgotados e caráter da internação seja estruturado para a atenção integral ao usuário, com prazo relativamente curto e com vistas à sua reinserção social em seu meio ⁽¹⁻³⁾.

A mudança do paradigma de cuidado em Saúde Mental, que reorganizou a rede de cuidados, centrando a atenção na reabilitação psicossocial, exige consequentemente que as práticas de trabalho sejam reconstruídas, inclusive no ambiente de internação em hospital geral, para que seja um local de cuidado congruente ao novo paradigma. A partir disso, é imprescindível que os profissionais conheçam tais pressupostos e estejam imbuídos em sua operacionalização nos processos de trabalho, construindo novas práticas de cuidado em saúde. Somente dessa forma a reabilitação psicossocial se proverá de um operador teórico-prático que aponte para mudanças que criem possibilidades de vida e de construção de cidadania plena ao portador de transtornos mentais ^(5,6).

No contexto de trabalho, observa-se, no entanto, um tratamento eminentemente baseado na terapia medicamentosa e no saber médico, associados com algumas propostas de reinserção do usuário na sociedade, representadas principalmente pelas atividades de Terapia Ocupacional. Oferta-se, ainda, espaço para a implicação dos

familiares no cuidado ao usuário, como o Grupo de Famílias instituído pelo Serviço Social. Conta-se com o Serviço de Psicologia que, além de trabalhar com atendimentos individuais, realiza o Grupo Terapêutico semanalmente.

Diante desse cenário, a assistência por parte do enfermeiro ao usuário resiste caracterizando-se pelo Relacionamento Interpessoal Terapêutico. Com esta ferramenta, o profissional e o paciente estabelecem objetivos comuns para serem atingidos durante a internação e nesse processo o profissional age como facilitador, estimulando a compreensão do usuário em relação ao seu adoecimento. Por meio da comunicação, o enfermeiro estimula o usuário a se expressar e, com isso, ambos identificam as necessidades a serem administradas. Esse cuidado tende a promover crescimento, desenvolvimento, maturidade e melhorias no funcionamento e nas habilidades do usuário frente aos conflitos e às adversidades ⁽⁶⁻⁸⁾.

Inserida nesse elenco de atividades, a equipe de Enfermagem ainda gere e se responsabiliza por condutas vigilantes em relação às atitudes e aos comportamentos dos usuários, pelos cuidados com a alimentação, higiene e sono; pela conferência de pertences e pelo cumprimento das normas e diretrizes que regem o funcionamento da UPC-IP. Daí, controle de escalas, participação de reuniões de equipe e de discussão de casos, conferência das mais diversas demandas e outras tarefas fundamentadas em um saber administrativo são funções que dissolvem e distanciam os fazeres do enfermeiro relativos ao cuidado ao portador de transtornos mentais durante a internação. Pelo exposto, observa-se que as atividades de enfermagem são marcadas pela divisão técnica e social do trabalho e o cuidado ainda é marcado pelo funcionamento biológico e institucionalizante ^(4,9).

Em relação à percepção daquilo que o usuário espera de seu tratamento, percebe-se que, a depender do quadro sintomatológico e do diagnóstico médico, a esperança em retomar a vida ativa, o trabalho e a convivência são prioridades e urgências para os usuários. Entretanto, não é incomum presenciar a verbalização e o desejo de receber medicação na tentativa de evitar exposição a sentimentos angustiantes, fato associado a uma limitação e protelação para enfrentar problemas inerentes à vida. Esse discurso leva à reflexão de um processo social complexo, denominado medicalização, amplamente discutido pela sociologia da saúde desde a década de 1960 ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Ao ancorar e contrapor as vivências de trabalho na UPC-IP com as bases científicas para o cuidado em Saúde Mental, apontam-se aproximações e

distanciamentos, os quais desencadeiam questionamentos e nos levam repensar a prática de enfermagem junto aos portadores de transtornos mentais a partir dos pressupostos da reabilitação psicossocial. Dessa forma, delimita-se nosso problema de estudo: caracterização do cuidado de Enfermagem em Saúde Mental em uma unidade de internação enquanto um instrumento de institucionalização do usuário, centrado na doença e reforçando práticas de medicalização do social junto ao usuário de transtornos mentais.

As características da UPC-IP e da unidade hospitalar onde está instalada (Hospital das Clínicas – Unidade 3 do Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília) são razões que também orientam a elaboração desta pesquisa. Com suas atividades iniciadas em 2010, a instituição traz em seu projeto de operacionalização e fundamentação a intenção em guiar os processos de trabalho, tomando por base os conceitos de Integralidade e Necessidades de Saúde^a, constituindo equipes multiprofissionais sob a lógica da Produção de Cuidados^b e Projetos Terapêuticos Singulares^c. Em um estudo realizado na UPC-IP, nota-se que a equipe de enfermagem atua nesta especialidade por um período máximo de dois anos e os autores citam como dificuldades o trabalho junto ao usuário em risco de suicídio ou mania e internações infantis. Em relação aos usuários, a média de permanência deles é de 17,8 dias e os diagnósticos prevalentes foram esquizofrenia (44,4%) e transtornos da personalidade (29,6%)^(13,14).

Pelo apresentado até o momento e na tentativa de pluralizar as perspectivas de enfrentamento da doença e dos sintomas advindos dos transtornos mentais, assim como ampliar os horizontes de atuação das práticas de enfermagem, propõe-se a aplicação de uma intervenção baseada nas Práticas Alternativas e Complementares de Saúde (PACS): a aromaterapia e sua aplicação dérmica proporcionada pelo toque ao usuário portador de transtornos da personalidade no contexto da internação psiquiátrica. Com essa proposta formula-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual é a eficácia^d e o sentido

^a PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben de Araujo. Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ – IMS – ABRASCO, 2006.

^b CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

^c OLIVEIRA, Gustavo Nunes. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Aderaldo&Rothschild, 2008.

^d DONABEDIAN, A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994

do toque com aromaterapia sobre a ansiedade para os usuários em internação psiquiátrica?

Vale ressaltar que os referidos temas, Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e Saúde Mental e Psiquiatria, são dois campos de pesquisas de interesse que, estimulados por órgãos internacionais e nacionais, como Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), desde a década de 1970, continuam em gradual aplicação e investigação no âmbito das ciências biológicas e da saúde ^(15, 16).

No âmbito internacional as práticas clínicas com aromaterapia têm-se tornado área em expansão para a enfermagem, sendo considerada uma das técnicas complementares mais popularmente utilizada. Têm sido aplicadas nas mais diversas especialidades médicas, incluindo oncologia, ginecologia, geriatria e psiquiatria e, muito embora os resultados ainda se apresentem contraditórios, são promissores. No Brasil, observa-se um movimento ainda incipiente em relação à inserção das PACS nos serviços de saúde, estando limitado a ações pontuais de responsabilidade de profissionais independentes. A literatura científica nacional está voltada para a discussão das racionalidades médicas e para a concepção e o conhecimento dos profissionais acerca das PACS ^(15,17-20).

Dessa forma, pretende-se pluralizar as práticas de cuidado em saúde mental, com técnicas que promovam qualidade com tecnologias leves e leve-duras, sem gerar altos custos aos serviços de saúde. Além disso, a utilização das práticas complementares traz consigo a potencialidade de reorganizar e reestruturar a atenção à saúde, por meio do empoderamento do usuário ao participar ativamente da decisão de sua terapêutica, tornando-se o centro do plano de cuidados; além de reconfigurar a proximidade da relação terapeuta e paciente ^(15, 21).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Historicamente, a Enfermagem Psiquiátrica tem acompanhado as modificações que ocorrem no campo da Psiquiatria com suas diferentes concepções e enfoques, a saber: modelo médico, comportamental, psicodinâmico, preventivista e humanista. Cada um possui características peculiares que exercem influências coexistentes nas formas de funcionamento das instituições e das equipes de saúde, assim como na interpretação dada ao processo saúde-doença, ao doente e à condução do tratamento ⁽⁷⁾.

No entanto, observa-se e vivencia-se, no cotidiano dos fazeres dos diferentes profissionais e do funcionamento da equipe multiprofissional, uma tendência ao modelo médico, também denominado psiquiatria organicista/biológica. Tal achado prático corrobora outros estudos ao explicar que a referida concepção é hegemônica nas práticas assistenciais psiquiátricas do país ^(22,23).

O modelo médico teve sua origem no período da Renascença (século XVI), em um movimento denominado “revolução Pineliana”, sendo um dos mais antigos modelos de tratamento em saúde mental, também conhecido como tratamento moral. O enfoque é dado à doença e às formas de controle ao abordá-la (história, diagnóstico e tratamento), sendo a relação com o doente baseada em dominação-submissão e o médico reconhecido como “mestre da loucura” ^(7, 23-25).

Sob essa concepção, a loucura, entendida como distúrbio da razão, tinha origem na vida desregrada, nos vícios e no ócio. À luz desses conceitos, fundamentava-se o saber para a época e fundava-se o hospício, articulando ações heterogêneas para alienação mental: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico e poder nas relações entre médico e paciente ⁽²³⁻²⁷⁾.

Imersa nesse contexto, surge a primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro: Escola Profissional de Enfermeiros (1980), vinculada ao Hospício Nacional de Alienados. Trata-se de uma tentativa de sistematizar o ensino da enfermagem na área psiquiátrica, tendo como alicerces disciplina, vigilância e controle. A figura do profissional de Enfermagem está localizada em um espaço intermediário e dependente,

entre o médico e o paciente, em um fazer caracterizado pelo simples cumprimento das condutas daquele ^(23, 28).

A Enfermagem inserida no tratamento moral tem olhar direcionado à doença e ao sintoma, desconsiderando o paciente enquanto sujeito, restando a este a posição de objeto. Com isso, sequer se cogitava no estabelecimento da relação de ajuda. Os recursos e fazeres baseavam-se no estabelecimento do medo, em métodos punitivos e em técnicas disciplinares concernentes ao objetivo terapêutico: adaptar o doente mental aos padrões socialmente aceitáveis ⁽²⁹⁾.

Tal modelo permaneceu vigente por mais de um século e, mesmo tendo sofrido críticas, não havia ações voltadas para a mudança em seu funcionamento e em seu valor terapêutico. Ainda na atualidade, observam-se inúmeros dispositivos assim caracterizados, que se foram agregando no decorrer dos anos à rede de saúde mental, como, por exemplo, as colônias agrícolas, a assistência ambulatorial, o hospital-dia e os hospitais psiquiátricos. Juntos, configuram uma assistência fundamentada no paradigma racionalista do problema-solução com sua organização baseada no conceito de intensidade, excluindo a subjetividades das pessoas portadoras de transtornos mentais ^(26, 30).

Outro avanço de importância para área está no campo da psicofarmacologia, com a inserção do lítio, no tratamento de pacientes portadores de transtornos bipolares no ano de 1949; da clorpromazina para transtornos psicóticos em 1952 e, em 1957, do clordiazepóxido. Com isso, a Psiquiatria passa a conquistar espaço dentre as especialidades médicas com fundamentos alicerçados nos discursos criteriosos da biologia científica. A partir destas décadas, inúmeros benzodiazepínicos foram lançados no mercado, desencadeando alterações fundamentais para o cuidado do portador de transtornos mentais ⁽³¹⁻³³⁾.

A realidade brasileira, neste campo, passa a ser incisivamente criticada no final dos anos 70, em um movimento imerso no processo de redemocratização do país frente à ditadura militar e, nas discussões em torno da Reforma Sanitária, a qual culminou na ampliação do conceito de saúde e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ^(22, 34, 35).

Concomitantemente a esse marco histórico, intenso movimento na área da psiquiatria ocorria provocado por denúncias de maus tratos às pessoas internadas nos manicômios, pela a organização dos trabalhadores em saúde mental, pela defesa aos direitos humanos, temas que, envolvidos no processo político do país, possibilitaram o

crescimento das críticas às instituições psiquiátricas tradicionais, culminando no movimento da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica, enquanto processo contemporâneo e ainda em acontecimento em nossa sociedade, tem com o objetivo transformar as práticas do cuidado em saúde mental, visto que são influenciadas por saberes, valores culturais e sociais, pela micropolítica do trabalho, das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, entre os diversos atores que protagonizam esse cenário: trabalhadores, gestores, usuários e família. Devido à amplitude e à pluralidade de seus objetivos, esse caminho está marcado por sínteses e antíteses ^(3, 36).

Embora tenha sido concomitante ao movimento de Reforma Sanitária brasileira, iniciada nos anos 70, a motivação inicial da Reforma Psiquiátrica está inscrita em movimentos internacionais, lutando para a superação da violência asilar e outras práticas de alienação no cuidado ao doente mental ^(3, 36).

Sinergicamente a esse movimento e acelerando o processo de reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, cita-se a Declaração de Caracas, fruto da Conferência Regional, ocorrida na Venezuela com apoio da Organização Pan-Americana e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Neste documento, encontram-se questionamentos sobre a efetividade terapêutica da hegemonia dos hospitais psiquiátricos e incentivos para a redefinição dos currículos em saúde mental e psiquiatria ^(22, 34, 35).

Nesse contexto de transição, surge a primeira lei brasileira (Lei 3.657/89), que regulamenta os direitos da pessoa com transtornos mentais. Ao ser modificada, culmina, doze anos depois, na Lei 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Após esse período, surge um movimento de reorganização política na atenção à saúde mental, com aprovação de leis e portarias, que legalizam a criação de serviços como as Residências Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, Projeto de Volta para Casa e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas ^(3, 35).

Há, então, uma reorganização das ações da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil. Com isso, coloca-se uma mudança no paradigma da atenção do cuidado: da dimensão biológica aos programas preventivos e ao relacionamento terapêutico no campo psicossocial. Em consequência, o paciente é reinserido em sua esfera familiar e social, ampliando o campo de atuação do cuidado de enfermagem e da equipe de saúde ^(22, 28, 36).

Pelo exposto, é possível observar que as propostas desses movimentos de reforma brasileiros extrapolam o arcabouço legal e atingem os alicerces que estruturam o processo de trabalho e as discussões acerca da concepção do ser humano, enfocando sua subjetividade e inserindo preceitos da humanização nas relações profissionais e práticas terapêuticas. ^(23, 37).

As discussões em torno do objeto de trabalho, dos instrumentos utilizados e da finalidade do cuidado em Saúde Mental e Psiquiatria têm levado à reorganização das práticas e dos saberes que fundamentam as ações da equipe de saúde. Ao almejar constituir o paciente enquanto sujeito, inserir novas tecnologias ao cuidado e promover novo objetivo que vá além da remissão e controle dos sintomas, esses ensejos implicam a reformulação sobre o cuidado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, possibilitando a exploração e utilização das tecnologias leves e leve-duras na assistência ao sujeito, a qual ganha dimensões do cuidado em si, considerando a relação humano-humano ^(21, 38).

Este discurso vai, ainda, ao encontro dos fundamentos das Práticas Alternativas e Complementares em Saúde e das PICS, que surgem enquanto campo em desenvolvimento, crescimento e aceitação por parte dos profissionais e dos usuários no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria ^(39, 40).

2.2 Práticas Complementares e Integrativas

O primeiro encontro, promovido pela OMS e dedicado à então denominada Medicina Alternativa e Complementar (MAC), ocorreu no ano de 1978 em Genebra, com o objetivo de reunir o maior número de autoridades de diferentes partes do mundo para, juntos, discutirem e planejarem ações para o desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Seguidos a esse evento, nos anos de 1987 e 2005, respectivamente, ocorreram os segundo e terceiro encontros, ambos na China. A partir de 2000, inúmeros documentos foram publicados em diferentes partes do mundo, subsidiando o desenvolvimento de pesquisas e a estruturação de serviços, de atendimentos, de metodologias e de avaliações em MAC ⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

No Brasil, o início das discussões em torno das PACS aconteceu entre as décadas de 60 e 70, já imersas em um movimento contracultural. Em um afã revolucionário, a juventude da época buscou novas práticas terapêuticas, que representavam parte desta revolução cultural. Isso ocasionou a importação exógena de

crenças e orientações epistemológicas e filosóficas na saúde, principalmente, orientais. Assim, desde sua origem, as práticas alternativas no país já estavam imbricadas em um contexto polêmico: a materialização de uma ideologia na práxis da saúde ^(15, 45).

No ano de 1985, a assistência homeopática foi inserida por meio do convênio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto Hahnemaniano. Após, em 1988, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), houve a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços, possibilitando ao usuário o acesso democrático ao escolher qual sua forma de terapêutica preferida. Nesta mesma data, foi publicada a primeira norma com diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas em saúde mental e fitoterapia. No entanto, apenas no ano de 2000, houve a incorporação das PACS na rede primária e, em 2006, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIC) ⁽⁴⁰⁾.

Dentre inúmeras repercussões positivas e questionamentos, que advêm do estabelecimento destas políticas e diretrizes, está a formulação das bases conceituais das diversas formas de práticas dentro das PACS, cujo desenvolvimento parte de opiniões de especialistas alcançando o consenso de órgãos reconhecidos nacional e internacionalmente. Segundo Tesser; Barros (2008) ⁽⁴⁶⁾, Zahourek (2008) ⁽³⁹⁾, Brasil (2006) ⁽⁴⁰⁾, WHO (2004) ⁽⁴⁷⁾ e WHO (2001) ⁽⁴⁸⁾, são elas:

- Medicina Alopática ou Convencional: prática bem aceita com pesquisas que a sustenta, utilizada como padrão para os programas educacionais em saúde. Bastante questionada no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental;

- Terapias Alternativas: quaisquer formas de tratamento que sejam inseridos enquanto substituição às práticas convencionais;

- Terapias Complementares: não necessariamente comprovadas e usadas juntamente às práticas da medicina convencional;

- Terapia Integrativa: orientada para a cura, considerando o ser humano (corpo, mente e espírito) e incluindo todos os aspectos de seu estilo de vida; enfatiza o relacionamento terapêutico e o uso apropriado de terapias convencionais ou alternativas.

Nos últimos vinte anos se observa um crescimento significativo no campo das PACS, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles considerados em desenvolvimento. Inúmeros fatores contribuem para isso. Um deles se refere ao contexto intercultural que as tecnologias em comunicação têm permitido, propiciando

maior intercâmbio de informações e experiências relacionadas ao uso e à produção de técnicas e de produtos inerentes às terapias ^(41, 47).

Considerando o mesmo contexto, a aceitação dessas práticas por parte do usuário e dos profissionais de saúde tem aumentado consideravelmente. Razões relacionadas à insatisfação com as práticas médicas convencionais, ao maior poder de escolha sobre a intervenção terapêutica (empoderamento e autonomia) e à compatibilidade com suas crenças e demais fatores subjetivos, como a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico, a integração do ser humano, a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado estão entre elas ^(15, 40, 48-51).

Mesmo sendo um corpo de conhecimento baseado em sabedoria e tradições milenares, esta realidade de ampliação e desenvolvimento traz intrinsecamente um risco: a possibilidade de essas trocas e compartilhamento de conhecimentos e técnicas não serem apropriadas, permitindo práticas inseguras e ineficazes. Daí a importância do desenvolvimento de espaços e condições que assegurem e discutam o uso correto das PACS, assim como estudos que fundamentem sua utilização, baseada em critérios de segurança e qualidade ^(47, 52).

Uma das alternativas para possibilitar esse caminho é ampliar o conhecimento e, com isso, sua aceitação pelos profissionais da saúde. Investigando estudantes de medicina da região sul do país, foi possível verificar que o conhecimento dessas práticas é comum. Além disso, o interesse dos acadêmicos também foi demonstrado, principalmente por essas PACS estarem vinculadas a especialidades legalmente permitidas pelo conselho da classe e pelo SUS. Avaliando o conhecimento e a aplicação das PACS em Cuba, já inseridas na grade curricular dos cursos da área da saúde e conformando esse sistema de saúde, percebe-se que a totalidade dos profissionais e técnicos pesquisados já conhecem essas terapias. Dentre as práticas mais comuns, está a acupuntura, seguida das terapias florais. Verifica-se que a de maior aplicação citada é a fitoterapia, devido à menor disposição de recursos, exequibilidade, aceitação e obtenção de resultados ^(52, 53).

No Brasil, o desconhecimento em relação à PACS ainda é apontado como causa de conceitos equivocados que geram dificuldade entre as diferentes especialidades, na relação médico-paciente e no avanço do desenvolvimento dessa prática. Isso reforça a necessidade de inserção curricular, de promoção de capacitações e divulgações para os profissionais de saúde ⁽¹⁹⁾.

Estudos avaliando as opiniões dos profissionais em torno da PACS, no Brasil, demonstram que a maior dificuldade está relacionada à classe médica. Justifica-se a baixa adesão a essas práticas devido ao não conhecimento, às poucas evidências científicas e à maior necessidade de divulgação. Em uma equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), observou-se que os profissionais em geral possuíam especialidades em Homeopatia e/ou Acupuntura e concebiam as PACS enquanto uma abordagem ampliada do processo saúde-doença. Nesses estudos, 81% dos profissionais eram favoráveis as essas práticas, sendo a Enfermagem a profissão que havia demonstrado maior interesse, justificando que o seu conhecimento e a sua aplicação melhoram o atendimento aos usuários. Outro estudo observa que uma das primeiras barreiras para a implantação da PNIC na promoção à saúde é representada pela formação médica, uma vez que nestes serviços o encaminhamento é necessário e cabe ao médico sua indicação (15, 18, 19).

Além disso, aponta-se que a implantação das PACS nos serviços da atenção primária no SUS vem ocorrendo de maneira vertical, desvinculada a uma capacitação ou da formação dos profissionais desses serviços. Esse achado corresponde à formação dos gestores, pois poucos tinham conhecimento sobre a PNPIC e conheciam as práticas; todos os profissionais desconheciam a existência de uma política aprovada para seu direcionamento nos serviços. Ainda assim, eles demonstram maior aceitação, observando a necessidade de uma mudança no comportamento dos usuários que utilizam a PACS, possibilitando maior apropriação e responsabilização do usuário pelo cuidado, extrapolando as barreiras da medicalização do social (15, 18, 19).

Por conseguinte, a inserção das PACS no ocidente tem demonstrado gradual aceitação pelos usuários e pelos profissionais de saúde, mesmo marcada por diferenças regionais e influenciadas pelas esferas econômica, social e cultural. Observa-se o aumento dos estudos que investigam as concepções, as opiniões e a aceitação do público sobre essas terapêuticas, permitindo sua leitura e identificação de falhas e pontos a serem desenvolvidos com maior intensidade, para possibilitar melhor integração entre as racionalidades médicas na atualidade.

2.3 Aromaterapia e Ansiedade

A definição e os métodos da aromaterapia possibilitam ampla abordagem dos diferentes tipos de problemas de saúde e características pessoais, o que possibilita

pluralidade em sua aplicação clínica, ainda que recente sistematização de pesquisas sugira incipiente o reconhecimento de práticas baseadas em evidências científicas e rigor metodológico. No entanto, a literatura científica atual tem apontado um incremento no número de pesquisas em diferentes especialidades médicas que têm beneficiado com a utilização da aromaterapia, reconhecendo a potencialidade desta técnica no âmbito clínico, considerando critérios de segurança, custo-benefício, aceitação e exequibilidade.

Uma revisão de literatura aponta que para a população acometida por câncer e que desenvolve, concomitantemente, sintomas de ansiedade e depressão o uso da aromaterapia é amplo no Reino Unido, na Austrália e nos Estados Unidos. No entanto, as pesquisas são pouco conclusivas quanto aos seus resultados. Uma delas descreve o uso de aromaterapia associada à massagem, observando melhora dos sintomas em duas semanas e manutenção em seis semanas. Após dez semanas, no entanto, os índices de melhora se igualaram no grupo intervenção e no controle ^(20,54).

Utilizando a inalação como método de aplicação da aromaterapia para redução da ansiedade, náuseas e dor em pacientes infato-juvenis, também com diagnóstico de câncer, durante o tratamento de infusão com células-tronco, foi realizado um estudo randomizado duplo cego, com o óleo essencial de bergamota (*Citrus arantiu*) em *spray* enquanto o paciente estava na sessão. Os resultados deste estudo não foram estatisticamente significativos, sugerindo comprometimento da efetividade do óleo essencial (OE) de bergamota utilizado como *spray* para a redução dos níveis de ansiedade, náuseas e dor nessa população ⁽⁵⁵⁾.

Ainda em relação à oncologia e ao uso de tratamento quimioterápico, foi realizado um estudo retrospectivo, investigando a aromaterapia por meio de inalação autogerida. O trabalho observou a diminuição referida em sintomas como ansiedade, náuseas e distúrbios do sono. Das 160 pessoas que compuseram a amostra, 31% optaram pelo uso da aromaterapia devido à ansiedade e, entre os resultados, 49% apontaram relaxamento promovido pelo uso ocasional da aromaterapia. Uma das limitações desse estudo é a falta de registro dos OE utilizados para a inalação, impedindo a comparação com outros resultados ⁽⁵⁶⁾.

Utilizando em crianças com queimadura de primeiro grau, aromaterapia e massagem com OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*), camomila (*Matricaria reccutica*) e bergamota (*Citrus arantiu*), foi possível observar resultados estatisticamente significativos como a diminuição da ansiedade, mensurada

indiretamente por meio da diminuição da frequência cardíaca, da frequência respiratória e sinais não verbais como expressão facial e postura corporal, assim como o bem-estar referido pela população incluída no estudo ⁽⁵⁷⁾.

Analisando intervenções de enfermagem com aromaterapia, há estudos que apontam para o uso favorável da lavanda para melhora no padrão de sono de pacientes com demência, pacientes geriátricos em tratamento farmacológico crônico, diminuição da ansiedade em pacientes pós-cirurgia cardíaca e pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ainda em relação a pacientes que sofrem de demência foram notados efeitos positivos, como a diminuição da agitação psicomotora e outros sintomas neuropsiquiátricos ^(20, 58-62).

No tratamento da ansiedade e da depressão, observou-se que houve melhora no humor e na ansiedade após oito meses de intervenção, conforme equipe e pacientes relatam a ação da aromaterapia sobre o padrão de sono e sobre o relaxamento. Estudos realizados *in vivo* e *in vitro* descrevem ações ansiolíticas, sedativas, anticonvulsivantes e efeitos estimulantes no Sistema Nervoso Central (SNC), causando diminuição no nível da ansiedade, insônia e letargia ^(20, 50, 58-61).

Comparando duas formas de aplicação de aromaterapia (inalação, representando grupo controle e aplicação dérmica, como grupo intervenção) entre puérperas com risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, foram utilizados OE de rosa (*Rosa damascena*) e lavanda (*Lavandula angustifolia*), preparados adequadamente para cada formulação, aplicados em duas sessões semanais com duração de quinze minutos. Foi observado que, estatisticamente, ambos diminuíram o nível de ansiedade entre as populações estudadas, sendo que o grupo intervenção apresentou melhores resultados quando comparados com os do grupo controle ⁽⁶²⁾.

Em um estudo com sessenta e sete mulheres dos 45 aos 55 anos de idade que possuíam histórico de insônia, foram realizadas, no grupo intervenção vinte e quatro sessões de aromaterapia com OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) inalado duas vezes por semana durante vinte minutos. Com isso, houve diminuição, com significância estatística, no índice de frequência cardíaca, diminuição da ação nervosa simpática e melhora na escala de avaliação do sono. Em contrapartida, o grupo controle recebeu orientações baseadas em um programa educacional não se submetendo a qualquer procedimento de aromaterapia e não apresentou tais resultados ⁽⁶³⁾.

Investigando os efeitos de OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Pelargonium graveolens*) entre estudantes de graduação de enfermagem, constatou-se

que houve diminuição no nível de ansiedade relacionada à aplicação do gel de lavanda durante um período de sessenta dias, entretanto. Esse resultado, entretanto, não demonstrou significância estatística ⁽⁶⁴⁾.

Com a inalação de óleos essenciais foi comprovada uma ação significativa sobre o SNC. Dependendo da substância utilizada, foram creditadas diminuições ou aumentos na atividade simpática. Em um estudo controlado com estudantes de graduação da área da saúde, baseado em sete sessões distribuídas em duas vezes por semana, foi observada melhora estatisticamente significativa no grupo intervenção considerando sintomas de estresse e ansiedade ^(20, 65).

Investigando a ação do OE de laranja doce (*Citrus sinensis*), quarenta estudantes brasileiros de ensino superior, após exposição a um evento estressor (vídeo), participaram de uma intervenção com aromaterapia por meio de inalação. Foram observados resultados estatisticamente significativos quanto ao aumento dos índices de tranquilidade e à diminuição dos traços e dos estados da ansiedade. Outro efeito observado, que necessita ser investigado com maior profundidade, é o efeito energético restaurador, observado posteriormente à intervenção ⁽⁶⁶⁾.

Outro estudo aplicado a profissionais de enfermagem de instituições hospitalares que trabalhavam no Serviço de Higiene Hospitalar e na Central de Material e Esterilização (CME), investigando a eficiência de inalação de uma gota de OE de rosa (*Rosa damascena*), de ylang-ylang (*Cananga odorata*) e placebo, durante sessenta dias, não demonstrou resultados estatisticamente significativos sobre a melhora na autoestima por meio de um instrumento validado nacionalmente ⁽⁶⁷⁾.

Em um estudo de revisão de literatura, aponta-se o crescimento no número das publicações nos últimos anos, demonstrando maior interesse dos pesquisadores na área da saúde por aromaterapia. Especificamente, na área da psicologia e psiquiatria, os resultados são encorajadores, mas ainda pouco convincentes e até contraditórios. Em geral, quando associada a aplicação da aromaterapia com massagem, há indução ao relaxamento, que, em última instância, leva à diminuição da dor e a respostas positivas sobre a saúde mental do paciente ⁽¹⁷⁾.

Em um experimento utilizando ratos Wistar, induzidos, de forma indireta, a um processo de demência com uso de escopolamina, observou-se que em sete dias houve melhora da orientação espacial por meio da aromaterapia com *Lavandula angustifolia* e *Lavandula hybrida*, os OE destas espécies são ricos em acetato de linalol e linalina,

cujas ações antidepressiva e ansiolítica sugerem o melhor desempenho na memorização espacial ⁽⁶⁸⁾.

Dentre os estudos selecionados para a análise, apenas um apontou para a inserção da aromaterapia em procedimentos médicos na área da estética. Para verificar a efetividade da aromaterapia na diminuição da percepção de dor e ansiedade, foi realizado um estudo randomizado controlado, utilizando óleo essencial de lavanda e placebo para trinta pessoas que se submeteriam à primeira aplicação eletiva de Botox[®]. Foi observada diminuição estatisticamente significativa no índice de frequência cardíaca no grupo intervenção. Índices pressóricos e escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) mantiveram-se, porém, invariáveis antes e após procedimento em ambos os grupos ⁽⁶⁹⁾.

O OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) vem sendo considerado uma ferramenta terapêutica eficaz, incluindo indicações para transtornos neurológicos severos. Por meio de uma revisão de literatura foram identificados estudos que possibilitam o levantamento de pesquisas realizadas em modelos animais e humanos que enfatizam efeitos associados a este OE, como ansiolítico, estabilizador de humor, sedativo, analgésico, anticonvulsivante, além de outras propriedades terapêuticas sobre o SNC ⁽⁷⁰⁾.

Em uma revisão integrativa de literatura, discute-se a dificuldade encontrada em relação à operacionalização das pesquisas em PACS e aromaterapia, uma vez que evidenciam pressupostos peculiares e fundamentais a essas práticas, como, por exemplo, a importância da relação terapeuta-paciente e seus aspectos comunicacionais, e ainda, a responsabilização compartilhada no tratamento, aspectos estes não contemplados em muitos enunciados e protocolos de avaliação de pesquisas ⁽⁷¹⁾.

Após essas considerações, inúmeras limitações e possibilidades de exploração delineiam-se em relação à aplicação da aromaterapia nas práticas de cuidado da Enfermagem e na Saúde. Intrínseca em sua definição, observa-se a diversidade de métodos de aplicabilidade da aromaterapia, da mesma forma que esta potencialidade repercute na dificuldade de generalizações e comparabilidade entre os resultados e a população investigada. Em suma, frente a esses estudos e apontamentos, constrói-se o questionamento sobre a aplicabilidade e a eficácia da aromaterapia como uma ferramenta terapêutica relativa à ansiedade de pacientes em tratamento psiquiátrico.

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 Ansiedade

Apesar de ser um tema recorrente na sociedade contemporânea, a ansiedade não se limita a uma determinada era ou época da humanidade. Essa sensação ou experiência emocional subjetiva acompanha a evolução dos homens, sendo analisada, inclusive pela vertente evolucionista de Charles Darwin, como fruto biológico que conferiu aos mamíferos uma importante estratégia de defesa ^(72, 73).

Dessa forma, nota-se que a ansiedade está intrínseca à vida dos seres humanos, conferindo-lhe, até determinada intensidade, fator positivo que contribui para o desenvolvimento da criatividade e outras habilidades requeridas frente à resolução de problemas. No entanto, a frequência ou intensidade deste sentimento, quando exacerbadas, trazem consequências negativas ao sujeito como sofrimento psíquico e físico; ou, ainda, podem desenvolver uma doença psiquiátrica, denominada Transtornos de Ansiedade.

Observa-se, no âmbito prático do trabalho na UPC-IP, que, independente do tipo de internação e do transtorno mental pelo qual o sujeito é acometido, a ansiedade é uma constante. Assim sendo, nesta pesquisa a ansiedade foi abordada enquanto um sintoma presente durante a internação psiquiátrica, enfocando sujeitos diagnosticados com Transtornos da Personalidade.

3.1.1 Etimologia, História e Definições da Ansiedade

A palavra ansiedade tem sua genealogia milenar. Seus radicais têm origem no grego *anshein*, cujo significado está atrelado aos verbos estrangular, sufocar ou oprimir; no radical indo-germânico *angh*, indicando constrição. Já os radicais latinos *angor* ou *angere* revelam, respectivamente, opressão e causar pânico como correlatos, derivando da palavra egípcia *ankh*, que, por sua vez, era usada para indicar “sopro da vida”, representando a primeira respiração dada pelo recém-nascido ⁽⁷³⁾.

As primeiras descrições a respeito surgem ainda na Grécia antiga com registros superficiais de experiências subjetivas associadas a sintomas corporais. Nessa época,

duas figuras mitológicas representavam a ansiedade e o medo, os deuses *Pan* e *Phobos*. Foi na Antiguidade e na Idade Média que Hipócrates valorizou a ansiedade enquanto patologia, no âmbito da medicina. Nos séculos XIX e XX, filósofos, como Sartre, Kirkegaard e Heidegger, abordaram as dimensões antropológicas da ansiedade ⁽⁷³⁾.

No âmbito da Psiquiatria, a ansiedade passou a ser investigada com Beard (psiquiatra norte-americano) sob o termo “neurastenia”, que corresponde a estados de ansiedade patológica na atualidade. Em 1813, Augustin-Jacob e Landré-Beuavis, partindo do enfoque de ansiedade enquanto uma disfunção da atividade mental, descreveram-na como uma síndrome composta por aspectos emocionais e reações fisiológicas. Ainda no século XIX, Sigmund Freud a apresenta como: “medo de algo incerto, sem objeto” e inicia um trabalho sistemático com sua classificação e diferenciação, como crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa ^(73, 74).

Já no século XX, um trabalho clássico da década de 50 descreve a definição da ansiedade como uma apreensão difusa, de natureza vaga e associada com sensações de incerteza e de impotência. Em 1967, o psiquiatra australiano Aubrey Lewis elabora o conceito de ansiedade: um estado emocional com a qualidade do medo, desagradável, dirigido para o futuro, desproporcional e com desconforto subjetivo ⁽⁷²⁾.

Pelo exposto, a ansiedade pode constituir uma reação normal e esperada nos animais diante de situações desconhecidas ou perante situações previamente vividas que exigiram respostas defensivas, como luta ou fuga. Assim, a ansiedade pode ser interpretada como uma ferramenta importante para a preservação da espécie e interferindo no desenvolvimento evolucionista das espécies ^(73, 75).

Da mesma forma, no ser humano, a ansiedade pode levar ao desenvolvimento de novas formas de reação frente a experiências inéditas, desencadeando mudanças em diversos âmbitos da existência. Assim, pode promover soluções criativas, estimular a cooperação ou alertar para uma ameaça iminente. No entanto, quando as proporções de intensidade da ansiedade são exacerbadas, ela pode interferir no desenvolvimento normal do indivíduo, com prejuízo da autoestima e da socialização, na aquisição de conhecimentos e na memória ⁽⁷⁵⁾.

Vale ressaltar que a capacidade cognitiva inerente aos seres humanos criou uma nova fonte de ansiedade, baseada na leitura dos símbolos socialmente criados e codificados, situando a ansiedade também no plano abstrato, instituída por fatores sócio-culturais ⁽⁷³⁾.

3.1.2 A Pós-Modernidade e a Ansiedade

No campo da sociologia, discute-se o estabelecimento de uma sociedade pós-moderna, cujas características são intensamente marcadas pela aparência como condição de existência, pela formação de multidões solitárias e pelo sentimento de incerteza permanente, entre outras. Estas características, instituídas pelos discursos sociais vigentes da atualidade, levam a formas de subjetivação, influenciando, diretamente os sujeitos e as relações que estabelecem ⁽⁷⁶⁻⁷⁸⁾.

Assim, as relações interpessoais passam a ser mediadas pela imagem e tendências impostas pelos veículos de comunicação e pela globalização dos costumes, das necessidades e dos modos de ser. Conseqüentemente, os indivíduos veem-se forçados camuflar a vida social em detrimento de suas reais necessidades, para atingir, com isso, as imposições ditadas pela dinâmica social do pós-modernismo. Trata-se do afastamento e da separação do homem e o homem, fruto da incompatibilidade entre a demanda social e as reais necessidades individuais ⁽⁷⁶⁾.

Em vista disso, novas formas de adoecer surgem desse cenário social contemporâneo, responsável pela falência dos indivíduos por não alcançarem os critérios impostos pela sociedade do espetáculo. Ressalta daí, uma condição fundamental para o estabelecimento de novas formas de ansiedade, pois, no mundo pós-moderno, há oferta crescente de liberdade individual ao preço, de cada vez menor, segurança ^(76,77).

3.1.3 Abordagens Acerca da Origem da Ansiedade

Como fator influente no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, algumas teorias sobre a origem da ansiedade foram formuladas. Neste trabalho, discutir-se-á sobre as três principais:

3.1.3.1 Teoria Psicanalítica. Elaborada por Sigmund Freud. No início do desenvolvimento de sua teoria, abordou a ansiedade como uma reação fisiológica do indivíduo em resposta à incapacidade crônica de chegar ao orgasmo em suas relações sexuais. Dessa forma, a ansiedade poderia ser interpretada como conversão de uma energia sexual. Posteriormente, classificou a ansiedade em dois estados: (i) primária, estando relacionada ao trauma representado pelo parto e às exigências impostas ao

recém-nascido; e (ii) secundária, associada ao desenvolvimento do ego na estrutura psíquica, intermediando os impulsos contraditórios de id e superego ⁽⁷²⁾.

3.1.3.2 Teoria Interpessoal. Proposta por Harry Stack Sullivan, um dos principais psiquiatras representantes da abordagem psicodinâmica do desenvolvimento, propunha que o surgimento da ansiedade estaria vinculado ao desenvolvimento da consciência no ser humano sobre seu ambiente ⁽⁷²⁾.

3.1.3.3 Teoria Comportamental. Tem como autoridade Skinner. Por sua concepção, emoções seriam produtos do controle externo e as ideias modeladas por controles ambientais e, nesse contexto, o medo e a ansiedade seriam formas de defesa do organismo contra a ameaça do perigo ⁽⁷²⁾.

3.1.4 Neurobiologia da Ansiedade

As mais diversas emoções e sentimentos expressos pelos animais são classificados, primeiramente, em duas formas: (i) central ou subjetiva e (ii) periférica ou comportamental. Ambas são responsáveis pela gama de matizes de cada emoção nas mais diferentes espécies e dentro da mesma espécie. Após a década de 50, os estudos de Hess envolvendo modelos animais reconheceram as principais áreas do SNC influentes nas emoções e nas motivações primárias: tronco encefálico, hipotálamo, tálamo e área pré-frontal e sistema límbico ⁽⁷⁹⁾.

3.1.4.1 Tronco encefálico. Parte do cérebro onde estão reunidos vários núcleos de nervos cranianos, viscerais e somáticos, ressaltando o centro respiratório e vasomotor. A ativação ocorre por impulsos nervosos originados no telencéfalo ou diencefalo, tendo como resultado inúmeras manifestações emocionais. É através do tronco encefálico que ocorre a ativação dos neurônios medulares, modulando as manifestações emocionais que ocorrem devido aos sistemas nervoso simpático, parassimpático e nervos espinhais. Indiretamente, o tronco encefálico age como modulador de outras áreas do SNC influentes na emoção, visto que nela tem origem as vias serotoninérgicas, noradrenérgicas e dopaminérgicas. Dessa forma, são constituídas complexas redes neuronais juntamente com outras áreas encefálicas relacionadas ao comportamento emocional ⁽⁷⁹⁾.

3.1.4.2 Hipotálamo. As ações desta área nas emoções estão bem fundamentadas graças a estudos realizados em humanos e modelos animais. Sabe-se que tem funções predominantes na coordenação e na integração das manifestações periféricas das emoções. Há dados que sugerem, ainda, sua influência no componente central ou subjetivo das emoções ⁽⁷⁹⁾.

3.1.4.3 Tálamo. As principais áreas relacionadas às emoções no tálamo decorrem dos seus núcleos dorsomedial e dos núcleos anteriores. Sua ação específica corresponde à reatividade emocional. Integra circuitos no sistema límbico, tendo ligações com o corpo mamilar e com o córtex do giro cíngulo ⁽⁷⁹⁾.

3.1.4.4 Área pré-frontal. Desenvolvida consideravelmente na evolução dos mamíferos, incluindo o homem, ocupa cerca de ¼ da superfície do córtex cerebral. Assim, como outras áreas cerebrais, a área pré-frontal têm conexões com diversas outras regiões do SNC e suas principais ações têm sido evidenciadas por meio de estudos experimentais envolvendo macacos. Em 1936, após diversas observações clínicas e experimentais, os cirurgiões portugueses Egas Moniz e Almeida Lima introduziram como técnica psicocirúrgica a leucotomia pré-frontal, atuando sobre estados de depressão e ansiedade em pacientes psiquiátricos. Essa técnica entrou em desuso com o estabelecimento de medicamentos antidepressivos. Atualmente, sabe-se que a adequação das escolhas comportamentais pertinentes à condição física e social do indivíduo; a manutenção da atenção e o controle do comportamento emocional associado ao hipotálamo e ao sistema límbico são funções desta área cerebral ⁽⁷⁹⁾.

3.1.4.5 Sistema Límbico. Localizado na face medial dos hemisférios cerebrais, constitui um anel cortical contínuo composto por três áreas: o giro cíngulo, o giro parahipocampal e o hipocampo. Esta região já foi considerada um lobo independente, chamado de lobo límbico. Sua raiz filogenética é antiga e presente em todos os vertebrados. Funcionalmente, o sistema límbico foi considerado rinencéfalo e esteve associado a funções olfatórias. Essa concepção, no entanto, foi alterada com o trabalho do neuroanatomista James Papez, em 1937, quando evidenciou, estruturalmente, o mecanismo emocional envolvendo o lobo límbico, o hipotálamo e o tálamo. O ponto central desta teoria foi fundamentar o envolvimento do sistema límbico na regulação dos processos emocionais, diferenciando e restringindo o encéfalo olfatório a estruturas

diretamente envolvidas com a olfação: nervo, bulbo e tratos olfatórios, estria olfatória lateral e o úncus⁽⁷⁹⁾.

O sistema límbico é constituído por partes da área cortical e da área subcortical. Na primeira, citam-se o giro cíngulo, o giro para-hipocampal e o hipocampo. Já na última, estão incluídos o corpo ou núcleo amigdalóide, a área septal, os núcleos mamilares, os núcleos anteriores do tálamo e os núcleos habenuares⁽⁷⁹⁾.

As conexões estabelecidas pelo sistema límbico podem ser classificadas em intrínsecas (circuito de Papez) e extrínsecas (aférentes e eferentes). O circuito fechado de Papez inicia-se e finaliza no hipotálamo, seguindo pelo fórnix, corpo mamilar, fascículo mamilotálâmico, núcleos anteriores do tálamo, cápsula interna, giro do cíngulo e giro para-hipocampal. Este circuito propõe a elaboração das emoções no SNC, reconhecendo que, após chegarem ao tálamo, os estímulos sensoriais seguem três rotas distintas: (i) ao córtex cerebral, que expressa o componente cognitivo da emoção; (ii) aos núcleos da base, relacionados com o comportamento motor ou comportamental da emoção e (iii) ao corpo mamilar, o que explica as respostas neurovegetativas e endócrinas das emoções^(73, 79).

As conexões extrínsecas aférentes estão relacionadas ao desencadeamento emocional que ocorre com a entrada de informações sensoriais no SNC. Esquemáticamente, tais informações passam por áreas corticais de associação, acessam o sistema límbico e finalizam no hipocampo. São exceções a esta rota os estímulos olfatórios e viscerais, influenciados pela formação reticular do tronco encefálico devido às projeções serotoninérgicas e dopaminérgicas que possuem ação reguladora⁽⁷⁹⁾.

As conexões extrínsecas eferentes são importantes uma vez que participam dos mecanismos efetadores que conformam o componente periférico das emoções e, concomitantemente, controlam o Sistema Nervoso Autônomo (SNA). Estas conexões ocorrem em grande parte no hipotálamo, que se configura o principal braço executivo do sistema límbico, mas também no mesencéfalo pelo feixe prosencefálico medial, fascículos mamilotegmentar e estria medular⁽⁷⁹⁾.

Por fim, as funções do sistema límbico se tratam da regulação dos processos emocionais e, intimamente, da regulação do SNA, do sistema endócrino e dos processos motivacionais essenciais à sobrevivência (sexo, fome e a sede). Separadamente, o corpo amigdalóide relaciona-se à agressividade, aos comportamentos defensivos (luta, fuga e medo) e à atividade sexual. A área septal aponta para a hiperatividade emocional, age ainda na sede e nas alterações de dados vitais como pressão arterial e ritmo respiratório.

O giro do cíngulo demonstra atividade com o comportamento agressivo. Secções, nesta região em humanos, têm melhorado, consideravelmente, o quadro de depressão e de ansiedade. O hipocampo responde também à parcela da reação agressiva das emoções e aos processos de memorização ⁽⁷⁹⁾.

Diante disso, vale ressaltar que as áreas do comportamento humano, no SNC, são extremamente amplas, muitas vezes possuem funções múltiplas, tais como a regulação dos comportamentos emocionais e as associações com o SNA. Além disso, não são áreas estanques que correspondem a determinadas ações, mas circuitos neurais complexos ⁽⁷⁹⁾.

3.1.5 Quadro Clínico da Ansiedade

Apesar de constituir uma sensação ou um sentimento subjetivamente referido, a ansiedade pode ser demonstrada por sinais clínicos característicos, mediados principalmente por estimulação da atividade simpática, e em raras situações parassimpática, o que constitui respostas neurovegetativas. Alguns autores ^(72, 75) dividem os sinais da ansiedade patológica em duas esferas, a saber:

3.1.5.1 Físicos: aflição abdominal, aumento do peristaltismo, boca seca, “bola na garganta”, calafrios, cefaleia, contratura, dor precordial, dor muscular, engasgos, epigastralgia, fadiga fácil, dispneia, parestesia, pressão no tórax, midríase, sobressaltos, náuseas, palidez, palpitação, piloereção, polaciúria, respiração curta ou superficial, sensação de fraqueza, sufocação, sudorese fria, tensão muscular, tonturas, tremores e vômitos.

3.1.5.2 Psíquicos: apreensão, desrealização, dificuldade de concentração, esquecimentos, erros de julgamento, bloqueio de pensamento, diminuição do campo de percepção, redução da criatividade, hipervigilância, impaciência, inquietação, insegurança, insônia, irritabilidade, mal estar indefinido, medo difuso e impreciso, nervosismo, preocupação exagerada, sensação de estranheza, sobressaltos, opressão, desconforto e tensão.

3.2 Aromaterapia

Para ancorar as discussões em torno da aromaterapia na atualidade, é necessário recorrer às bases conceituais que fundamentam e alicerçam essa prática terapêutica, sua história, o desenvolvimento de sua estruturação científica, seus métodos e seus instrumentos. Diante dessa exposição, que não se pretende completa, pretende-se alcançar a compreensão e o entendimento desta PACS inserida, nos objetivos desta pesquisa.

3.2.1 Histórico

3.2.1.1 Pré-história. Na era paleolítica, quando o homem iniciou o trabalho com instrumentos feitos à base de lascas de pedra e passou de nômade para tribos assentadas, iniciam-se as discussões sobre aromaterapia, que representam marcos da humanidade que possibilitaram ao homem desenvolver conhecimentos sobre a natureza e preparar um espaço para sua sobrevivência e bem-estar. Com esse intuito, aborígenes australianos utilizavam plantas aromáticas para adaptarem-se a condições ambientais extremas ^(80, 81).

Achados arqueológicos apontam resíduos de plantas alucinógenas em diversos sítios de busca. Um esqueleto humano, encontrado na região do Iraque e denominado Shanidar IV, estava cercado por depósitos de pólen, jacintos e ervas ^(80, 81).

A organização tribal e a evolução dos instrumentos feitos com pedra polida, na era neolítica, levaram o homem a macerar plantas e extrair delas óleos graxos essenciais que eram aplicados terapêuticamente sob a forma de pomadas. O mais antigo instrumento relacionado aos primórdios da aromaterapia data deste período: trata-se de um alambique construído com terracota e atualmente exposto no Museu de Taxila em Islamabad ^(80, 81).

3.2.1.2 Egípcios. Considerado o berço da aromaterapia, o Egito foi o país onde já se utilizavam plantas aromáticas desde 4000 a.C. com fins cosméticos, medicinais e para o embalsamento no processo de mumificação ⁽⁸⁰⁾.

Para tanto, tinham grande domínio de técnicas de extração dos compostos vegetais, como a destilação e a infusão térmica. Era comum a prescrição de óleo essencial de mirra como anti-inflamatório. ⁽⁸¹⁾.

Durante os reinados de diversos faraós, há registros de substâncias botânicas para as mais diversas indicações, como pomadas cicatrizantes à base de resina e óleo essencial, formulações sagradas às deusas utilizando algaroba, incenso, cálamó e sementes de violeta. A rainha Cleópatra é uma das figuras egípcias mais representativas, em torno de quem há inúmeras histórias envolvendo o uso de plantas aromáticas ^(80, 81).

Os conhecimentos egípcios influenciaram o Oriente Médio e a bacia do Mediterrâneo, alcançando, inclusive, a Grécia e a Roma devido às jornadas dos povos fenício e judeu ⁽⁸²⁾.

3.2.1.3 Mundo Clássico. Os principais representantes da utilização terapêutica dos óleos essenciais estão na Grécia. Seus filósofos interessavam-se pelo espírito e pelo corpo, usando misturas aromáticas com as mais diversas aplicações ⁽⁸¹⁾.

Hipócrates, tido como pai da Medicina, foi um dos primeiros a registrar informações sobre medicamentos fitoterápicos e a propor o uso da fricção, indispensável à massagem corporal. Dentre as ervas que utilizava, citam-se a sálvia, a malva e o cominho ⁽⁸¹⁾.

Outro expoente desta época é Teofrasto, autor do primeiro trabalho sobre o odor, chamado *Tratado sobre os Odores*. Trata-se de uma compilação das essências aromáticas gregas e importadas e como poderiam ser utilizadas ^(81, 82).

Pedânio Dioscórides, pai da farmacologia, organizou o receituário de ervas e óleos medicinais, denominado “*De Materia Medica*”, permanecendo como referência durante pelo menos 1200 anos após sua morte ⁽⁸²⁾.

Sendo influenciados em grande parte pelos gregos, os romanos dedicaram-se a aprimorar e a intensificar o uso das essências aromáticas. A apresentação das composições perfumadas foi inovada com a invenção do vidro, produto que bloqueava a volatilização dos óleos essenciais. O principal representante da civilização romana, o médico Galeno, inseriu os óleos essenciais em suas cirurgias e formulou o “*ceratum refrigerans*”, conhecido pelo seu efeito terapêutico à pele ⁽⁸¹⁾.

No mundo árabe, Avicena tornou-se um dos mais conhecidos médicos por ser responsável pelo aprimoramento de um instrumento para destilação, a serpentina refrigerada. Escreveu mais de cem livros na área médica, incluindo um a respeito dos benefícios da pétala de *Rosa centifolia*, sua primeira planta aromática destilada com sucesso ⁽⁸²⁾.

3.2.1.4 *Idade Média*. Com a decadência do Império Romano e o advento do poderio do Cristianismo, diversos conflitos sociais, políticos e culturais foram instalados. A instituição da Santa Inquisição e o estabelecimento das heresias foram responsáveis por um retrocesso dos conhecimentos no âmbito da aromaterapia, que retorna ao isolamento cultural e ao empirismo ⁽⁸⁰⁾.

Nesta época, por exemplo, a lavanda era utilizada nas portas das residências, pois acreditava-se que trazia bênçãos e proteção divina. Como essa planta aromática tem um excelente poder antisséptico, havia uma associação entre as casas que utilizavam essa prática e o número reduzido dos casos de peste entre os seus moradores ⁽⁸⁰⁾.

Após este período, a Europa entra no Renascimento e os estudos relacionados às buscas pela pedra filosofal e pela alquimia resultaram em novos conhecimentos e métodos para as ciências naturais. Surgem nomes como Conrad Gesner, consolidando o poder dos óleos essenciais no sentido de conservar todas as energias e prolongar a vida. No século XVI, Paracelso pesquisou extratos botânicos, reconhecendo princípios químicos ativos. Uma obra ainda utilizada na atualidade, escrita também no século XVI por Nicholas Culpeper, é o livro *Complete Herbal* ^(81, 82).

3.2.1.5 *Enfim, aromaterapia*. O primeiro cientista a utilizar o termo aromaterapia (*aromathérapie*) foi o químico René-Maurice Gattefossé, em 1928 na França. Durante experimentos em seu laboratório, sofreu uma queimadura devida a uma explosão. Isso fez com que ele, imediatamente, mergulhasse sua mão ferida em um recipiente contendo óleo essencial de lavanda. Observou então, que a dor diminuiria consideravelmente e o processo cicatricial tinha sido mais pronunciado ^(81, 82).

Seguindo os estudos do referido expoente, um cirurgião do exército francês, Jean Valnet, aplicou óleo essencial nos ferimentos e queimaduras durante a guerra da Indochina. Escreveu, no ano de 1964, o livro intitulado *L'Aromathérapie* ⁽⁸²⁾.

Na década de 1970, a considerada mãe da aromaterapia atual e enfermeira, Marguerite Maury, mesclou seus conhecimentos em massagem oriental com as propriedades terapêuticas dos óleos essenciais, criando prescrições individuais. Foi autora dos livros *Le Capital Jeunesse*, traduzido para o inglês como *The Secret of Life and Youth* ⁽⁸¹⁾.

Um dos nomes influentes da aromaterapia na atualidade é Micheline Arcier, que criou um dos primeiros centros de treinamento reconhecido pela *International Federation of Aromatherapists*, principal órgão no Reino Unido ⁽⁸¹⁾.

3.2.1.6 *Aromaterapia na atualidade*. Esse panorama histórico enfatiza que cada civilização desenvolveu enfoques diferentes dentro da ciência aromaterapêutica, permitindo diversas formas de aplicação dentro e fora da prática clínica. A tabela abaixo foi construída a partir das discussões de Lyra (2009) ⁽⁸⁰⁾ e tem por objetivo caracterizar o posicionamento de diversos países em relação à aromaterapia.

Quadro 1 – Aromaterapia na atualidade (LYRA, 2009) ⁽⁸⁰⁾.			
País	Início	Legislação	Nível de instrução
África do Sul	Déc. 90	Association of Aromatherapists of South Africa	Curso profissionalizante
Alemanha	Déc. 80	Vinculada ao exercício médico ou naturopata.	Curso profissionalizante
Brasil	Déc. 90	Política Nacional de Práticas Alternativas e Complementares e outras Associações	Curso profissionalizante
Canadá	Déc. 90	British Columbia Alliance of Aromatherapists	Curso profissionalizante
EUA	Déc. 80	Profissão reconhecida com registro	Curso profissionalizante
França	Déc. 60	Profissão reconhecida com registro, enquadrada no herbalismo e fitoterapia	Curso superior
Inglaterra	Déc. 60	Legislação bem estrutura, com reconhecimento legal	Curso profissionalizante
Irlanda	Déc. 60	Em desenvolvimento	Não há.
Islândia	Déc. 80	Profissão reconhecida, com legislação em desenvolvimento	Curso profissionalizante
Japão	Déc 80	Não há legislação, embora contabilize cerca de 200 escolas	Curso profissionalizante
Noruega	Déc. 70	Legislação para terapias complementares e outras associações	Curso profissionalizante, especialidade.
Nova Zelândia	Déc. 90	Informação indisponível	Curso profissionalizante
Suíça	Déc. 80	Vinculada ao exercício médico ou naturopata	Curso profissionalizante

3.2.2 Definições e Conceitos em Aromaterapia

A conceituação da aromaterapia está atrelada à banalização do termo, restringindo-a à massagem aromática e colocando em questão a sua efetividade terapêutica. Atualmente, são conhecidos inúmeros conceitos adotados para aromaterapia⁽⁸⁰⁾.

A primeira abordagem que se propõe a refletir sobre o termo aromaterapia é etimológica, derivando de radicais latinos “aroma” (odor) e “therapia” (tratar). A partir desses radicais, variam as mais diversas definições, que podem associar inúmeros outros objetos e métodos à terapêutica. Filosoficamente, associam-se à aromaterapia a arte e a ciência, o que nos permite caracterizá-la entre as terapias consideradas holísticas^(80, 82).

Em seguida, é atrelada ao conceito a aplicação de óleos essenciais extraídos de plantas aromáticas, o que, por sua vez, desconsidera as essências de origem animal e sintéticas. Essa consideração repercute inclusive nas formas de extração e em quais condições são obtidas as essências⁽⁸⁰⁾.

Quanto aos efeitos fisiológicos e psicológicos, assim como sua correlação com os métodos empregados na prática da aromaterapia, sabe-se que, mesmo sendo o olfato a principal forma de atuação dos óleos essenciais, há outras ações farmacológicas sobre o organismo que são alcançadas pela aplicação dérmica, oral e retal (LYRA, 2009)⁽⁸⁰⁾.

A partir dessa discussão, adota-se o seguinte conceito:

“Aromaterapia é uma parte da fitoterapia na qual se realiza a aplicação terapêutica de plantas aromáticas (que são plantas ricas em óleo essencial) ou óleos essenciais naturais extraídos de diversas partes das plantas, por diversas vias de aplicação que podem passar ou não pelo sistema olfativo, de forma que os óleos essenciais desenvolvam efeitos terapêuticos fisiológicos e psicológicos de forma farmacológica, sendo que são adicionados aos efeitos farmacológicos os efeitos olfativos dos óleos essenciais quando utilizadas as vias que passam pelo sistema olfativo (LYRA, 2009. p. 51).”

3.2.2.1 Aromacologia. Trata-se de um termo criado pelo *The Sense of Smell Institute*, utilizado para descrever o estudo científico dos efeitos dos aromas sobre o humor, sobre a fisiologia e sobre o comportamento. Pode também ser encontrado o termo aromatologia, enquanto sinônimo, estando intimamente associado a outros assuntos importantes nesta terapia, a osmologia (ciência que se destina a estudar o olfato) e o sistema límbico do SNC⁽⁸¹⁾.

3.2.3 Aromaterapia e a Enfermagem

O holismo está enraizado na Enfermagem desde o início de sua estruturação como profissão na área da saúde e na filosofia de cuidado, tendo como primeira representante da Enfermagem Moderna Florence Nightingale. Em seu livro *Notas sobre a Enfermagem*, ela descreve propriedades inerentes à cura, tais como as melhorias ambientais, as condições dos pacientes e o toque ⁽⁸³⁾.

Várias são as teorias de Enfermagem que discutem o aspecto holístico. Dentre elas se elege a da teorista Martha Elizabeth Rogers, no ano de 1970. Sua Teoria do Ser Humano Unitário, enquanto alternativa para uma visão reducionista, tem como foco primeiro o ser humano integral e interligado ao todo, o que vai ao encontro dos pressupostos epistemológicos das PACS ⁽⁸³⁾.

Essa teoria descreve a Enfermagem enquanto ciência e arte, sendo a integralidade das pessoas e do ambiente coordenada com um universo multidimensional aberto. Tais condições conferem cientificidade à profissão. Rogers utiliza para compor sua teoria conceitos como homeodinâmica, integralidade, helicidade e ressonância, tendo como metaparadigmas os de Ser Humano Unitário, Campo Energético, Ambiente e Padrão. ⁽⁸⁴⁾.

Com base nessa teoria, cabe ao enfermeiro terapeuta holístico agir consciente e intencionalmente, utilizando as práticas alternativas e complementares que resgatem a integração do ser humano em consonância com o ambiente multidimensional e indivisível. Os óleos essenciais da aromaterapia servem como ferramenta e veículo para transpor os problemas do homem, restabelecendo o seu meio natural ⁽⁸⁵⁾.

Legalmente, a Enfermagem foi pioneira quando, por meio da Resolução 197 de 1997 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), reconheceu as PACS como especialidades da profissão e, no ano de 2011, por meio da Resolução 389, ratifica a especialidade, denominando-a como Enfermagem em Saúde Complementar. Essas conquistas garantem segurança e legalidade quanto ao uso destas terapias, como, por exemplo, a indicação de óleos essenciais como complemento das intervenções de enfermagem e o desenvolvimento de pesquisas que sustentem e aprimorem a aplicação de suas técnicas ^(86, 87).

3.2.4 Óleos essenciais

Recebem essa denominação por representarem as essências das plantas aromáticas expressas pelos constituintes odoríferos que as caracterizam. Também

poderiam ser chamados de óleos voláteis, refringentes ou etéreos por terem, como principal propriedade, sua evaporação quando expostos ao ar, mesmo estando sobre temperatura normal ⁽⁸¹⁾.

Como propriedades físico-químicas, os OE têm odores característicos, densidade em geral menor que a água, alto índice de refração, fotossensibilidade, sendo a maioria opticamente ativa. São relativamente fluidos, podendo solidificar em temperaturas mais baixas. As cores podem apresentar-se entre as mais diversas nuances ⁽⁸¹⁾.

São sintetizados pelas plantas aromáticas como metabólitos e armazenados em células especializadas nas plantas, ou em conjuntos, formando ductos, canais ou tricomas glandulares. Podem ainda estar presentes nas mais diversas partes das plantas, como folhas, flores, talos, caule, haste, pecíolo, casca, raiz ou em toda a planta aromática ⁽⁸¹⁾.

Para as plantas, os óleos essenciais têm como função protegê-las, pois podem tornar as folhas menos atrativas aos insetos devido ao odor e por resfriarem a superfície onde estão distribuídos. Quando chegam ao solo, dissolvidos pelas gotículas de água, os OE inibem o crescimento de outras espécies de plantas e sementes que estão no entorno da planta aromática ⁽⁸²⁾.

Outra função dos óleos essenciais está relacionada à polinização, uma vez que podem servir para atrair o inseto polinizador. São as flores as principais responsáveis por essa ação. A depender do polinizador que a planta aromática tende a atrair, são sintetizados óleos essenciais específicos cuja concentração pode variar de acordo com os hábitos do inseto ⁽⁸²⁾.

Suas propriedades terapêuticas para o ser humano estão condicionadas aos grupos funcionais presentes na constituição dos OE. Como nesta pesquisa serão utilizadas duas plantas aromáticas, opta-se por abordá-las especificamente.

3.2.4.1 Lavanda (Lavandula angustifolia). Este OE é considerado o mais representativo na aromaterapia, podendo ser indicado para cerca de setenta problemas de saúde. Trata-se de uma planta aromática, arbustiva, de ciclo perene fechado, com folhas pontiagudas, numerosas, pequenas, inteiras, opostas, lineares ou lanceoladas, de cor prateada devido aos finos pelos que recobrem sua superfície. As flores são roxo-azuladas, numerosas, de formato tubular e agrupadas em inflorescências do tipo racemo, em número de seis a dez ^(81, 82).

Para extração do OE, utilizam-se as flores e o método de extração é a destilação a vapor. Gerando mais de cem componentes, os principais entre eles é o acetato de linalil, α -pipeno, linalol, lavandulol, todos integrantes de um grupo funcional conhecido como monoterpenos ^(81, 82).

Por sua vez, esses monoterpenos encaixam-se na família dos terpenos que são hidrocarbonetos aromáticos insaturados, constituídos de dez átomos de carbono e possuem elevada volatilidade e pouca intensidade de odor. Tais características permitem que ativem os cílios olfatórios do ser humano e atribuem uma nota intermediária à fragrância, de odor de médio a alto ⁽⁸²⁾.

3.2.4.2 Gerânio (*Perlargonium graveolens*). Bastante conhecido devido a suas propriedades inspiradoras e por promover equilíbrio. É usado desde a Antiguidade para tratamento de feridas. Espiritualmente, acredita-se que é capaz de afastar espíritos malignos ^(81, 82).

Trata-se de um arbusto perene, de aproximadamente um metro de altura, com folhas serrilhadas e pequenas flores cor-de-rosa. O OE tem uma fragrância doce e pesada, extraído das flores, folhas e caule com o método de destilação a vapor. Seus componentes químicos são o citronelol, mentona e o acetato de geraniol, pertencente a grupos funcionais como acetona e álcool. Isso lhe confere ação estimulante sobre o SNC e tonificante para o coração e para o sistema imunológico ^(81, 82).

3.3 Transtornos da Personalidade

Antes de iniciar uma explanação sobre os Transtornos da Personalidade (TP), é importante apresentar uma definição, ainda que superficial, de Personalidade. Trata-se de um conjunto integrado de traços psíquicos, consistindo no total das características individuais, que conjuga tendências inatas de experiências adquiridas no curso da existência. Embora esta definição possa tender a uma leitura estável do termo, a personalidade é essencialmente dinâmica, em constante movimento, sendo influenciada pela constituição corporal, pelo temperamento e pelo caráter ^(88, 89).

O início da discussão deste conceito deu-se na Grécia Antiga, passando por Roma, onde foi desenvolvida a Teoria Humoral, proposta por Hipócrates e finalizada por Galeno. Esta teoria considera e correlaciona quatro elementos naturais, quatro

humores corporais, quatro órgãos representativos e as qualidades proeminentes de cada tipo de personalidade: sanguíneo, colérico, fleumático e melancólico ⁽⁹⁰⁾.

Desde então, inúmeros estudiosos se propuseram a elaborar tipologias humanas ou tipos de personalidade. Dentre estes modelos, um dos mais marcantes para a psicopatologia foi elaborado por Ernest Kretschmer (1921). Nessa biotipologia, aspectos físicos e temperamentais foram organizados em um modelo trifatorial, resultando nos biotipos (1) longilíneo ou leptossômicos, (2) brevelíneos ou pínicos, e (3) atléticos ou musculares ^(89, 90).

Por fim, vale ressaltar que essas abordagens científicas da personalidade extrapolam os propósitos de uma descrição e identificação, mas se propõem a correlacionar função e estrutura, uma vez que a personalidade é uma interface para o relacionamento do sujeito com o ambiente, com a sociedade e com suas relações interpessoais ⁽⁹¹⁾.

3.3.1 Transtornos da Personalidade: definição

Em 1923, Kurt Schneider cunhou o termo mais oportuno para a definição dos TP: “personalidades psicopáticas”, tendo como centro a seguinte característica “sofre e faz sofrer a sociedade” e ainda “não aprende com a experiência”. Esta definição traz duas das principais características que marcam os TP: a expressão do sofrimento psíquico predominantemente nos contextos interpessoais e o padrão duradouro e inflexível do comportamento e da experiência pessoal interna ^(88, 90).

Além dessas características, há outros apontamentos que ampliam a definição dos TP. Entre eles citam-se: o início deste funcionamento, em geral, ocorre na infância ou na adolescência; traz a manifestação de um conjunto de comportamentos e reações desarmônicos em vários aspectos da vida do sujeito; não se limita a um episódio de doença mental e também não está relacionado diretamente a uma lesão neurológica; carrega algum grau de sofrimento, por exemplo, angústia, solidão, sensação de fracasso pessoal e, por fim, o indivíduo pode sofrer com o mau desempenho ocupacional ⁽⁸⁹⁾.

Nos serviços de saúde, sujeitos com diagnósticos de TP são tradicionalmente considerados “difíceis”, com tratamento complicado uma vez que raramente se consideram doentes e com frequência responsabilizam os outros por seus problemas. Isso demanda uma postura diferenciada do profissional e dos serviços de saúde, que só recentemente tem sido enfocada ⁽⁸⁸⁾.

3.3.2 Transtornos da Personalidade: classificação segundo a CID.10

Os transtornos específicos da personalidade, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), são divididos em oito tipos, a saber ^(89, 92):

Quadro 2 – Transtornos da Personalidade segundo a CID-10: nomenclatura e característica (DALGALARRONDO, 2008; OMS, 2006) ^(89, 92)	
Nomenclatura	Descrição/Características
Paranóica (F60.0)	Sensível às decepções e às críticas, recusa perdoar os insultos, caráter desconfiado, tendência a distorcer os fatos interpretando as ações imparciais ou amigáveis dos outros como hostis ou de desprezo; ciúmes excessivo e injustificado ao parceiro; reivindicativo.
Esquizóide (F60.1)	Retraimento dos contatos sociais, afetivos ou outros marcados pela indiferença e distanciamento; preferência pela fantasia, atividades solitárias e a reserva introspectiva, solitário e apresenta incapacidade de expressar seus sentimentos e a experimentar prazer; não se emociona, demonstrando-se imperturbável.
Dissocial (F60.2)	Desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros; irresponsável, inconsequente. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência.
Emocionalmente Instável (F60.3)	Imprevisibilidade nos atos sem consideração pelas consequências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. O tipo impulsivo demonstra

	instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo “borderline”, caracterizado inclusive por perturbações da autoimagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas e gestos suicidas
Histriônica (F60.4)	Sugestionável, afetividade superficial e lábil, dramatização, teatralidade, expressão exagerada das emoções, egocentrismo, autocomplacência, falta de consideração para com o outro, desejo permanente de ser apreciado e de constituir-se no objeto de atenção e tendência a se sentir facilmente ferido.
Anancástica (F60.5)	Marcado pelo sentimento de dúvida, perfeccionismo, escrupulosidade, verificações, e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e rigidez excessivas. Rígido, metódico e escrupuloso. Tende a seguir regras rigorosamente, muito convencional. Controlador dos outros e de si mesmo. O transtorno pode se acompanhar de pensamentos ou de impulsos repetitivos e intrusivos não atingindo a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.
Ansiosa (F60.6)	Sentimento de tensão e de apreensão, insegurança e inferioridade. Existe um desejo permanente de ser amado e aceito, hipersensibilidade à crítica e à rejeição, reticência a se relacionar pessoalmente, e tendência a evitar certas atividades que saem da rotina com um exagero dos perigos ou dos riscos potenciais em situações banais. Dificuldade em descontrair-se e extremamente inseguro.
Dependente (F60.7)	Tendência sistemática a deixar a outrem a tomada de decisões, importantes ou menores; medo de ser abandonado; percepção de si como fraco e incompetente; submissão passiva à vontade do outro, necessidade de agradar ao outro. Sem iniciativa, energia ou autonomia pessoal.

3.3.3 Transtornos da Personalidade: aspectos epidemiológicos

Estudos realizados na comunidade apontam para uma prevalência dos TP entre 10% a 13%, acometendo uma faixa etária jovem (25 a 44 anos) e distribuídos entre os sexos; exceto para o TP Dissocial, mais frequente entre homens e TP histriônica, entre mulheres^(88, 90).

Investigando a prevalência dos TP segundo critérios raciais e étnicos, aponta-se que não há diferença significativa entre a população branca, asiática e hispânica. Em comparação com a população negra foi observada pequena diferença estatística e menor prevalência de comorbidades nesta população, considerando abuso e dependência de substâncias lícitas e ilícitas, transtornos de humor e ansiedade⁽⁹³⁾.

No âmbito de serviços de cuidado primário os TP são responsáveis por 10% a 30% das consultas. Os usuários que mais frequentemente procuram tais serviços utilizam psicotrópicos e apresentam comportamentos difíceis de lidar. Em ambulatórios e setores de internação essa porcentagem pode aumentar, variando de 11% a 20% dos pacientes⁽⁸⁸⁾.

As comorbidades mais prevalentes são os transtornos alimentares, transtornos de humor e a depressão unipolar. A associação TP com esses transtornos tem um impacto negativo no tratamento devido ao aumento do número de tentativas de suicídio, por apresentarem menores respostas ao tratamento e por dificilmente alcançarem remissões sintomáticas completas. Além disso, após cada episódio, tendem a níveis mais baixos de readaptação social, familiar e profissional⁽⁸⁸⁾.

Os TP estão associados com aumento dos comportamentos suicidas, cuja prevalência varia segundo o tipo. Por exemplo, dentre os mais elevados, está o TP emocionalmente instável. O suicídio é a principal complicação de sujeitos com este diagnóstico, cuja taxa chega a ser 50 vezes maior quando comparada à população em geral. A prevalência das tentativas de suicídio podem atingir 70% de sujeitos com este diagnóstico e 80% se engajam em condutas automutilantes^(88, 90).

4 OBJETIVOS

Os objetivos dividem-se em geral e específicos:

4.1 Objetivo Geral

Analisar a efetividade e o sentido da intervenção de massagem com aromaterapia sobre a ansiedade de pacientes com transtornos da personalidade durante o período de internação psiquiátrica.

4.2 Objetivos Específicos

Comparar estatisticamente a diferença entre as médias das frequências cardíaca e respiratória mensuradas antes e após cada sessão de massagem com aromaterapia aplicada a pacientes com transtornos da personalidade.

Comparar estatisticamente a diferença entre as categorias resultantes de uma escala sobre ansiedade, nacionalmente validada e aplicada antes e após a intervenção de massagem com aromaterapia, realizada em pacientes com transtornos da personalidade.

Compreender o sentido da intervenção de massagem com aromaterapia para pacientes com diagnóstico de transtornos da personalidade durante o período de internação psiquiátrica.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

As duas grandes vertentes nos delineamentos metodológicos constituem as abordagens quantitativa e qualitativa. Naquela, a filosofia determinista é sua fundamentação, utiliza-se do raciocínio dedutivo e da generalização frequentemente quantificando e analisando a relação entre as variáveis consideradas no estudo. Já na última, parte-se do paradigma naturalístico, com raciocínio indutivo, existindo múltiplas aproximações para a compreensão de um determinado fenômeno ⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾.

Considerando o objeto, o problema e a pergunta deste estudo, que constituem a tríade mútua do exercício de fazer ciência, elege-se a abordagem mista. Trata-se do uso de duas ou mais estratégias em um mesmo projeto de pesquisa, cuja implementação ocorre de forma concomitante ou sequenciada ⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾.

Com o objetivo de complementaridade, iniciação e expansão da amplitude do estudo, os métodos mistos têm-se tornado uma tendência na abordagem dos problemas e fenômenos de pesquisa da Enfermagem. Além disso, permitem a valorização do rigor nos procedimentos científicos, incluindo desde seu delineamento até suas conclusões. ^(98, 99).

Nesse tipo de desenho metodológico, é importante reconhecer o referencial teórico primário, aderindo às suas suposições metodológicas, podendo ser quantitativo ou qualitativo. Nesse sentido, cabe ao referencial secundário o papel complementar, buscando uma perspectiva com maior profundidade e refinamento que não pode ser acessada pela abordagem primária ⁽⁹⁸⁾.

Para o presente estudo, propõe-se realizar uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e correlacional. O referencial metodológico principal é quantitativo com delineamento de estudo clínico não controlado, visto que, por meio de procedimentos estruturados, permite verificar a efetividade da intervenção sobre a percepção da ansiedade nos portadores de transtornos de personalidade. Como referencial secundário, opta-se pela abordagem qualitativa com o intuito de descrever o significado e a importância atribuídos à intervenção pelos sujeitos.

5.2 Local

O presente estudo foi realizado no Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), incluindo UPC-IP do Hospital das Clínicas – Unidade 3 (HC-III).

O referido Complexo Assistencial integra a rede de atenção à saúde do DRS IX (Diretoria Regional de Saúde) Marília, cuja área de abrangência inclui 62 municípios, agrupados em 5 microrregiões (Marília, Assis, Ourinhos, Adamantina e Tupã), totalizando uma população estimada de 1.074.108 habitantes⁽¹⁰⁰⁾.

A unidade 3 do Complexo Assistencial iniciou suas atividades em 01/02/10, tornando-se uma unidade de referência para Marília e região, tanto no âmbito ambulatorial quanto no de internação hospitalar, sendo ainda cenário privilegiado de formação graduada e pós-graduada às diversas categorias profissionais da saúde. Possibilita também a realização de pesquisas no campo da atenção. Com capacidade planejada de 80 leitos e operacional de 58 leitos, a Unidade responsabiliza-se pelo desenvolvimento de ações de cuidado individual e coletivo nas áreas de Atenção à Saúde Mental e Atenção Clínico-Cirúrgica⁽¹⁰⁰⁾.

A UPC-IP tem capacidade operacional para 18 leitos de internação com uma média de ocupação de 15 pacientes por dia, média de permanência hospitalar de 16 dias e intervalo de substituição dos leitos de, aproximadamente, três dias. Recebe, preferencialmente, usuários em primeiro surto ou com quaisquer transtornos psiquiátricos em sua apresentação aguda que necessitem de reajuste medicamentoso⁽¹⁰⁰⁾.

Os usuários internados na UPC-IP, independente da cidade em que residem na regional de saúde, podem vir de dois locais do Complexo Assistencial: do Pronto Socorro da FAMEMA, ou do Ambulatório de Saúde Mental (ASM) da mesma unidade. Em ambos os casos, passam por avaliação médica especializada, chegando à UPC-IP com uma hipótese diagnóstica para investigação, caso sejam usuários em primeiro surto, ou são usuários já diagnosticados com reagudização dos sintomas.

5.3 População de Estudo

Participaram deste trabalho pacientes internados na UPC-IP durante o período de aplicação da intervenção (maio a outubro de 2013), portadores de transtornos de

personalidade e do comportamento do adulto, considerando os critérios diagnósticos dispostos na CID-10. A escolha desta população ocorreu, considerando o índice de prevalência na unidade, o impacto que causa sobre a equipe de saúde, assim como, a percepção da necessidade de diversificar o cuidado de enfermagem oferecido.

Além desta coorte diagnóstica, constituem critérios de inclusão adicionais: (1) maioridade, (2) assinatura do paciente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e (3) assinatura do familiar/responsável pelo participante no TCLE. Integram os critérios de exclusão: (1) hipersensibilidade aos óleos essenciais, (2) gravidez ou sinais sugestivos de gestação, (3) uso contínuo de medicamentos antiarrítmicos e (4) comprometimento cognitivo.

5.4 Procedimentos Éticos

Conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), como instituição preponente, e pelo CEP da FAMEMA enquanto instituição co-participante, sendo aprovado em 09/04/2013 sob o protocolo número 241.081. A participação dos sujeitos selecionados para o estudo ocorreu após a leitura, a explicação e a assinatura do TCLE destinado aos sujeitos de pesquisa e um segundo, destinado ao familiar e/ou responsável legal pelo paciente, cujos modelos se encontram na seção Apêndices.

5.5 Intervenção

O primeiro contato do pesquisador junto ao sujeito de pesquisa se deu logo após a admissão na enfermaria, momento que facilitou a abordagem de ambos, familiar e sujeito de pesquisa, para exposição e explicação dos termos do TCLE. Na mesma oportunidade, após a assinatura no TCLE, foi realizado o teste de sensibilidade em relação aos óleos essenciais utilizados na intervenção que consiste na aplicação da solução aromática na fossa antecubital e a verificação de sinais irritantes ou alergênicos dentro de 24 horas.

Perante o resultado negativo da prova de toque (descrita no parágrafo anterior), foi realizada uma nova abordagem do participante para a coleta dados conforme

formulário na seção Anexo, aplicação do IDATE-Estado pré-intervenção e agendamento dos dias e horários das sessões de aromaterapia.

A intervenção de aromaterapia em si se caracteriza pela aplicação de óleos essenciais em sessões de massagem na região da musculatura do trapézio e tórax posterior, com duração de 20 minutos, três vezes na semana, em dias alternados, por duas semanas, totalizando seis sessões. Essa intervenção é precedida da apresentação e de sua explicação pelo pesquisador e profissional responsável pelo procedimento e realizada, particularmente, no leito destinado ao usuário na UPC-IP.

Quanto à aplicação da massagem, vale ressaltar que a técnica selecionada, dentre as apresentadas na literatura científica e específica da aromaterapia, foi o alisamento ou *effleurage*, que consiste na aplicação de movimentos superficiais, leves, contínuos realizados com toda a superfície palmar. Nesta pesquisa, utilizou-se de movimentos multidirecionados. A escolha deste método ocorreu por ser consagrado na literatura específica de aromaterapia desde seus primórdios, por promover maior absorção cutânea dos óleos essenciais e não estimular pontos da acupuntura⁽⁸²⁾.

A escolha das essências ocorreu segundo referenciais da aromaterapia. Foram eleitos os óleos essenciais de lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Pelargonium graveolens*), que possuem alta concentração de éster, conferindo ação tranquilizante e calmante, ambos indicados para situações ansiogênicas. Em concentração de 0,5%, os óleos essenciais são diluídos em gel para aplicação durante a massagem. A sua escolha se deu por sua neutralidade química e pelos aspectos sensoriais agradáveis^(64, 81).

5.6 Método 1 – Vertente Quantitativa

5.6.1 Coleta de Dados

A análise da eficácia da intervenção foi realizada em duas etapas. A primeira constituiu a mensuração das frequências cardíaca e respiratória em dois momentos: antes e imediatamente após cada sessão de massagem aromaterapêutica. Foram utilizados desses sinais vitais, por serem facilmente mensurados, não representarem custos adicionais ao projeto, por representarem sinais fisiológicos que indicam indiretamente um estado de relaxamento ou ansiedade e por já terem sido empregados em outros estudos internacionais nessa área. Para tanto, foi utilizado oxímetro de pulso digital (Universal Medical Products®) para detectar a frequência cardíaca (FC); sendo a frequência respiratória (FR) mensurada manualmente com auxílio de um relógio⁽⁵⁷⁾.

A segunda parte da coleta de dados destinados à eficácia da intervenção tratou da aplicação de uma escala internacional e nacionalmente validada e amplamente utilizada para pacientes e população em geral, denominada Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Considerando o objetivo deste estudo, foi aplicado questionário referente à avaliação do estado em dois momentos, na admissão e na alta dos pacientes incluídos na amostra populacional. Trata-se de uma escala baseada em afirmações autoavaliadas, constituída de vinte afirmações em cada uma das duas subescalas. A relacionada ao estado destina-se a investigar aspectos emocionais transitórios, marcados pela experiência de sentimentos ansiogênicos. Cada afirmação recebe uma pontuação que varia de 1 a 4 pontos, sendo que a somatória classifica o usuário quanto ao traço/estado como baixo (de 20 a 34 pontos), moderado (de 35 a 49 pontos), elevado (de 50 a 64 pontos) e muito elevado (de 65 a 80 pontos) ^(101, 102).

5.6.2 Análise dos Dados

Quanto ao tratamento dos dados, esses foram inicialmente apresentados segundo referenciais da estatística descritiva e posteriormente, processados segundo a estatística analítica.

A estatística descritiva permite a identificação das medidas de posição ou tendência central, tais como média e mediana e, ainda, das medidas de variabilidade como, por exemplo, amplitude, variância, desvio padrão e quartis. Utilizaram-se recursos gráficos e numéricos para representá-las de forma organizada e dotada de sentido lógico ^(103, 104).

Com isso, é possível executar a segunda parte do processamento dos dados, mais especificamente a análise bivariada, cuja finalidade está em revelar se há associações entre duas variáveis. Sob esse referencial, foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 17.0 e aplicado o teste *t* pareado para variáveis contínuas e com distribuição normal. É o teste estatístico que tem sido mais utilizado para avaliar o efeito de um tratamento considerando a diferença entre a média de dois grupos que se submeteram à intervenção, podendo ser utilizado mesmo para pesquisa com populações de estudo pequenas ^(103, 105, 106).

Foi também aplicado o teste qui-quadrado (χ^2). Trata-se de método não-paramétrico, destinado a avaliar a evidência de associação entre duas variáveis categóricas ⁽¹⁰⁵⁾.

Em ambos os testes, as análises consideram Intervalo de Confiança (IC) de 95% e *p*-valor 0,5^(105, 106).

5.7 Método 2 – Vertente Qualitativa

5.7.1 Coleta de Dados

Para contemplar a abordagem qualitativa, considerando os sentidos que os usuários atribuem à aromaterapia durante a internação psiquiátrica, utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semidirigida com questões abertas, pois ela permite que pesquisador e sujeito possam direcionar a condução segundo os objetivos propostos⁽¹⁰⁷⁾.

Além disso, a entrevista representa a estratégia mais utilizada nas pesquisas de campo. Definida como uma conversa a dois, permite e exige um encontro interpessoal, fornecendo dados de representação da realidade do sujeito^(107, 108).

A questão norteadora aplicada “Como foi para você ter participado da massagem com aroma durante a internação?” foi respondido durante a entrevista realizada ao final das seis sessões aromaterapia, que constituem a intervenção. Concomitante, os registros de sinais não verbais foram realizados pelo pesquisador e as falas, áudio-gravadas e transcritas na íntegra.

5.7.2 Análise dos Dados

Os dados emergidos da investigação qualitativa serão tratados segundo análise de conteúdo, definida como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições produção/recepção dessas mensagens” (Bardin, 2007. p.44).

Portanto, trata-se de um método de análise voltado para as comunicações, tendo como pretensão compreender os dados obtidos além dos significados imediatos. Isso corresponde a dizer que se propõe superar a incerteza e possibilitar uma leitura enriquecida e aprofundada do fenômeno que se investiga. Nesse procedimento analítico, são adotadas etapas⁽¹⁰⁹⁾:

- *Pré-análise*: é a fase de organização, guiada pela intuição, visando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais que conduzirão o plano de análise. Inclui, portanto, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e a elaboração de

critérios de interpretação. Constituem suas atividades a leitura flutuante, o estabelecimento do *corpus* da pesquisa, a adoção dos critérios indicadores de análise e a edição do material.

- *Codificação*: corresponde ao tratamento do material, transformando o texto por critérios delimitados que possibilitarão a representação do conteúdo. É necessário o estabelecimento de regras de recorte, elaboradas por meio da escolha das unidades de registro que correspondem ao segmento dotado de conteúdo a ser considerado como unidade base. Neste estudo, adota-se o tema como unidade de registro, retratando a unidade de contexto, que tem como função ancorar sua significação de um registro.

- *Categorização*: trata-se da atividade de classificação das unidades de registros. Para tanto, a etapa é constituída por duas fases: uma de inventário, onde as partes são isoladas e outra, de classificação em si, em que os elementos isolados são reagrupados segundo um critério previamente estipulado. Por fim, adota-se uma denominação genérica que os represente em essência. Nesta pesquisa, o critério de categorização escolhido é o semântico. É importante que as categorias sejam construídas segundo os atributos de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade, características que viabilizam qualidade às categorias, assegurando rigor ao método de investigação.

- *Inferência*: fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem para saber mais sobre este texto ou comunicação, para isso, o pesquisador realiza uma “análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo”. Esse processo inferencial pode recair sobre o emissor ou receptor da mensagem, sobre o código da mensagem, sobre sua significação e até mesmo sobre o instrumento de comunicação utilizado. Considerando o objetivo desse trabalho, o processo inferencial foi realizado sobre o conteúdo e significado da mensagem extraindo informações que respondam à questão norteadora adotada.

5.8 Intervenção Paralela

Aos pacientes que não compuseram a amostra deste estudo e que demonstraram interesse em se submeterem a sessões de aromaterapia, foi oferecida uma intervenção paralela e concomitante ao projeto de pesquisa, que se caracterizou de forma similar à anterior, no entanto, sem realizar, no entanto, a aplicação do IDATE e a mensuração dos sinais vitais desses pacientes.

Embora essa intervenção não tenha sido contabilizada sistematicamente, observou-se que, enquanto os pacientes selecionados para a pesquisa se submetiam à aromaterapia, outros pacientes também demonstravam interesse. Destes, todos os diagnósticos foram contemplados, em especial, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Depressivo e Transtornos Psicóticos.

Em geral, não houveram pacientes da intervenção paralela que demonstram intolerância à preparação aromática ou em relação à intervenção. Os relatos espontâneos, que não foram registrados ou apresentados, convergem para os benefícios identificados durante a experiência com aromaterapia.

6 RESULTADOS

A apresentação dos resultados desta pesquisa está organizada em três tópicos: (6.1) caracterização dos sujeitos de pesquisa, (6.2) resultados quantitativos e (6.3) resultados qualitativos.

6.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Entre os meses de maio a outubro de 2013, ocorreram 176 internações na UPC – IP da Unidade 3 do Hospital das Clínicas de Marília. Destas, foram selecionados para a pesquisa 55 pacientes por terem sido diagnosticados com Transtornos de Personalidade e do Comportamento do Adulto (F60), o que corresponde a 31,25% do total de pacientes internados.

Dos 55 pacientes que equivalem à população de estudo desta pesquisa, foram excluídos 02 por alta a pedido, 02 por serem menores de 18 anos e 01 por recusa do paciente, totalizando 05 exclusões (9,25%). Portanto, participaram da intervenção 50 pacientes.

6.1.1 Perfil sócio-demográfico

Dos 50 sujeitos que participaram da pesquisa, 11 eram do sexo masculino, o que equivaleu a 22% da população e 39, do sexo feminino (78%). Entre os homens, a média etária foi 30,54 anos (18-48 anos), enquanto que população feminina foi maior, 35,74 anos (18-60 anos). A média etária da população de estudo foi 34, 60 anos (18-60 anos). Conforme ilustra a Tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos segundo faixa etária e sexo. Marília/SP – 2013.

Faixa Etária	Sexo (%)	
	Feminino	Masculino
1(18 – 22 anos)	12.8	18.2
2(23 – 27 anos)	20.5	27.3
3(28 – 32 anos)	10.3	9.1
4(33 – 37 anos)	15.4	27.3
5(38 – 42 anos)	5.1	0.0
6(43 – 47 anos)	15.4	9.1
7(48 – 52 anos)	7.7	9.1
8(53 – 57 anos)	5.1	0.0
9(58 – 62 anos)	7.7	0.0

Quanto à procedência, 74% dos sujeitos de pesquisa residiam em Marília, correspondendo a 37 pacientes entre homens e mulheres; os demais sujeitos eram procedentes das diversas cidades que constituem a DRS IX.

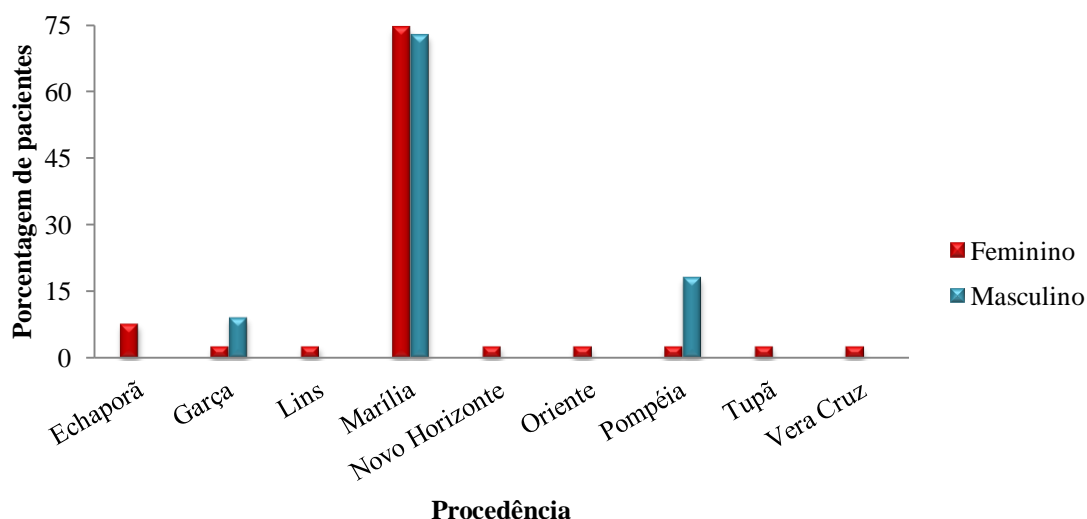


Gráfico 1 – Distribuição da proporção de sujeitos segundo procedência e sexo. Marília/SP – 2013.

Em relação ao nível de instrução, 43,6% das mulheres e 54,5% dos homens pesquisados ($n=36$) possuíam ensino médio completo; 17,9% das mulheres pesquisadas possuíam fundamental completo ($n=7$); 08 pacientes declararam estar cursando ensino superior (10,3% das mulheres e 36,4% dos homens); 12,8% das mulheres possuíam formação técnica. Quanto à formação superior completa, 9,1% dos homens ($n=1$) e 7,7% das mulheres ($n=3$) referiram possuí-la; e por fim, 7,7% das mulheres deixaram os estudos ainda no ensino fundamental ($n=3$).

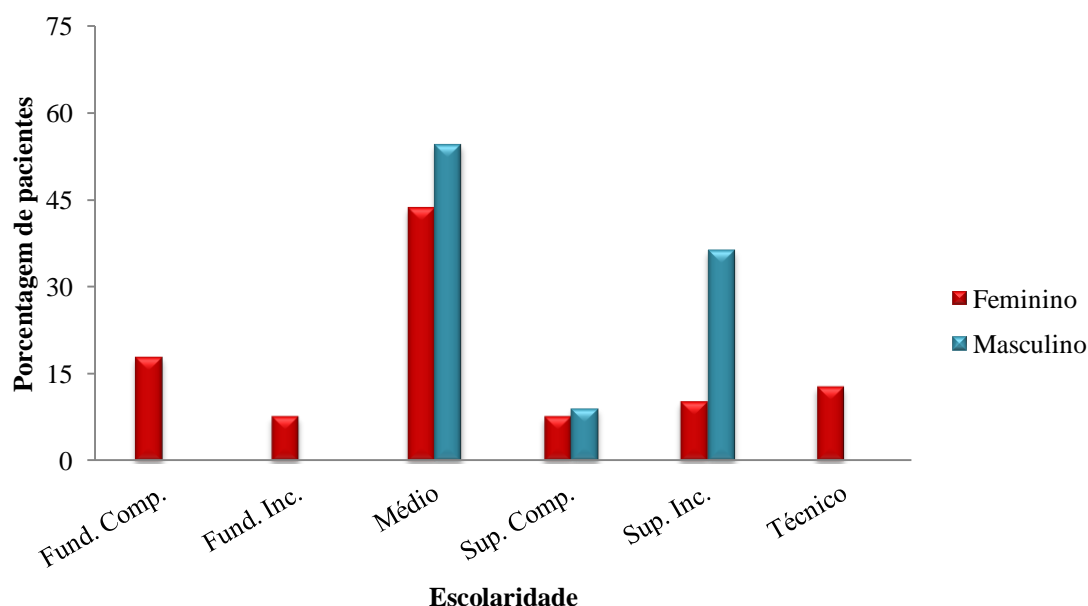


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo escolaridade e sexo. Marília/SP – 2013.

Quanto à profissão, 72% dos sujeitos de pesquisa possuem ocupação ($n=46$), 17 declaram como ocupação atividades domésticas (43,6% das mulheres) e 06 sujeitos entre homens e mulheres (12%), declararam estar sem ocupação no momento da coleta. A tabela a seguir apresenta a distribuição específica de ocupação segundo o sexo dos sujeitos.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos quanto à ocupação e ao sexo. Marília/SP – 2013.

Ocupação	Sexo (%)	
	Feminino (n)	Masculino (n)
Auxiliar Administrativo	2.6 ($n=1$)	9.1 ($n=1$)
Contadora	2.6 ($n=1$)	0.0 ($n=0$)
Sem ocupação	12.8 ($n=4$)	18.2 ($n=2$)
Do lar	43.6 ($n=17$)	0.0 ($n=0$)
Empresária	2.6 ($n=4$)	0.0 ($n=0$)
Estudante	12.8 ($n=4$)	27.3 ($n=3$)
Psicóloga	2.6 ($n=1$)	0.0 ($n=0$)
Recepcionista	2.6 ($n=1$)	0.0 ($n=0$)
Técnico em Enfermagem	5.1 ($n=2$)	0.0 ($n=0$)
Vendedora	12.8 ($n=4$)	27.3 ($n=3$)
Polícia Civil	0.0 ($n=0$)	9.1 ($n=1$)
Servente	0.0 ($n=0$)	9.1 ($n=1$)

Referindo-se ao estado civil, 46% dos pacientes declararam ser casados, correspondendo a 23 sujeitos entre homens e mulheres. Do restante, 19 pacientes

relataram estar solteiros (34%), 05 mulheres, viúvas e 01 homem e 02 mulheres eram divorciados. Da população de estudo, 62% possuíam filhos, sendo 27 mulheres e 4 homens.

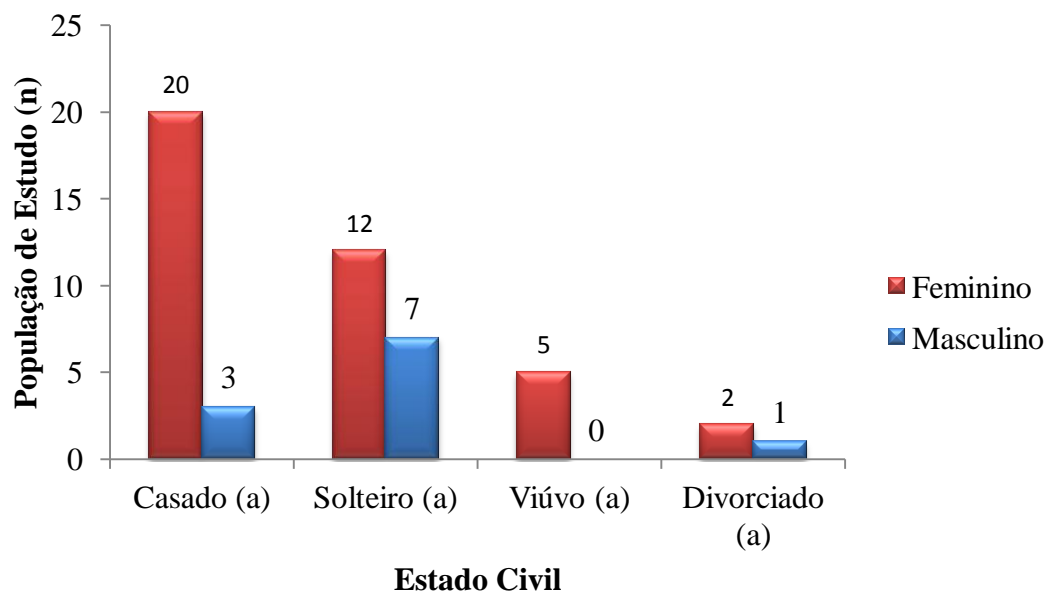


Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil e ao sexo. Marília/SP – 2013.

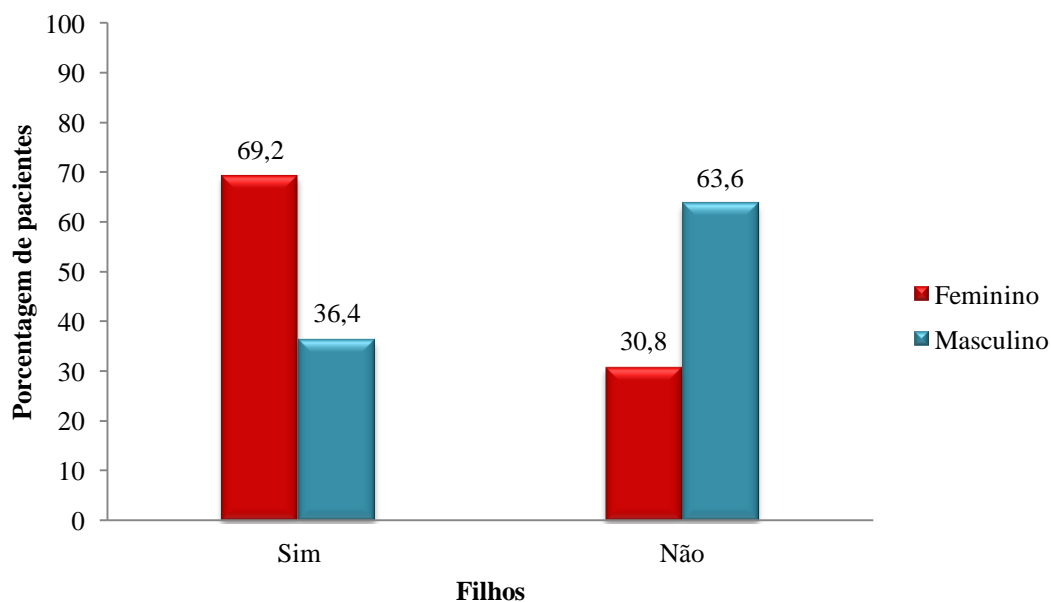


Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos em relação a possuir filhos e ao sexo. Marília/SP – 2013

Por fim, quanto à religião professada, 27 são católicos (52%), seguidos de 18 evangélicos (34%) e 06 espíritas (14%).

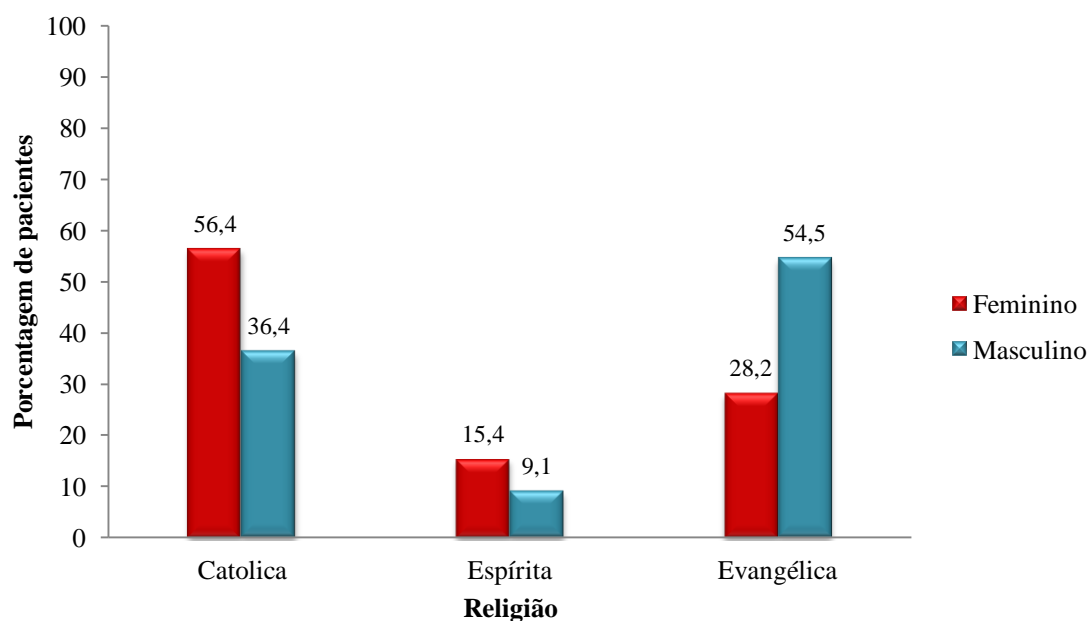


Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos quanto à religião e ao sexo. Marília/SP - 2013

6.1.2 Aspectos diagnósticos e clínicos

Conforme aponta o Gráfico 6, o subtipo diagnóstico predominante na população de estudo foi o TP Emocionalmente Instável (F60.3), representando 71,8% das mulheres e 45,5% dos homens (28 do sexo feminino e 05 do sexo masculino), seguido do diagnóstico de TP Histrionica (F60.4), com 07 sujeitos do sexo feminino e 03 do sexo masculino. Houve, também, outros diagnósticos pertencentes ao agrupamento: TP Dependente (F60.7) com 03 três sujeitos; 02 pacientes com TP Paranoide (F60.0); 01 paciente com TP Antissocial (F60.2) e, por fim, 01 paciente com TP Esquizoide (F60.1).

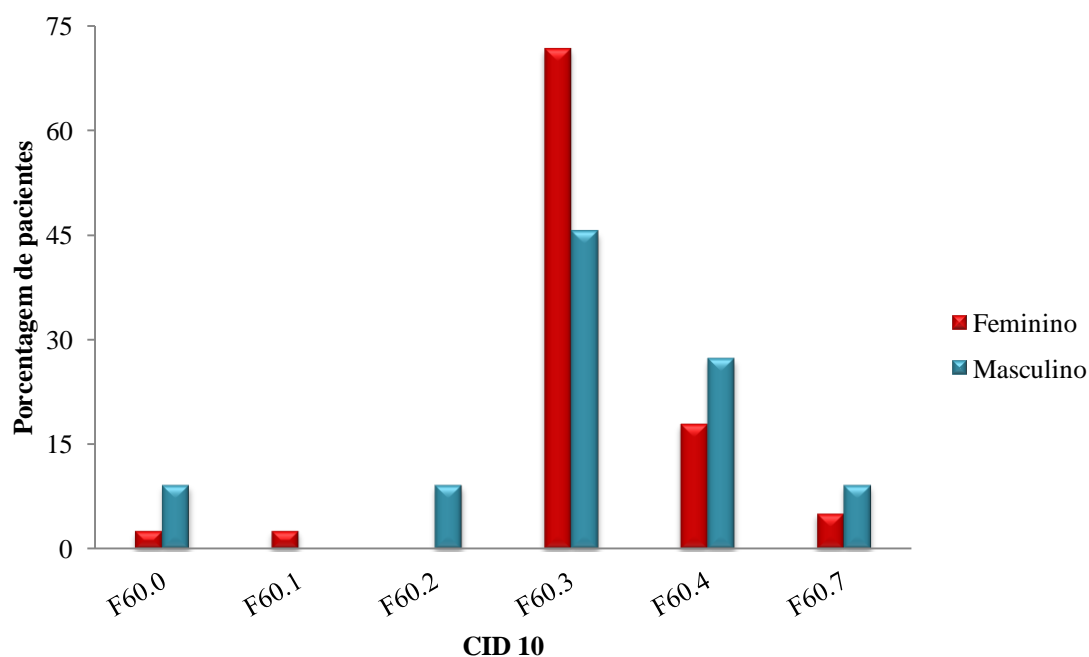


Gráfico 6 – Distribuição dos sujeitos segundo diagnóstico e sexo. Marília/SP - 2013

O critério de internação prévia foi predominante entre as mulheres desta pesquisa. 24 referiram ter internação prévia contra apenas 03 homens, o que corresponde, respectivamente, a uma porcentagem de 61,5% e 36,4%. Para o critério tratamento prévio, no entanto, ambos os sexos comportaram-se de maneira semelhante, sendo afirmativo para 34 sujeitos do sexo feminino e 07 do sexo masculino.

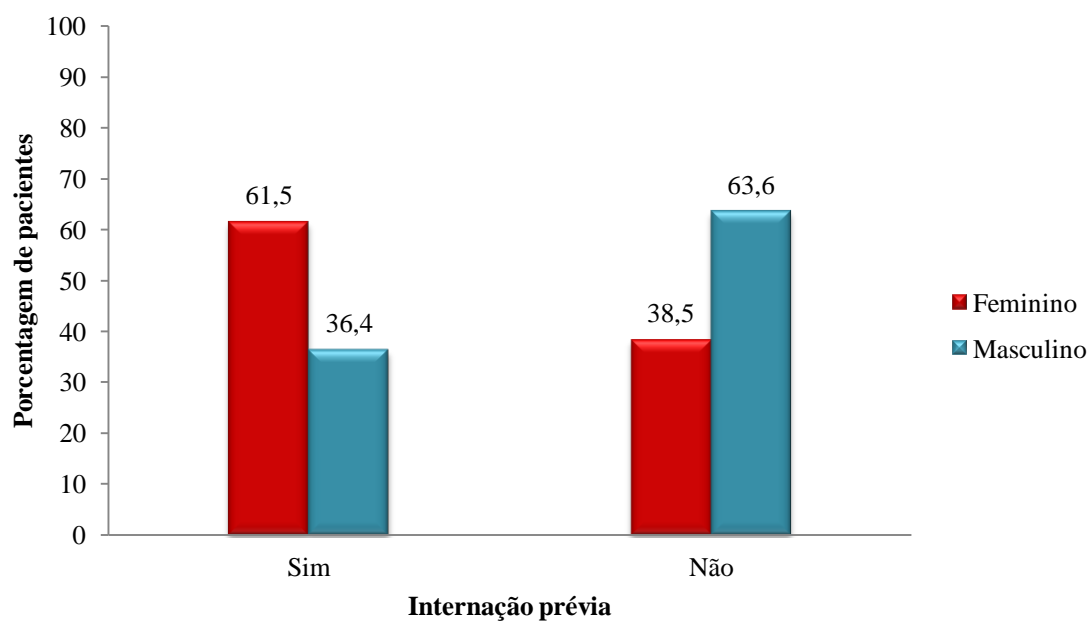


Gráfico 7 – Distribuição dos sujeitos segundo internação prévia e sexo. Marília/SP – 2013.

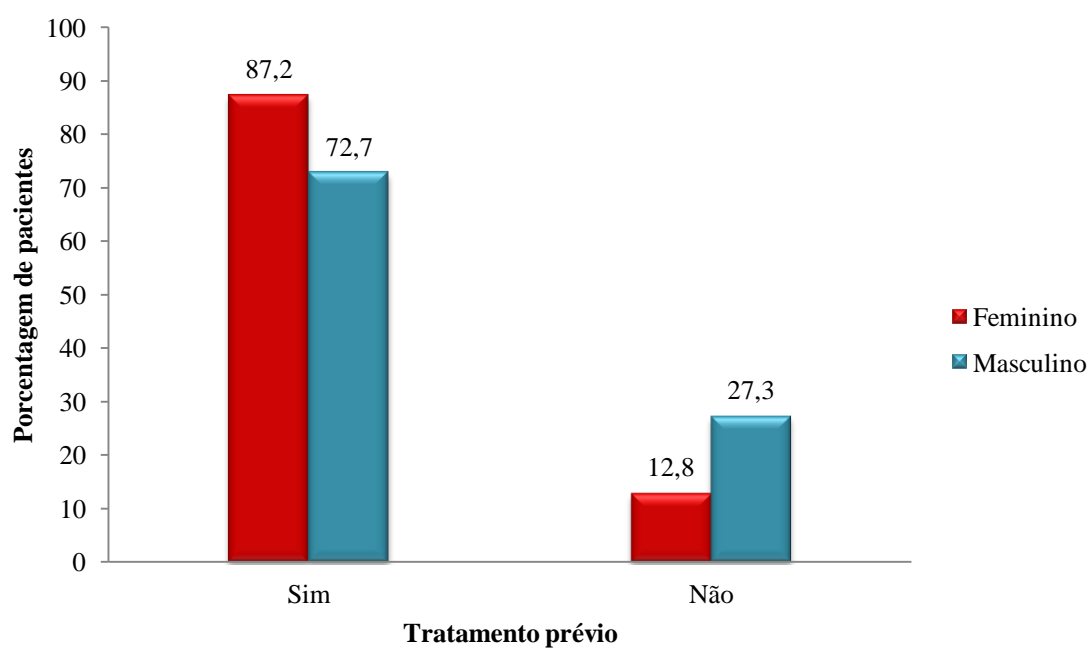


Gráfico 8 – Distribuição dos sujeitos segundo tratamento prévio e sexo. Marília/SP – 2013.

Em relação à dependência de tabaco, houve discreta predominância no sexo feminino (23 sujeitos) e no sexo masculino (06 sujeitos). Declararam ser tabagistas e fumando (8 cigarros/dia) em horários pré-determinados durante a internação.

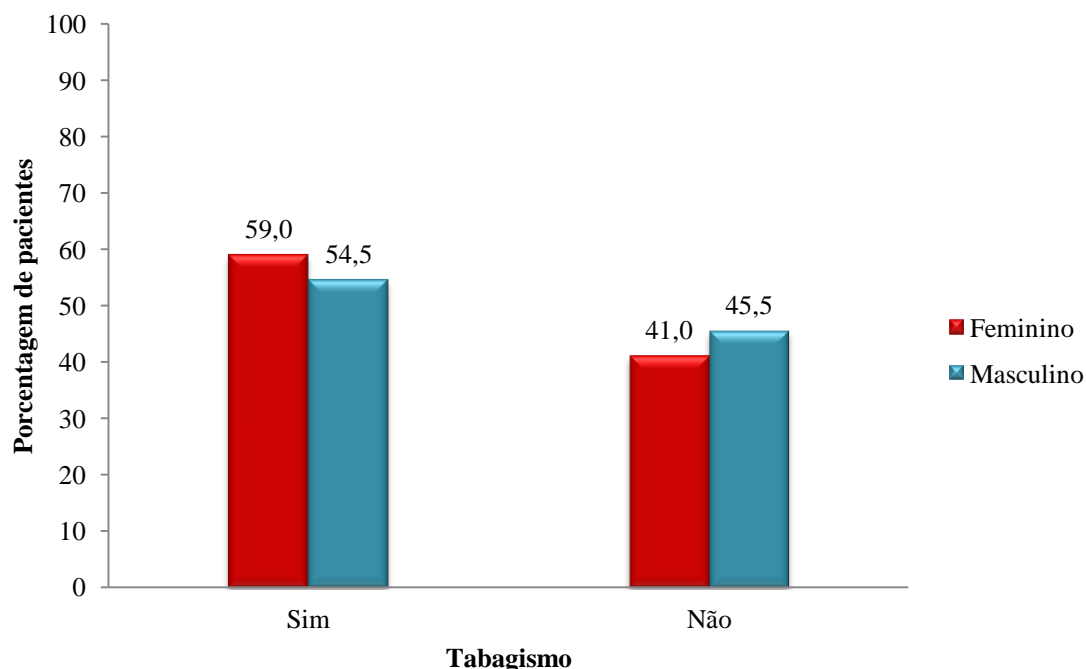


Gráfico 9 – Distribuição dos sujeitos segundo tabagismo e sexo. Marília/SP – 2013.

6.2 Resultados quantitativos

Durante os meses da coleta de dados e dentre os pacientes selecionados para a intervenção, foram realizadas cinquenta intervenções de massagem com aromaterapia, totalizando a aplicação de trezentas massagens.

Para tratamento e análise comparativa das frequências cardíacas mensuradas antes e imediatamente após cada sessão (S1, S2, S3,...), foi realizado o teste t pareado, utilizando-se a média e o desvio padrão da FC de cada sessão. O nível de significância considerado foi 5% ($P < 0,05$).

Tabela 3 - Média e Desvio Padrão das Frequências Cardíacas (FC) antes e após cada sessão da intervenção (S1 a S6). Marília/SP – 2013.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Pré	91,0 ± 12,2a	89,8 ± 11,3a	86,3 ± 12,5a	89,3 ± 12,8a	88,4 ± 12,6a	89,7 ± 12,1 ^a
Pós	75,6 ± 10,5b	74,8 ± 9,7b	71,1 ± 10,8b	73,0 ± 10,2b	73,4 ± 11,0b	73,3 ± 10,2b
Diferença	15,4 ± 8,8	15,0 ± 7,8	15,2 ± 7,0	16,3 ± 8,4	15,0 ± 8,2	16,4 ± 8,3
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

(a-b) Médias seguidas por letras diferentes na coluna diferiram estatisticamente entre si pelo teste t ($P < 0,05$).

A tabela 3 mostrou que, ao realizar o teste t pareado entre os valores das frequências cardíacas antes e após cada sessão as médias apresentam diminuição, todas sendo estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Foram analisadas associações entre FC da primeira mensuração, agrupadas em quatro intervalos igualmente distribuídos entre o valor mínimo e máximo, com as variáveis tabagismo, tratamento prévio e internação prévia.

Tabela 4 – Associação entre frequência cardíaca (FC) e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia. Marília/SP - 2013

FC	Tabagismo		Tratamento prévio		Internação Prévia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
68-80	4	9	3	10	7	6
81-90	6	6	8	4	11	2
91-100	7	7	9	5	12	2
101-114	6	5	7	4	11	0
P	0,6358		0,0790		0,0307	

A Tabela 4 demonstrou, por meio do teste estatístico qui-quadrado, que houve forte associação entre FC e internação prévia ($p < 0,05$). Isso significa que a população que declarou já ter sido internada anteriormente apresentou maior FC.

Também foi realizada análise entre FC da primeira mensuração com os subtipos diagnósticos que compõem o grupo de Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto, conforme ilustra a Tabela 5.

Tabela 5 – Associação entre frequência cardíaca (FC) e subtipos diagnósticos dos Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto. Marília/SP – 2013.

FC	CID 10					
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.3	F60.4	F60.7
68-80	0	0	0	8	5	0
81-90	0	0	1	8	1	2
91-100	1	0	0	9	4	0
101-114	1	1	0	8	0	1
P	0,2272					

Não foi evidenciada qualquer associação estatisticamente significativa entre frequência cardíaca e CID-10 (Tabela 5). Sendo assim, deduz-se que a variação da frequência cardíaca não sofreu influências em relação ao subtipo diagnóstico com que o usuário foi diagnosticado nesta pesquisa.

Para a análise da variação das FR mensuradas antes e após cada sessão da intervenção, foi realizado o cálculo da média e do desvio padrão de cada valor obtido

(S1, S2, S3,...). Para análise estatística comparativa, foi aplicado o teste t pareado, considerando nível de significância 5% ($p < 0,05$), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 - Média e Desvio Padrão das Frequências Respiratórias (FR) antes e após cada sessão da intervenção (S1 a S6). Marília/SP – 2013.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Pré	18,8 ± 3,8a	18,5 ± 4,1a	18,1 ± 4,5a	19,2 ± 4,7a	19,2 ± 4,9a	18,9 ± 4,1 ^a
Pós	15,6 ± 3,5b	15,4 ± 2,8b	15,1 ± 3,1b	15,1 ± 2,9b	15,3 ± 2,8b	14,6 ± 2,1b
Diferença	3,2 ± 3,2	3,1 ± 3,4	3,0 ± 3,1	4,1 ± 3,4	3,9 ± 4,5	4,3 ± 3,9
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

(a-b). Médias seguidas por letras diferentes na coluna diferiram estatisticamente entre si pelo teste t ($P < 0,05$).

Observa-se que a FR comportou-se similarmente à FC. Nota-se que a análise comparativa entre as médias da FR, antes e após cada sessão, aponta para sua diminuição estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Os valores da FR foram distribuídos igualmente em três faixas, considerando o menor e o maior valor e a partir dessas variáveis, foram estabelecidas análises entre tabagismo, tratamento prévio e internação prévia com o intuito de encontrar associações entre tais variáveis.

Tabela 7 - Associação entre Frequência Respiratória (FR) e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia. Marília/SP - 2013

FR	Tabagismo		Tratamento prévio		Internação Prévia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
12-16	7	10	14	3	11	6
17-21	10	12	20	2	11	11
22-27	6	5	7	4	5	6
P	0,7846		0,1574		0,5354	

Diferentemente da FC, não houve associação entre FR e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia (todos os parâmetros com $p > 0,05$), utilizando o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%.

Foram ainda verificadas associações entre as faixas de FC e os subtipos diagnósticos que constituem o grupo dos Transtornos de Personalidade e do Comportamento do Adulto, por meio do teste qui-quadrado com nível de significância em 5%. Como demonstrado na Tabela 8, não houve associações entre os parâmetros ($p > 0,05$).

Tabela 8 – Associação entre Frequência Respiratória (FR) e subtipos diagnósticos dos Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto. Marília/SP – 2013.

FR	CID 10					
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.3	F60.4	F60.7
12-16	0	0	0	13	4	0
17-21	0	1	0	13	5	3
22-27	2	0	1	7	1	0
P	0,0739					

Nesta pesquisa, como já ressaltado, utilizou-se o questionário relativo ao Estado do IDATE, sendo aplicado em dois momentos - antes da primeira sessão de massagem, que se deu o mais próximo da data de internação possível e ao término da intervenção, no dia seguinte à sexta sessão de massagem. Dessa forma, foram aplicados e tratados cinquenta IDATE anteriores à intervenção e cinquenta IDATE posteriores à intervenção.

Os resultados do IDATE foram analisados de duas formas. A Tabela 9 mostra a média e o desvio padrão dos valores resultantes das duas aplicações da escala IDATE-Estado (anterior e posterior à intervenção) e os compara por meio do teste t. Com isso, pode-se evidenciar que a diferença das pontuações das médias, antes e após intervenção da escala IDATE-Estado, apresentou diminuição estatisticamente significativa entre si ($p < 0,05$).

Tabela 9 – Média e desvio padrão dos escores do IDATE antes e após intervenção. Marília/SP – 2013.

	IDATE
Pré	44,1 ± 5,9 ^a
Pós	36,4 ± 6,8 ^b
Diferença	7,7 ± 6,3
P	<0,001

(a-b). Médias seguidas por letras diferentes na coluna diferiram estatisticamente entre si pelo teste t ($P < 0,05$).

No entanto, com os dados apresentados na Tabela 9, não é possível averiguar as categorias a que tais pontuações correspondem. Para tanto, na Tabela 11 foram distribuídas em número absoluto as categorias das escalas IDATE-Estado pré-intervenção e pós-intervenção. Dessa forma, pode-se observar que dos IDATE-Estado que resultaram na categoria “Moderado”, quinze sujeitos de pesquisa apresentaram pontuação menor a ponto de atingir a categoria “Baixo” e vinte e seis sujeitos se mantiveram na mesma categoria. Dos nove sujeitos de pesquisa que apresentaram IDATE-Estado categoria “Elevado”, um apresentou diminuição na pontuação, atingindo

a categoria “Baixo”; seis sujeitos apresentaram diminuição e atingiram a pontuação “Moderado” e dois sujeitos mantiveram-se na mesma categoria.

Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo categoria do IDATE-Estado antes e após intervenção. Marília/SP – 2013.

IDATE PRÉ INTERVENÇÃO	IDATE PÓS INTERVENÇÃO		
	Baixo	Moderado	Elevado
Moderado	15	26	0
Elevado	1	6	2
Total	16	32	2

Comparando as Tabelas 9 e 10, é possível notar que, embora a maioria dos sujeitos de pesquisa tenham-se mantido na mesma categoria da escala IDATE-Estado, a pontuação das escalas antes e após a intervenção analisadas, desconsiderando suas respectivas categorias, apresentou uma diminuição com significância estatística.

A Tabela 11 apresenta a proporção da população de estudo que se manteve ou modificou sua categoria na escala IDATE-Estado antes e após a intervenção.

Tabela 11 – Distribuição da proporção dos sujeitos de pesquisa segundo as categorias do IDATE-Estado antes e após intervenção. Marília/SP – 2013.

IDATE PRÉ INTERVENÇÃO	IDATE PÓS INTERVENÇÃO	
	Baixou categoria	Manteve categoria
Moderado	36,6%b	63,4%a
Elevado	77,8%a	22,2%b
P	0,0002	<0,0001

(a-b). Médias seguidas por letras diferentes na coluna diferiram estatisticamente entre si pelo teste t ($P < 0,05$).

Por essa análise pode-se observar que para a categoria “Elevado” houve uma maior redução da categoria após intervenção comparando com a categoria “Moderado”. Da população de estudo, 63,4% dos usuários categorizados como “Moderado” antes da intervenção mantiveram a mesma categoria na aplicação do IDATE-Estado após a intervenção, valor esse estatisticamente superior aos dos pacientes que previamente apresentaram a categoria “Elevado”. Destes, apenas 22,2% mantiveram-se na mesma categoria.

Foi verificado se houve evidência de associações entre as categorias do IDATE-Estado aplicado antes da intervenção e as variáveis tabagismo, tratamento prévio, internação prévia e subtipo diagnósticos do grupo de Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto. As Tabelas 12 e 13 ilustram tais análises.

Tabela 12 - Associação entre IDATE-Estado pré-intervenção e tabagismo, tratamento prévio e internação prévia. Marília/SP - 2013

IDATE	Tabagismo		Tratamento prévio		Internação Prévia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Moderado	19	22	7	34	18	23
Elevado	4	5	7	2	5	4
P	0,7903		0,0011		0,7903	

Tabela 13 - Associação entre IDATE-Estado pré- intervenção e subtipos diagnósticos dos Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto. Marília/SP – 2013.

IDATE	CID 10					
	F60.0	F60.1	F60.2	F60.3	F60.4	F60.7
Moderado	1	1	1	26	9	3
Elevado	1	0	0	7	1	0
P	0,2434					

Foi realizado o teste de qui-quadrado para verificar a associação entre as referidas variáveis. Só houve forte associação entre o IDATE-Estado e a realização prévia de tratamento ($P=0,0011$), ou seja, 82,90% dos pacientes que apresentaram a categoria “Moderado” não fizeram tratamento prévio e 77,80% dos pacientes que apresentaram a categoria “Elevado” já haviam feito tratamento prévio.

6.3 Resultados qualitativos

Os dados qualitativos foram categorizados, utilizando o tema como unidade de registro, os quais foram, por sua vez, retratados nas unidades de contexto, permitindo a ancoragem de seus significados. Utilizou-se ainda, para a constituição das categorias, o critério de saturação dos dados.

Após a transcrição e tratamento das entrevistas, que conformaram o *corpus* da análise qualitativa desta pesquisa, foram levantadas as seguintes categorias: (i) identificando os benefícios da aromaterapia e (ii) possibilitando o autoconhecimento. A apresentação de cada categoria está ilustrada por excertos de discursos que a simbolizam, seguidos de uma denominação fictícia do sujeito de pesquisa (planta aromática), da idade, do sexo e do diagnóstico médico.

6.3.1 Identificando os benefícios da aromaterapia

Nesta categoria são apresentados os dados que convergem para a identificação dos benefícios da aromaterapia em diversas vertentes apontadas pelos sujeitos de

pesquisa. Com o intuito de organização didática, esses dados foram distribuídos nas seguintes subcategorias:

6.3.1.1 Favorecendo o bem-estar psicológico

Os sujeitos da pesquisa atribuíram à aromaterapia a função de favorecer o bem estar psicológico durante o período de internação, auxiliando-os na adaptação ao ambiente e diminuindo alguns sintomas característicos de ansiedade, como ideias fixas relacionadas a problemas pessoais, angústia e estado permanente de alerta. Os trechos selecionados e apresentados a seguir apontam para esta subcategoria:

“[...] é uma técnica muito boa, a gente relaxa logo, tipo... durante a primeira vez que você faz. Eu me senti mais calma... mais tranquila. Deu pra esquecer um pouco que gente veio pra cá contra a vontade...” (Artemísia, 37 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Isso que você faz é muito bom... eu me sinto melhor sem aquela sensação de que algo vai acontecer mesmo estando dentro de um hospital. Muitas vezes a gente está aqui, mas não deixa de ficar pensando nos problemas que a gente tem lá em casa... e que na verdade foi o que trouxe a gente pra cá... E então essa massagem com o perfume faz com que gente deixe um pouco de lado todos esses problemas [...]” (Borônia, 33 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“A gente vem pra cá porque não tem apoio lá fora (silêncio, paciente cabisbaixa). Dificilmente isso vai mudar eu sei, mas isso deixou de ser uma ameaça quando eu estava sendo massageada... Não dá ‘pra’ dizer que não causa relaxamento, um conforto na pressão que a gente tem na cabeça, sabe aquela bola no peito?” (Anis, 18 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Eu descansei... Aquele cheiro com o jeito que você usa. Dá uma sensação de calma, de segurança.” (Nérolis, 25 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

É importante ressaltar a percepção dos sujeitos em relação aos aromas utilizados e à aplicação dérmica por meio do toque na região cervical posterior e trapézios, muitas vezes descrita como “massagem”. A intencionalidade da ação e a representação do toque vigoroso e afetivo permitem apontar para as sensações de segurança e calma indicadas pelos discursos.

6.3.1.2 Favorecendo o bem estar físico

Como os sintomas de ansiedade podem se apresentar psicológica e fisicamente, esta subcategoria elucidou-se os discursos que enfatizam melhoras no âmbito físico que os sujeitos de pesquisa atribuem à aromaterapia.

“Lembra quando eu cheguei aqui? Eu não parava quieta, mesmo que eu estivesse aqui na cama, deitada... eu ainda me sentia agitada. Aí, depois que você começou com a massagem essa sensação foi diminuindo...” (Jasmim, 56 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Ah... Tinha aqueles ataques de tremores que apareciam do nada... foi depois que a gente começou com essa técnica que foi melhorando. E era rápido, lembra aquela vez que você fez no início dos meus tremores? Então você mesmo viu que diminuí... Era um sinal de ansiedade, né? Eu tinha muito isso em casa...” (Petit grain, 45 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

“Sim, sinto melhorias sem dúvidas. Hum... Por exemplo, as palpitações foram ficando menos frequentes.” (Segurelha, 23 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Nossa é bom mesmo! Como posso te dizer... (silêncio). Por exemplo, a indisposição e aquele cansaço no corpo diminuem, a gente fica mais à vontade e aí começa a participar das atividades, tem vontade de conversar... até a família da gente quando vem na visita sente a diferença. Alguns me perguntaram sobre o perfume...” (Estragão, 48 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

As falas ilustram a diminuição dos sintomas físicos relacionados à ansiedade que os sujeitos atribuem à aromaterapia. Dentre eles podem ser citados a diminuição da agitação psicomotora, os tremores de extremidades, a palpitação e o cansaço físico, que muitas vezes apresentam início súbito, expondo os pacientes a vivências sofridas e descontextualizadas.

Consequentemente, a diminuição dos sintomas físicos possibilitou um maior desenvolvimento da integração, da receptividade e da disposição do paciente para participar das atividades que lhe são propostas durante a internação psiquiátrica. Esse fator é representativo, pois são sinais avaliados pela equipe de saúde no momento da discussão dos casos e da programação de alta para os pacientes.

Nessa subcategoria, novamente, foi citada a percepção consciente dos aromas utilizados pela pesquisa que, ao serem aplicados na pele do paciente, deixam o perfume sentido pelos familiares, conforme ilustra um referido trecho. Isso repercute, inclusive, o tempo de exposição ao aroma, apontando para a potencialização dos efeitos terapêuticos da aromaterapia.

6.3.1.3 Melhorando o padrão de sono

Embora esta subcategoria pudesse ter sido inserida nas duas anteriores citadas, devido à saturação dos dados e à frequência do fenômeno, propõe-se tratá-la enquanto uma subcategoria independente.

“Eu até dormi melhor depois que você fez a primeira sessão naquele dia. Acordei bem no outro dia... Sabe, tem vezes que a gente até dorme, mas não acorda descansado. Foi diferente... acordei bem!” (Petit grain, 45 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

“Ah... Eu fiquei tão relaxada que dormi muito bem... Teve uma noite que fiz até ‘xixi’ na cama de tão relaxada que fiquei ‘prá’ dormir (risos).” (Jasmim, 56 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Não é que fez efeito mesmo? Até o sono melhorou, aquele insônia que eu tinha até mesmo em casa, passou depois que você começou esta técnica. Você usa algum ponto específico para o sono? Ou só os cheiros causam isso?” (Cedro-atlas, 24 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Antissocial).

“Bom... Muitas coisas melhoraram depois da massagem. Eu senti até que o sono foi melhor, mais relaxante... E olha, eu tenho sono difícil, viu?” (Verbena, 41 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

Foram selecionados excertos de discursos que versam exclusivamente sobre a melhoria no padrão do sono dos pacientes que constituíram a amostra pesquisada. Pode-se notar que houve melhora na qualidade do sono, por se tornar revigorante, e também na diminuição da dificuldade de iniciar o sono, melhorias essas que os sujeitos de pesquisa atribuem à aplicação da aromaterapia.

6.3.1.4 Comparando aromaterapia e terapia medicamentosa

Como a escolha pelas PACS pode ser induzida pela insatisfação relacionada ao tratamento medicamentoso, optou-se por apresentar uma subcategoria em que os sujeitos compararam os efeitos que atribuem à medicação versus aromaterapia. Dentre os discursos, ressalta-se a observação sobre o período de tempo em que as melhorias foram notadas, como sendo mais rápidas com a aromaterapia.

“Nem precisou de medicamentos para tratar aquela sensação súbita de ansiedade que eu tive aquele dia. E passou... se eu tivesse em casa e isso acontecesse, teria recorrido ao remédio.” (Petit grain, 45 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

“Mesmo usando os remédios em casa, eu não tinha um alívio como este que eu provei com a massagem... Não imaginava que faria efeito assim tão

depressa. O ruim é que depois da alta não vai ter mais.” (Bergamota, 48 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Nossa, foi bom! Sabe a gente prova os efeitos no momento em que você vai fazendo a massagem. Diferente do remédio que a gente toma e tem que ficar esperando por um efeito que nem sabe de vai acontecer.” (Mirra, 29 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“É melhor que ficar se enchendo de remédio.” (Patchuli, 33 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

Os discursos indicam ainda a falta de disponibilidade dos recursos da PACS no âmbito domiciliar, levando os pacientes a recorrer aos medicamentos sem um monitoramento profissional adequado. Aponta-se também para a surpresa que os sujeitos tiveram ao vivenciar o alívio dos sintomas no momento em que a aromaterapia foi aplicada, indicando uma possibilidade de melhorar a ação das PACS sobre as condições de saúde.

6.3.1.5 Enfatizando o compromisso terapeuta-paciente

A intervenção, constituída de seis sessões de aromaterapia, foi explicada detalhadamente aos sujeitos de pesquisa, incluindo os dias selecionados para sua realização. Este aspecto da intervenção confirmou o compromisso terapeuta-paciente e foi evidenciado como positivo de acordo com os seguintes discursos.

“Ah... ‘Pra’ ser sincera, os dias marcados ‘gera’ expectativa na gente. Bom... Você deve ter percebido isso quando eu cobrava assim que você chegava aqui, se naquele dia ‘ia’ ou não ter massagem. É legal ter dia certo... e ter cumprido. Você acabou se comprometendo bastante com muitos pacientes... Pelo que eu via, né? Tinha uns três com massagem também.” (Macela, 39 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Foi importante, porque você se dispunha a fazer em dias certos, inclusive de final de semana que as coisas aqui são mais difíceis, porque demora pra passar.” (Cálamo, 37 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Antissocial).

“Outra questão é que você explica ‘pra’ gente o que vai fazer e como é simples a gente entende e consegue enxergar, sentir. Você explicou sobre os cheiros, sobre onde ia colocar na gente, como e quando. Parece que não, mas eu senti diferença nisso”. (Ravensara, 40 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“É engraçado que a gente passa a esperar a massagem. Ah! Eu andei até contando para alguns pacientes que você fez em mim e como foi. A gente ‘tava’ conversando e aí eu contei sobre como você é dedicado a isso, que é um estudo, tudo certinho.” (Alecrim, 31 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

6.3.2 Possibilitando o autoconhecimento

As sessões de aromaterapia induziram os sujeitos de pesquisa a refletir sobre si mesmos e sobre os atos que os levaram à internação psiquiátrica. Considerando que o funcionamento psicológico desses pacientes colocam suas relações intrapessoais e interpessoais em sofrimento, ações que promovem o autoconhecimento vêm ao encontro do reconhecimento e do controle dos sintomas, como a impulsividade e o egocentrismo. Duas subcategorias compõem este fenômeno.

6.3.2.1 Promovendo um momento para a autorreflexão

Os discursos dos sujeitos de pesquisa elucidam que as sessões de aromaterapia serviram também para proporcionar um espaço durante a internação psiquiátrica onde pudessem refletir sobre seus atos e comportamentos. Vale ressaltar que as sessões eram realizadas no quarto do paciente, onde estavam presentes apenas o terapeuta e o paciente, garantindo o estabelecimento de um ambiente seguro e tranquilo.

“Foi um momento que a gente pode pensar em nossa vida, porque eu ficava de olho fechado enquanto você massageava... E um filme ia passando pela minha cabeça. A minha vida, as pessoas que eu amo e o quanto é difícil as pessoas sofrerem com nossos sentimentos... é tudo muito instável, não precisa acontecer muitas coisas para a gente começar a ficar ansiosa.” (Mandarim, 54 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Eu aproveitei ‘pra’ pensar na vida e em tudo que tem acontecido depois que o médico disse qual é minha doença. Pelo que eu entendi esse meu jeito de ser é o que pode causar a piora... então preciso saber como dosar as coisas.” (Ginger, 48 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Histriônica).

“Parece que não, mas esses minutos que a gente fez massagem duram muito, entende? Dá ‘pra’ gente pensar em tantas coisas, na vida e em tudo que a gente viveu. Porque a gente erra muito, né? Diz as coisas da boca ‘pra’ fora e depois se arrepende. Então é importante a gente pensar... saber como a gente pode lidar com a gente mesmo e com o que os outros dizem.” (Sândalo, 45 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Foi importante porque a gente para ‘pra’ pensar na gente mesmo. Essa oportunidade a gente não tem no dia-a-dia. A correria com a casa, o trabalho e tudo nem deixa a gente pensar em nós. Depois de tanta coisa na cabeça a gente acaba descontando nas pessoas que estão no nosso lado... aí sofre todo mundo e aí pioram os sintomas e a gente já começa com os pensamentos ruins.” (Juniper, 32 anos, sexo feminino, Transtorno da Personalidade Emocionalmente Instável).

“Eu esqueci o quanto é importante separar um tempo ‘pra’ gente refletir. Essa massagem que você fez, além de ser uma delícia, deixou a gente com a

cabeça livre 'pra' pensar no que a gente anda fazendo da vida.” (Incenso, 36 anos, sexo feminino, Transtorno da Personalidade Emocionalmente Instável).

Nesses trechos, observa-se o quanto a rotina de vida dos pacientes é um fator limitante para estabelecer momentos em que possam refletir sobre quem são, sobre seus sentimentos, sobre seus comportamentos e seus relacionamentos.

As sessões de aromaterapia como foram propostas na intervenção, representaram um espaço onde se ofereceu aos pacientes a oportunidade de reflexão e, com isso, o desenvolvimento de autoconhecimento. Mesmo que a intervenção tenha um período determinado, pode ter atuado como um disparador para que o paciente mantenha o exercício de reflexão após a alta hospitalar.

6.3.2.2 Auxiliando no controle de sintomas

Permitindo autoconhecimento e reflexão, os sujeitos de pesquisa identificaram que, com as sessões de aromaterapia, puderam identificar alguns sintomas relacionados aos Transtornos de Personalidade e observaram sua diminuição. Os trechos a seguir ilustram o fenômeno.

“Lembra doutor daquela bola que fica dentro da gente que chega uma hora que explode? Então, isso passou, parece que consigo controlar agora. Foi importante porque a gente para 'pra' pensar e começa ver nossas reações.” (Ravensara, 40 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Parece que melhorou aquela coisa que vem do nada quando a gente se irrita e depois que vê você já fez, é assim... A gente não consegue controlar, parece que a gente sai fora do corpo. A gente toma o remédio, mas nem pensa que a gente tem culpa naquilo que a gente faz... Isso é diferente quando a gente para 'pra' pensar na vida. (Nérolí, 25 anos, sexo masculino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).”

“Eu não percebo mais aquele impulso. Agora parece que eu consigo pensar nisso como uma coisa controlável que se eu separar um tempo e relaxar eu controlo meus sentimentos.” (Camomila, 38 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“Me sinto mais serena, sabe? Aquela necessidade de ter a atenção das pessoas não senti depois das massagens... Porque até aqui no hospital eu queria nos horários das visitas impressionar as pessoas... Depois que começou com as massagens eu fiquei menos com isso.” (Borônia, 33 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável),

“Eu me sentia muito frágil, sentia qualquer mudança nas pessoas como se fossem para mim. Esses dias que você separou para fazer as massagens fui percebendo que tem coisas que eu sinto mesmo, mas não preciso mostrar 'pras' pessoas... nem sair irritado.. xingando.” (Anis, 18 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

“É assim, a gente não consegue ver o que faz quando tá com crise. A impressão que dá é que só acorda depois que a bobagem já foi feita. Aqui com isso que foi feito deu ‘pra’ ver que a gente fica cego mesmo, mas é que aquilo que a gente sente tira a gente dos eixos! Dá ‘pra’ controlar agora, com a cabeça mais tranquila e então a gente vai treinando até que se acostume.” (Mandarim, 54 anos, sexo feminino, Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável).

7 DISCUSSÃO

Com o intuito de organizar didaticamente os dados oriundos desta pesquisa, optou-se por discuti-los, dividindo-os em cinco tópicos: (7.1) Perfil da População de Estudo; (7.2) Dados Quantitativos, (7.3) Dados Qualitativos, (7.4) Reflexões sobre a configuração do produto de pesquisa e (7.5) Limitações do estudo.

7.1 Perfil da População de Estudo

Atentando-se para o perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa, nota-se o predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. Essa característica do serviço vai ao encontro de outros estudos realizados nesta mesma UPC-IP e em outra unidade de internação específica para pacientes portadores de TP^(13, 110, 111).

Outras pesquisas realizadas em diferentes serviços de saúde mental corroboram essa característica da população. Uma delas aponta que dois terços da população que utiliza três serviços de saúde mental de uma cidade do interior do estado de São Paulo são do sexo feminino⁽¹¹²⁾.

Ainda em relação ao sexo feminino este estudo demonstra um número expressivo de sujeitos que possuem o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável (F60.3). Embora não haja consenso em relação às associações entre sexo e transtornos da personalidade, algumas pesquisas realizadas com amostras clínicas corroboram esse achado^(88, 90). Outras pesquisas realizadas neste contexto confirmam o achado atual^(110, 111).

Referindo-se à faixa etária dos sujeitos desta pesquisa, observa-se que a média etária (34,6 anos) indica uma população jovem. Dados da literatura demonstram que a idade tem correlação negativa com o diagnóstico de TP, ou seja, tendem a ser menos diagnosticados em pessoas com idade mais avançada. Vale ressaltar que um dos critérios diagnósticos para esse grupo de transtornos mentais é a maioria, muito embora o funcionamento característico desse transtorno possa aparecer no final da adolescência. Outras pesquisas realizadas anteriormente concordam com este achado.^(88, 90, 91, 110, 111)

Discutindo a faixa etária dos sujeitos desta pesquisa, observa-se que as internações estão consonantes à proposta da UPC-IP e à política que rege atualmente os serviços de saúde mental, pois na população mais jovem que se reconhecem as condições de controle da agudização dos sintomas psiquiátricos e se possibilita o retorno precoce à sociedade^(1, 2, 100).

Nota-se que o nível de escolaridade da população de estudo desta pesquisa é relativamente alto, pois a maioria dos sujeitos declarou ter completado, ao menos, ensino médio e, a partir deste, desde formação técnica à superior (90% entre pacientes do sexo feminino e a totalidade entre paciente do sexo masculino). Essa característica não se mostra convergente em dados da literatura^(88, 111, 112). Esse achado aponta para uma possível mudança na característica da população que procura os serviços de saúde mental, dados os avanços em relação à diminuição do estigma social dos transtornos mentais, à internação em hospital geral e aos altos custos de um tratamento psiquiátrico⁽¹¹⁰⁾.

Em relação ao uso de substâncias e os TP, a literatura, ainda que com escassos trabalhos empíricos, aponta que estes pacientes têm maior chance de apresentar problemas com uso de álcool e outras drogas^(88, 111). Entretanto, os achados desta pesquisa não corroboram esses dados da literatura, uma vez que, entre a população do sexo feminino que participou desse estudo, apenas 0,39% ($n=1$) declararam uso de substâncias psicoativas.

Pesquisas investigando a relação entre tabagismo e os TP, além de escassas, possuem limitações consideráveis. Dentre elas, amostras pouco representativas e questionamentos quanto à prevalência de tabagismo nesta população enquanto decorrente de uma predisposição para a dependência nicotínica ou devido à co-ocorrência de transtornos ansiosos. Sob o enfoque neurobiológico, sabe-se que a nicotina incrementa os processos de transmissão no sistema acetilcolinérgico, dopaminérgico e serotoninérgico que estão ligados à origem de sintomas ansiosos e afetivos nesta população⁽¹¹³⁻¹¹⁵⁾.

Ainda referente ao tabagismo, em um estudo comunitário nos Estados Unidos, entre os TP antissocial e TP dependente, foram encontrados, respectivamente, 63% e 49% dos indivíduos com dependência nicotínica⁽¹¹³⁾. Em uma internação para pacientes portadores de TP no Chile foi apontado uma percentagem de 60,9% de tabagistas⁽¹¹¹⁾. A porcentagem de pacientes tabagistas na população desta pesquisa se assemelha à dos estudos citados anteriormente e corrobora ainda outra pesquisa realizada neste mesmo

serviço. Com uma população de estudo de 96 pacientes, encontrou-se tabagismo em 36,40% dos usuários diagnosticados com algum tipo de TP ($n=12$)⁽¹¹⁰⁾.

Para os dados coletados referentes à internação e ao tratamento prévios, nota-se que a população selecionada para esta pesquisa apresentou maior porcentagem de tratamento prévio quando comparada à da internação. Dessa forma, uma das características expressivas dessa população foi de estar em tratamento medicamentoso até mesmo antes da primeira internação. Esta situação pode ter-se dado, considerando a possibilidade de acompanhamento médico em clínicas particulares ou até mesmo no serviço ambulatorial prestado pela instituição ou em cidades circunvizinhas. Os dados desta pesquisa não foram convergentes com os apontados pela literatura científica, que se mostrou escassa quanto a estudos epidemiológicos em unidades de internação⁽¹¹¹⁾.

Ainda em relação à predominância de pacientes em tratamento medicamentoso antes da internação, observa-se o fato de que essa característica cerceia uma possibilidade de viés em relação aos efeitos terapêuticos da aromaterapia, visto que a introdução da terapia medicamentosa, segundo a classe de psicofármaco, exige diferentes períodos para iniciar o efeito terapêutico.

7.2 Dados Quantitativos

A redução da ansiedade foi acessada indiretamente por meio de parâmetros vitais que estão diretamente influenciados pela atividade simpática e parassimpática do SNC, sendo esta responsável por mediar o padrão de resposta nervosa involuntária no ser humano. Observou-se, nos resultados da pesquisa, que a intervenção foi responsável por uma diminuição estatisticamente significativa nas médias das frequências cardíaca e respiratória dos sujeitos.

Embora poucos estudos investiguem a relação da ansiedade enquanto sintoma em pessoas portadoras de transtornos mentais e o uso da aromaterapia, algumas pesquisas com populações diferentes foram realizadas e seus resultados foram similares ao desta pesquisa. Dentre eles, cita-se a diminuição, com significância estatística, das FC e FR em crianças com queimaduras de primeiro grau (aplicando por meio da massagem OE de *Lavandula angustifolia*, *Matricaria reccutica*, *Citrus arnatiu*) e na área da estética (utilizando inalação com OE de *Lavandula angustifolia*) em pacientes que se submetiam à aplicação estética eletiva de Botox®^(57, 69).

Uma pesquisa realizada em Taiwan com 67 mulheres randomizadas em um grupo controle e um grupo intervenção detectou melhora no padrão de sono assim como diminuição da frequência cardíaca. O grupo intervenção se submeteu a doze sessões de inalação com OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) uma vez por semana, enquanto o grupo controle não foi submetido a qualquer procedimento. Aponta-se, ainda, uma diminuição da atividade parassimpática logo nos primeiros vinte minutos após o início das sessões ⁽⁶³⁾.

A redução da ansiedade foi também observada em pacientes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), utilizando uma preparação oral com OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*), conhecida como Silexan, administrada na dose de 80mg/dia. O grupo intervenção desses estudos apontou para uma diminuição na inquietação, nos distúrbios do sono, nas queixas somáticas e influenciou a melhora do bem-estar geral e da qualidade de vida. Outro achado dessa solução oral demonstrou que 80mg/dia de Silexan é equivalente aos efeitos terapêuticos de 0,5mg/dia de lorazepam ^(116, 117).

Uma pesquisa sobre ansiedade e estresse de professores e funcionários de apoio administrativo em uma escola de nível superior, utilizando inalação com OE de bergamota (*Citrus arantiu*) por 10 minutos semanalmente, apontou para resultados similares aos desta pesquisa, ao corroborar a diminuição estatística da FR ⁽¹¹⁸⁾.

No entanto, este mesmo estudo, aponta para o fato de que o OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) foi irritante para alguns sujeitos da pesquisa ⁽¹¹⁸⁾. A revisão de literatura desta pesquisa e os dados que emergiram da intervenção não confirmaram tal achado. A boa tolerância ao aroma da lavanda e do gerânio assim como a segurança de não desenvolverem reações alérgicas foram unânimes nesta pesquisa, assim como nos artigos referenciados na revisão ⁽⁷¹⁾.

Estudos sobre a constituição química dos OE de *Lavandula angustifolia* e de *Perlagonium graveolens* apontam para a presença de substância como: acetato de linalil, linalol, lavandulol, limoneno, acetato de geranila, mentona e citronelol. Há comprovação científica para detecção no plasma de acetato de linalil e linalol após 19 minutos de aplicação dérmica. A estas duas substâncias têm sido associadas ações protetoras ao SNC, agindo como inibidoras da ação colinérgica ao modificarem o funcionamento de canais iônicos nas junções neuromusculares e como inibidoras do tônus do SNC, ao interagir na ação do neurotransmissor GABA e no sistema dopaminérgico ⁽⁷⁰⁾.

Considerando os resultados apontados pelo IDATE-Estado nesta pesquisa, observou-se que 77, 80% dos sujeitos que declararam tratamento prévio apresentaram categoria “Elevado” na referida escala. Vale também ressaltar que 82,90% dos sujeitos que declararam não terem tratamento prévio apresentaram categoria “Moderado”. Chama a atenção essa associação ter-se mostrado expressiva, inclusive com significância estatística, sendo um indício de que o conhecimento prévio sobre a experiência da internação é um fator promotor de ansiedade nesta população.

Referindo-se ao resultado do IDATE-estado antes e após intervenção, notou-se que houve diminuição estatisticamente significativa em relação à diferença das médias das pontuações. A diminuição da categoria, entretanto, não demonstrou a mesma característica.

Pesquisa envolvendo pacientes em tratamento oncológico corrobora este achado do estudo, pois não apresenta resultados estatisticamente significativos para o desfecho ansiedade, náuseas e dor ⁽⁵⁵⁾. Outro estudo, utilizando os mesmos OE deste estudo, realizada com alunos de cursos superiores da área da saúde, encontrou indícios de diminuição do nível de ansiedade, entretanto, não houve significância estatística ⁽⁶⁴⁾. Os resultados do IDATE-Estado também se mantiveram invariáveis em pacientes que se submetiam à primeira aplicação eletiva de Botox®, após terem participado de sessões de aromaterapia com OE de *Lavandula angustifolia* ⁽⁶⁹⁾.

Os resultados do IDATE-Estado não se mostraram convergentes em duas pesquisas envolvendo estudantes de ensino superior brasileiros. Ambos os estudos utilizaram a inalação enquanto método de aromaterapia e com OE diferentes dos que foram utilizados neste estudo. Os resultados, antes e após intervenção, apontam para diminuição da escala com significância estatística e ainda incluem o efeito energético restaurador, subjetivamente referido pelos participantes ^(65, 66).

O IDATE corresponde ao principal instrumento brasileiro de mensuração da ansiedade, com níveis elevados de consistência interna utilizando o teste estatístico alfa de Cronbach, já empregado em inúmeros estudos. No entanto, sabe-se relativamente muito pouco sobre seus padrões psicométricos e tal teste tem sido alvo de questionamentos por não trazer em seu construto itens relacionados a manifestações somáticas, aspecto que diverge de sua própria fundamentação teórica. Sendo o IDATE-Estado uma escala de autorrelato que depende da reflexão consciente do sujeito em seu momento de ansiedade e dessa forma varia de acordo com a pressão psicológica em diferentes graus de intensidade, não diferencia experiências positivas ou negativas ⁽¹⁰¹⁾,

¹¹⁹⁾. Esta limitação pode ter agido sobre os resultados do IDATE após a intervenção, pois, os dados foram coletados próximos a alta hospitalar, que pode ser considerada situação ansiogênica ao sujeito em internação.

7.3 Dados Qualitativos

Antes de iniciar este tópico da discussão, é importante ressaltar que a revisão bibliográfica deste estudo e os referenciais teóricos específicos de aromaterapia não apontam para a existência de pesquisas qualitativas investigando a compreensão e o sentido atribuído pelo usuário em relação às PACS. Dessa forma, são utilizados referenciais teóricos sobre aromaterapia e PACS para subsidiar a discussão dos dados emergentes da vertente qualitativa ^(71, 80, 82).

Os benefícios da aromaterapia nesta pesquisa foram evidentes aos usuários no momento em que experimentaram a diminuição dos sintomas ansiosos, tanto físicos como psíquicos, e na melhoria do padrão de sono. Esses resultados já haviam sido apontados em estudos com delineamento clínico sem, no entanto, sem focar diretamente a concepção do usuário sobre tais melhorias ⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾.

Tais resultados são atribuídos à utilização dos OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) e gerânio (*Pelargonium graveolens*) e suas respectivas constituições químicas, muito embora ainda sejam recentes e superficiais os conhecimentos científicos referentes aos seus mecanismos de funcionamento. O OE de lavanda é benéfico e indicado para o tratamento de irritabilidade, ansiedade exacerbada e insônia enquanto o OE de gerânio, além dessas indicações, tem associação com a ação hormonal e está relacionado à promoção de vitalidade e de disposição ^(66, 81, 82).

A utilização das PACS traz como potencialidade a pluralização das técnicas de cuidado no âmbito SUS, funcionando enquanto ferramenta na promoção da autonomia sobre o tratamento e o aumento da parcela de co-responsabilidade do usuário sobre sua saúde. Além disso, trata-se de uma prática de cuidado alternativa ao consumo de medicamentos, desencorajando o fenômeno de medicalização do social ^(10, 15, 40, 51). Esses aspectos são evidentes na percepção dos sujeitos da pesquisa quando observam que as melhorias promovidas pela aromaterapia foram experimentadas imediatamente, comparando-a com a terapia medicamentosa a que vinham se submetendo.

Pelo exposto no parágrafo anterior, aponta-se para importância de ações que possibilitem o contato do usuário no âmbito extra-hospitalar com as diversas técnicas

que integram as PACS. Tal aspecto foi identificado e confirmado nas falas dos sujeitos da pesquisa ao observarem que após a alta hospitalar não haveria intervenção. Com isso, ressalta-se, como possibilidade, a implantação de ações profissionais em PACS na rede de atenção básica e psicossocial para fortalecer ações em saúde que auxiliem na desconstrução da medicalização do social.

Vale ainda destacar que são atribuídas à população diagnosticada com transtornos da personalidade características como “pacientes difíceis”, com dificuldade de estabelecimento de vínculo pelo próprio funcionamento da personalidade e por tratamentos complicados pela baixa adesão à terapêutica em geral. Além disso, são identificados pela alta demanda que exigem dos serviços de saúde, em especial na rede de atenção básica ^(88, 90, 91). Assim, a inserção das PACS nos serviços de saúde destinados a pacientes com transtornos da personalidade pode contribuir para o manejo terapêutico menos complicado, para favorecer o estabelecimento de um acompanhamento mais regular, diminuindo o consumo de medicamentos e aliviando os serviços de saúde no enfrentamento de situações ansiosas do cotidiano desses pacientes.

Outro aspecto enfatizado pelo discurso dos sujeitos da pesquisa é o compromisso estabelecido pelo terapeuta durante a intervenção ao estabelecer e respeitar os dias específicos para serem realizadas as sessões de aromaterapia. O resgate positivo da figura do terapeuta por meio da escuta acolhedora, o estabelecimento de vínculo e o comprometimento junto ao usuário são aspectos inerentes às PACS e representam motivos que levam as pessoas a procurarem e utilizarem o tratamento complementar ^(15, 51).

Em relação ao compromisso estabelecido entre terapeuta e paciente, vale ressaltar ainda que, para os pacientes com transtornos da personalidade, o contrato terapêutico representa uma ferramenta imprescindível para o cuidado. Assim sendo, devota-se mais atenção aos procedimentos iniciais deste processo terapêutico como, por exemplo, o fortalecimento das condições contratuais do relacionamento, definindo papéis, responsabilidades e metas para ambos os envolvidos ^(88, 90).

A intervenção realizada, segundo os relatos dos sujeitos de pesquisa, possibilitou uma oportunidade que promoveu o autoconhecimento, resultado que a torna uma ferramenta imprescindível para o cuidado de enfermagem ao usuário portador de transtornos mentais, principalmente considerando que a internação psiquiátrica em hospitais gerais tem por objetivo a reintegração precoce do usuário à sociedade ⁽¹⁾.

As ações de enfermagem psiquiátrica ao usuário portador de transtornos mentais devem estar centradas em propiciar a ele a possibilidade de reconhecer-se em seus atos ⁽¹²⁰⁾. Dessa forma, o sentido atribuído à intervenção pelos sujeitos da pesquisa em relação ao autoconhecimento vai ao encontro desse propósito visto que a aromaterapia amplia as intervenções possíveis de cuidado em enfermagem psiquiátrica.

A autonomia dos sujeitos da pesquisa reconhecida por eles foi outro resultado evidente e favorável dentre os dados qualitativos, uma vez que observaram a capacidade que possuem em relação à responsabilidade sobre os seus sintomas, em especial, a impulsividade. Esse resgate da autonomia e o reconhecimento de si são fundamentos que alicerçam os saberes em PACS e o relacionamento interpessoal terapêutico ^(6-8, 15, 51).

7.4 Reflexões acerca da configuração do produto de pesquisa

Este tópico da discussão se destina a refletir sobre a configuração do produto desta pesquisa, representado pela inserção das PACS, por meio da aromaterapia, em um serviço de internação psiquiátrica, utilizando como referenciais teóricos aspectos das tecnologias de cuidado e da reabilitação psicossocial.

O trabalho em saúde é composto por diferentes tecnologias de cuidado que são classificadas em três categorias: (i) tecnologias duras: referem-se às máquinas e aos equipamentos; (ii) tecnologias leve-duras: relacionadas aos saberes estruturados dentro da prática profissional, como protocolos e normas; e (iii) leves: as que condensam as relações de interação e subjetividade, promovendo o acolhimento, escuta, vínculo e autonomia ⁽²¹⁾.

As tecnologias de cuidado em saúde quando engendradas na complexidade do cotidiano, traduzem-se em duas formas características do modelo assistencial, denominadas trabalho morto e trabalho vivo. O primeiro é representado pelos instrumentos, ou seja, pelas tecnologias duras totalmente e leve-duras parcialmente, sobre as quais já foi aplicada uma parcela de trabalho para sua confecção/elaboração; o segundo, por sua vez, totalmente impregnado de tecnologias leves, é o trabalho vivo em ato. Composição Técnica do Trabalho (CTT) é a denominação que se dá à razão entre trabalho vivo e trabalho morto ^(21, 120).

Dessa forma, ao se refletir acerca do trabalho em saúde, conclui-se que o ideal seria a conformação de uma CTT com predomínio do trabalho vivo, impregnada pelas

tecnologias relacionais a maior parte do tempo. A micropolítica do trabalho em saúde não está, porém, organizada sob essa lógica, ainda enfoca uma produção de cuidados permeada por tecnologias duras em detrimento das tecnologias relacionais. Isso se traduz em uma prática com uso excessivo de exames e medicamentos, baseada em condutas prescritivas, em que se exclui a intenção de acessar a subjetividade, a história, as relações sociais e o contexto que todo usuário traz consigo ao procurar os serviços de saúde ^(21,121).

Considerando os conceitos apresentados acima, assim como a organização dos serviços de saúde na produção de cuidados, aponta-se que a inserção da aromaterapia durante a internação psiquiátrica resultou no resgate da relação humano-humano, com características horizontais, e na valorização da subjetividade dos sujeitos envolvidos. Representou um momento que permitiu, ainda, acolher, ouvir ativamente, valorizar o vínculo e o comprometimento entre terapeuta-paciente, promover responsabilização e autonomia dos sujeitos da pesquisa.

Assim, a utilização das PACS de uma maneira geral e, especificamente, da aromaterapia nesta pesquisa representou uma ferramenta facilitadora de transformação da micropolítica do trabalho em saúde e de mudança no modelo assistencial, o que, por sua vez, impactou o núcleo do cuidado ao possibilitar a hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto. Essa característica fica evidente quando o usuário percebe que há outros produtos de saúde que promovem alívio de sintomas e não apenas os medicamentos, neste caso, psicotrópicos.

Ainda caracterizando a organização da micropolítica do trabalho, atenta-se para a hegemonia do modelo biomédico (ou de qualquer outra forma de pensamento reducionista) no campo do sofrimento em saúde mental, cuja lógica estabelece uma interpretação linear e simplificada do adoecimento, individualista e a-histórica. A adoção exclusiva de um modelo reducionista é incongruente com a complexidade do humano e do sofrimento mental, assim como, à luz dos conhecimentos científicos que devem embasar o trabalho em saúde ⁽¹²²⁻¹²⁴⁾.

Em vista disso, o paradigma biomédico, ao adotar uma linearidade de causa-efeito e não tolerar a complexidade que levaria a construir respostas complexas, resulta em um impacto negativo sobre o eixo micro que se constitui no nível da afetividade, da continuidade e do vínculo real entre profissional e paciente ^(5, 125).

Em contrapartida, os resultados desta pesquisa demonstram que as PACS representam uma alternativa viável para enriquecer os serviços de saúde mental no eixo

micro. Elas contribuem para o restabelecimento da complexidade na interpretação do adoecimento mental, reconduzem as práticas profissionais para junto do usuário por meio do vínculo e do investimento na parcela humana durante a produção de cuidado, constituindo uma relação centrada no usuário e na defesa da vida.

Assim sendo, possibilita-se um caminhar pelo processo de desinstitucionalização no âmbito da internação psiquiátrica, pois, pelo exposto no parágrafo anterior, essa intervenção centraliza o objetivo do trabalho no enriquecimento “da existência global, complexa e concreta dos pacientes, configurando-os enquanto sujeitos e não objetos na relação com a instituição”⁽¹²⁶⁻¹²⁷⁾.

A desinstitucionalização está presente no produto desta pesquisa por faver o restabelecimento de uma relação terapêutica emancipada, partindo da desconstrução do poder exercido pelos técnicos dentro do serviço: a reconsideração do sujeito portador de transtornos mentais enquanto alguém que se relaciona e a quem o cuidado se direciona⁽¹²⁶⁾.

De acordo com os resultados desta pesquisa, observa-se que, ao propiciar a reconstituição dos sujeitos enquanto centro da ação em saúde, deslocar o objetivo da remissão de sintomas para a produção de subjetividades e produção de vida, corroboram-se importantes aspectos do modelo da atenção psicossocial^(9, 127, 128).

Houve a reinserção do contexto no fenômeno do adoecimento mental, rompendo com a interpretação de que o sujeito que adoece é símbolo apenas de um problema de neurotransmissores, característica da psiquiatria biológica que, sozinha, é reducionista e incompatível com a promoção de transformações significativas na vida dos sujeitos em sofrimento mental. O contexto representa um constituinte imprescindível para a prática de um cuidado que se propõe psicossocial por permear o universo do sujeito em sofrimento psíquico e a evolução da enfermidade, levando, conseqüentemente, à intersecção dessa com o contexto do sujeito^(127, 129).

O produto de pesquisa permitiu inserir uma prática que trouxe o significado e o contexto do adoecimento, acessando os determinantes que fazem com que esses sujeitos estejam vulneráveis e desenvolvam a crise. Possibilitou a exploração de um momento em que o sujeito de pesquisa foi capaz de produzir sentido ao seu adoecimento, reconhecendo-se enquanto pessoa apesar da intermitência do sofrimento psíquico. Fica evidente que o cuidado se constituiu singularizado, garantindo o direito à capacidade do sujeito de se situar de modo ativo frente ao adoecimento^(9, 128, 129).

A intervenção modificou e enriqueceu, mesmo que parcialmente, a oferta de serviços da internação psiquiátrica, variável que, enquanto serviço, realmente influencia as ações no âmbito da reabilitação psicossocial. Além disso, fica clara sua contribuição para o estabelecimento do campo psicossocial em uma unidade de internação psiquiátrica, superando as especificidades e tensionando os limites profissionais, assim como flexibilizando os instrumentos e atos em saúde junto às necessidades de saúde de uma população. ^(5, 128, 130).

Voltando o olhar para o conteúdo dos discursos dos sujeitos e considerando as características esperadas pela identidade estabelecida pelo psicodiagnóstico, observa-se que a intervenção foi ao encontro do rompimento das relações de tutelas totalizantes. Possibilitou, também, a inserção de uma prática de cuidado inventada, envolvendo o profissional na criação e invenção de instrumentos que auxiliem a desconstrução de identidades institucionalizantes, colocando o paciente a caminho da conquista de maior poder contratual para andar com a própria vida ^(5, 122).

7.5 Limitações do Estudo

Durante a operacionalização desta pesquisa enfrentamos algumas dificuldades. A primeira delas refere-se à seleção de sujeitos para compor a população do estudo. Fatores institucionais ocorridos durante o período desta pesquisa contribuíram para estender o período da coleta de dados.

Aponta-se ainda o número pequeno de sujeitos da pesquisa ($n=50$) neste estudo. Os prazos estipulados para a conclusão deste programa foi, no entanto, um fator limitante. Com isso, optou-se em manter um delineamento metodológico de estudo clínico não controlado de forma que o número da população de estudo não diminuísse ainda mais devido à composição de grupos controle e intervenção.

Além disso, por se tratar de um programa de mestrado profissional e isso trazer em sua motivação primeira a importância de responder a uma fragilidade do local de trabalho, optou-se por não envolver outros centros de pesquisa.

A escassez de estudos epidemiológicos sobre Transtornos de Personalidade em unidade de internação comprometeu a discussão dos dados em relação à população de estudo e à comparação com outras realidades no Brasil ou em outras partes do mundo.

Da mesma forma, por se tratar de uma área recente no âmbito da saúde, a publicação científica na área de aromaterapia clínica ainda traz como limitações a

diversidade da população de estudo e dos métodos de sua aplicação. Tais fatores possivelmente comprometeram a discussão e a comparação dos resultados desta pesquisa com outras experiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, a realização deste estudo deve considerar que intervenção com aromaterapia dentro de uma unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral não representa apenas um teste de eficácia. Traz, em seu bojo, a inserção de outra racionalidade médica nesse ambiente de prestação de cuidados à saúde assim como no âmbito da formação em enfermagem, representado pela pós-graduação.

Assim sendo, as PACS e a ampliação de sua aplicação dentro das práticas em saúde trazem, intrinsecamente, o desafio representado pela conformação de uma nova racionalidade dentro de práticas de saúde tradicionalmente enraizadas no Brasil. Observa-se, com esta pesquisa, que a complementaridade das ações das PACS, caminhando par a par com a Medicina Alopática, é um caminho válido e seguro, configurando uma nova face ao cuidado em saúde mental. Isso é confirmado pela aceitação dos profissionais que compunham a equipe de saúde onde a pesquisa foi aplicada, dos demais estudantes e professores que compunham o corpo discente e docente da pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e dos pacientes, enquanto sujeitos interessados e instigados por esta forma de cuidar.

As características da população deste estudo estão de acordo com a proposta da UPC-IP e com as políticas que regem o cuidado em saúde mental. Trata-se de uma população de faixa etária jovem, predominantemente feminina e com nível de escolaridade bem desenvolvido, com histórico prévio de tratamento ou de internação. Esse fator aponta, ainda, para a diminuição do estigma social do diagnóstico psiquiátrico.

A intervenção com aromaterapia proposta para este estudo demonstrou-se eficaz de acordo com a análise estatística dos dados quantitativos. Dessa forma, afirma-se que a aromaterapia, por meio da aplicação dérmica, se constitui um instrumento válido de cuidado para a redução da ansiedade, considerando os resultados estatisticamente significativos dos índices fisiológicos utilizados nesta pesquisa.

Referindo-se aos resultados apontados pelo IDATE-Estado, não houve diferença estatística para a mudança de categoria antes e após intervenção. No entanto, a análise dos escores aponta que houve redução nos índices da ansiedade, inclusive com

significância estatística. Acredita-se que o momento que se destinou à aplicação deste questionário após intervenção e as propriedades desse em relação à especificidade e à sensibilidade, tenham sido vieses de confusão que influenciam os resultados da redução da ansiedade, considerando traços psicológicos.

Ainda em relação aos dados quantitativos desta pesquisa, observou-se que houve associação entre o aumento da frequência cardíaca na parcela da população de estudo que declarou internação prévia, assim como entre a categoria “Elevado” do IDATE-estado e a parcela que declarou tratamento prévio. Com isso, elaboram-se dois apontamentos: (i) o conhecimento prévio em relação à internação constitui um fator ansiogênico para a população com diagnóstico de transtorno da personalidade e (ii) o tratamento medicamentoso prévio para esta população não esteve associado a uma categoria no IDATE-Estado que representasse níveis de ansiedade menos elevados.

Além disso, a análise estatística da diferença das médias do IDATE-Estado, antes e após a intervenção, permite considerar que, entre a população de estudo, a parcela que foi identificada na categoria “Elevado” antes da intervenção apresentou maior porcentagem de mudança de categoria na segunda aplicação do IDATE-Estado. Esse dado pode ser utilizado em estudos posteriores para seleção de sujeitos de pesquisa.

Os resultados qualitativos corroboram os dados quantitativos e essa confirmação é evidente na construção das categorias de análise “favorecendo o bem estar psicológico”, “favorecendo o bem estar físico” e “melhorando o padrão de sono”. Assim sendo, mesmo que o IDATE-Estado não tenha resultado em uma diferença estatisticamente significativa, a vertente qualitativa desta pesquisa complementa e permite ratificar a eficácia da aromaterapia por meio de aplicação dérmica para a redução da ansiedade durante a internação psiquiátrica de portadores de transtornos da personalidade.

Sugere-se para a realização de outros estudos para a comparação entre a eficácia da aromaterapia com terapia medicamentosa e psicoterapia, pois identificaram-se, neste estudo, similaridades evidenciadas entre os resultados qualitativos observados em relação à aromaterapia, terapia medicamentosa e técnicas psicoterápicas. As categorias “comparando a aromaterapia e a terapia medicamentosa” e “possibilitando o autoconhecimento” ilustram esse achado.

A inserção das PACS, por meio de uma intervenção com aromaterapia durante a internação psiquiátrica, trouxe melhorias em diversas esferas relacionadas à percepção

que o usuário atribui ao cuidado. Com isso, é possível afirmar que a pluralização do cuidado foi alcançada conforme se propunha no início deste projeto.

A aromaterapia por meio da aplicação dérmica constitui um cuidado de enfermagem em saúde mental ao dialogar com os fundamentos do Relacionamento Interpessoal Terapêutico, da Enfermagem Psiquiátrica e com os das PACS. Nesse sentido, fica evidente a promoção da autonomia do sujeito sobre seu tratamento, o reconhecimento de seus sintomas e da parcela de responsabilidade de si mesmo sobre eles.

Outro sentido desta intervenção é sua configuração enquanto uma tecnologia leve no âmbito das práticas de saúde, o que permite agregar às PACS um novo desafio: constituir um instrumento facilitador na transformação da lógica de funcionamento dos modelos de atenção à saúde, na organização das práticas profissionais e dos serviços dispensados ao usuário do sistema de saúde.

Especificadamente na área de atenção à saúde mental, a intervenção demonstrou intertextualidades com as ações e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, da desinstitucionalização, do campo psicossocial e da reabilitação psicossocial. Assim, um novo horizonte se coloca à frente das ações em saúde mental ao agregar as PACS na oferta dos serviços substitutivos. Então, mais um desafio se propõe: contribuir para o estabelecimento de práticas psicossociais e avançar no fortalecimento de um cuidado em saúde mental que seja desinstitucionalizado tanto para os profissionais que compõem a força de trabalho quanto para os usuários e seus familiares.

Por fim, o desenvolvimento desta pesquisa no âmbito de uma internação psiquiátrica em hospital geral contribuiu para a produção de conhecimentos na área do cuidado de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, dialogando com a contemporaneidade das ações no campo da reabilitação psicossocial assim como das PACS. Além disso, possibilitou configurar uma nova ferramenta de cuidado caminhando no sentido de inserir um novo processo de trabalho no âmbito da atenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2006.
2. Dalgalarondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5): 629-34.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Pinto ATM, Ferreira AAL. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. Psicol estud. 2010; 15(1): 27-34.
5. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
6. Rogers CR. Tornar-se pessoa. 6ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.
7. Furegato ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: SCALA; 1999.
8. Moreira ASP, Rodrigues ARF, Coler MS. A model for analysis of the nurse-patient interactive process (MAIP). J Psychiatr Ment Health Nurs. 1997; 4(4): 303-306.
9. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(1): 112-7.
10. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. Interface (Botucatu). 2012; 16(40): 21-34.
11. Dantas JB. Tecnificação da vida – uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. Fractal Rev Psicol. 2009; 21(3): 563-80
12. Illich I. A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981.
13. Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Furegato ARR. Nursing care implemented in psychiatric hospitalizations. J Nurs UFPE on line. 2012; 6(7): 1599-607.

14. Faculdade de Medicina de Marília – Famema. Relatório de Atividades 2011. Marília: FAMEMA, 2011.
15. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. *Rev Brasi Crescimento Desenvolv Hum.* 2012; 22(2): 233-8.
16. World Health Association – WHO. Tradicional medicine strategy 2002-2005. Geneva: WHO, 2002.
17. Lee MS, Choi J, Posadzki P, Ernst E. Aromaterapy for health care: an overview of systematics reviews. *Maturitas.* 2012; 71(3): 257-60.
18. Marques LAM, Vale FVVR, Nogueira VAS, Mialhe FL, Silva LC. Atenção farmacêuticas e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis.* 2011; 21(2): 663-73.
19. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(2): 249-57
20. Van der Watt G, Janca A. Aromaterapy and nursing and health mental care. *Contemp Nurse.* 2008; 30(1): 69-75.
21. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
22. Pinho LB, Kantorski LP. Psychiatric care in the Brazilian context. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(4): 2107-14.
23. Campos CMS, Barros S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. *Rev esc enferm USP.* 2000; 34(3): 271-6.
24. Foucault M. A história da loucura na idade clássica. 9ª ed. São Paulo: Perspectivas; 2010.
25. Tavares TAT, Hashimoto F. A alienação mental e suas (re)produções na contemporaneidade. *Rev SPAGESP.* 2008; 9(2): 3-12.
26. Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO; 2008. p. 223-242.
27. Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do progresso saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Rev latinoam enferm.* 2006; 11(6): 800-6.
28. Pereira MAO, Labate RC, Farias FCR. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. *Acta Paul Enferm.* 1998; 11(3): 52-9.

29. Duarte MLC, Oslchowsky A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(4): 698-703.
30. Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica, necessidade histórica. In: Battistella C, Barcellos C, Gondim GMM, Silva JPV, Monken M, Gomes ML. O território e o processo saúde-doença. [livro na Internet]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz; 2008 [acesso em 15 jan 2014]. Disponível em:<www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=3&prioridade=3>.
31. Ferrazza DA, Luzio CA, Rocha LC, Sanches RR. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2010; 20(47): 381-90.
32. Birman J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
33. Gorenstein C, Scavone C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1): 64-73.
34. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Souza FSP, Cavalcante CM. promoção da saúde mental – tecnologias de cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(7):3051-60.
35. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
36. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(12): 4579-89
37. Aranha e Silva AL, Guilherme M, Rocha SSM, Silva MJP. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. *Rev latinoam enferm.* 2000; 8(5):65-70.
38. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado em enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(2): 291-8.
39. Zahourek RP. Integrative holism in psychiatric-mental health nursing. *J Psychosoc Nurse.* 2008; 46(10): 31-7.
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
41. World Health Association – WHO . Tradicional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva: WHO, 2002.

42. World Health Association – WHO. Report of the third meeting of directors of WHO collaboration centers for traditional medicine. China: WHO, 1995.
43. World Health Association – WHO. Report of the second meeting of directors of WHO collaboration centers for traditional medicine. China: WHO, 1989.
44. World Health Association – WHO. The promotion and development of traditional medicine. Geneva: WHO, 1978.
45. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos*. 2009; 16(2): 393-405.
46. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 914-20.
47. World Health Association – WHO. Guidelines on development consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine. Geneva: WHO, 2004.
48. World Health Association – WHO. Legal status of traditional and alternative/complementary medicine: a worldwide review. Geneva: WHO, 2001.
49. Gorn SB, Navarro AS, Solano NS. El uso de las terapias alternativas e complementarias en población mexicana com transtornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de Mexico. *Salud Ment*. 2009; 31(2): 107-115.
50. Samuels N, Finkelstein Y, Singer SR, Oberbaum M. Herbal medicine and epilepsy: proconvulsive effects and interactions with antiepileptic drugs. *Epilepsia*. 2008; 49(3): 373-80.
51. Manzini T, Martinez EZ, Carvalho ACD. Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogas. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(2): 304-14.
52. Külkamp IC, Burin GD, Souza MHM, Silva P, Piovezan AP. Aceitação das práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da universidade do sul de Santa Catarina. *Rev Bras Educ Méd*. 2007; 31(3): 229-35
53. Ramírez VG. Conocimiento y aplicación de la medicina natural y tradicional por profesionales y técnicos de la salud. *Rev Cuba Educ Méd Superior*. 2012; 26(2): 89-98.
54. Wilkinson SM, Love SB, Wetscombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A, et al. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2007; 25(5): 532-9

55. Ndao DH, Ladas EJ, Cheng B, Sands SA, Snyder KT, Garvin Junior J, et al. Inhalation aromatherapy in children and adolescents undergoing stem cells infusion: results of a placebo-controlled double-blind trial. *Psychooncology*. 2010; 21(3): 247-54.
56. Stringer J, Donald G. Aromasticks in cancer care: an innovation not be sniffed at. *Complement Ther Clin Pract*. 2011; 17(2): 116-21.
57. O'Flaherty LA, Dijk M, Albertyn R, Milar A, Rode H. Aromaterapy massage seems to enhance relaxation in children with burns: an observational pilot study. *Burns*. 2012; 38(6): 840-5
58. Burns A, Perry E, Holmes C, Francis P, Morris J, Howes MJR, et al. A double-blind placebo-controlled randomized trial of *Melissa officinalis* oil and donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011; 31: 158-64.
59. Lin PW, Chan W, Ng BF, Lam LC. Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behavior in Chinese older persons with dementia: a cross-over randomized trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 405-10.
60. Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med*. 2004; 18(2): 87-92.
61. Snow AL, Hovanec L, Brandt J. A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *J Altern Complement Med*. 2004; 10(3): 431-7.
62. Conrad P, Adams C. The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman – a pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2012; 18: 164-8.
63. Chien LW, Cheng SL, Liu CF. The effects of lavender aromatherapy on autonomic nervous system in midlife women with insomnia. *Evid Based Complement Alternat Med* [periódico da internet]. 2012 [acesso em 13 jan. 2014]; 2011. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/740813/abs/>>.
64. Gnatta JR, Dornellas EV, Silva MJP. O uso da aromaterapia no alívio da ansiedade. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(2): 257-63.
65. Lyra CS, Nakai LS, Marques AP. Eficácia da aromaterapia na redução dos níveis de estresse e ansiedade em alunos de graduação da área da saúde: um estudo preliminar. *Fisioter Pesqui*. 2010; 17(1): 13-17.
66. Goes TC, Antunes FD, Alves PB, Teixeira-Silva D. Effects of sweet orange aroma on experimental anxiety in humans. *J Altern Complement Med*. 2012; 18(8): 798-804.

67. Gnatta JR, Zotelli MFM, Carmo DRB, Lopes CLBC, Rogenski MNB, Silva, MJP. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5): 113-20.
68. Hritcu L, Cioanca O, Hancianu M. Effects of lavender oil inhalation on improve scopolamine-induced spatial memory impairment in laboratory rats. *Phytomedicine*. 2012; 19(6): 529-34.
69. Grunebaum LD, Murdock J, Castanedo-Tardan MP, Baumann LS. Effects of lavender olfactory input on cosmetic procedures. *J Cosmet Dermatol*. 2011; 10(2): 89-93.
70. Koulivand PH, Ghadiri MK, Gorji A. Lavender and the nervous system. *Evid Based Complement Alternat Med* [periódico da internet]. 2013 [acesso em 11 jan 2014]; 2013. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/681304/>>.
71. Domingos TS, Braga EM. Aromaterapia e ansiedade: revisão integrativa de literatura. *Cad Naturol Terap Complem*. 2013; 2(2): 73-81.
72. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: saberes e práticas*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
73. Graeff FG. Bases biológicas da ansiedade. In: Kapezinski F, Quevedo J, Izquierdo T. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 122-160.
74. Vianna RB, Campos AA, Ladeira-Fernandes J. *Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, sem ano.
75. Cabrera CC, Sponholz Júnior A. Ansiedade e insônia. In: Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 411-429.
76. Tavares LAT. *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistêmica do sujeito depressivo*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010.
77. Bauman Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
78. Debórd G. *A Sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto; 1997.
79. Machado A. *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu; 2004.
80. Lyra CS. *A aromaterapia científica na visão psiconeuroendocrinoimunológica: um panorama atual da aromaterapia clínica e científica no mundo e da psiconeuroendocrinoimunologia* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, 2009.

81. Corazza S. Aromacologia: uma ciência de muitos cheiros. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2002.
82. Hoare J. Guia completo de aromaterapia. São Paulo: Pensamento; 2010.
83. Salles LF, Silva MJP. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul: Yends; 2011.
84. Rogers ME. An introduction of the theoretical basis of nursing. Philadelphia: Davis; 1989.
85. Gnatta JR. Comparação da eficácia antimicrobiana de sabonetes contendo óleo essencial de tea tree (*Melaleuca alternifolia*) e triclosan na higienização de mãos artificialmente contaminadas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2012.
86. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. Resolução 389 de 18 de outubro de 2011. Atualiza os procedimentos para registro de títulos. [documento da Internet] Brasília: Cofen; 2011. [acesso em 14 mai 2013]. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3892011_8036.html>.
87. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. Resolução 197 de 17 março de 1997. Estabelece e reconhece as práticas alternativas como especialidade e/ou capacitação do profissional de Enfermagem. [documento da Internet]. Brasília: Cofen, 1997. [acesso em 14 mai 2013]. Disponível em:<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html>.
88. Schestatsky SS. Psicoterapia psicodinâmica nos transtornos da personalidade. In: Cordili AV, oragnizador. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 341-65.
89. Dalgalarroondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
90. Louzã-Neto MR, Cordás TA. Transtornos da personalidade. Porto Alegre: Artmed; 2011.
91. Alvarenga PG, Andrade AG. Fundamentos em psiquiatria. Barueri: Manole; 2008.
92. Organização Panamericana de Saúde (OPS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). 10ª ed. São Paulo: EDUSP, 2006.
93. McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. BMC Psychiatry [periódico da internet]. 2010; 10(33). Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-10-33.pdf>>.

94. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 3: métodos mistos ou múltiplo. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(5): 1046-9
95. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(3): 1046-9
96. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 2000.
97. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(3): 621-6
98. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(4): 1046-9.
99. Furegato ARF. Reflexões sobre o dualismo metodológico nas pesquisas em saúde. Rev Latinoam Enferm. 2008; 16(6): 936-38.
100. Faculdade de Medicina de Marília – Famema. Relatório de Atividades 2012. Marília: FAMEMA, 2012.
101. Fioravanti ACM, Santos LF, Maissonette S, Cruz APM, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da escala ansiedade-traço do IDATE. Aval Psicol. 2006; 5(2): 217-24.
102. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD. STAI – Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
103. Pagano M, Graubeau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Cengage Learning; 2011.
104. Bello A. Análise descritiva dos dados. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
105. Sampieri RH, Collaso CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: McGrawHill; 2006.
106. Doria Filho U. Introdução à bioestatística: para simples mortais. São Paulo: Negócio Editora; 1999.
107. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003
108. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

109. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições70; 2009.
110. Oliveira RM. Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário [dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2012.
111. López CS, Pérez FC, Troncoso MP, Saldaña JC, Bustamante MLX, et al. Caracterización de las hospitalizaciones realizadas em la Unidad de Transtornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2010; 42(2): 123-34.
112. Osinaga VLM, Furegato ARF, Santos JLF. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. *Rev Latinoam enferm.* 2007; 15(1): 70-7.
113. Zvolensky MJ, Jenkins EF, Johnson KA, Goodwin RD. Personality disorder and cigarette smoking among adults in the United States. *J Psychiatr Res.* 2011; 45(6): 835-41.
114. Pulay AJ, Stinson FS, Ruan WJ, Smith SM, Pickering RP, Dawson DA, et al. The relationship of DMS-IV personality disorder to nicotine dependence results from a national survey. *Drug Alcohol Depend.* 2010; 108 (1-2): 141-5.
115. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MMA. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's Theory. *Psychol Bull.* 2009; 135(3):495-510.
116. Kasper S, Gastpar M, Müller WE, Volz HP, Möller HJ, Dienel A, et al. Silexan, an orally administered Lavandula oil preparation, is effective in the treatment of 'subsyndromal' anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010; 25(5): 277-87.
117. Woelk H, Schläfke S. A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavender oil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine.* 2010; 17(2): 94-9
118. Chang KM, Shen CW. Aromatherapy benefits autonomic nervous system regulation for elementary school faculty in Taiwan. *Evid Based Complement Alternat Med* [periódico da internet]. 2011 [acesso em 13 jan. 2014]; 2011. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/946537/>>.
119. Borine MS. Ansiedade, neuroticismo e suporte familiar: evidência de validade do IDATE. [doutorado]. São Paulo: Universidade São Francisco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011.
120. Travelbee J. Intervención em enfermaria psiquiátrica. Columbia: Carvajal S.A.; 1982.

121. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65): 33-46.
122. Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011; 22(2): 93-101.
123. Rozemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e olhares reducionistas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):115-23.
124. Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
125. Salles MM, Barros S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social. *Imaginário*. 2006; 12(13): 397-418.
126. Camargo RMP. Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2011.
127. Lussi IAO, Pereira MAO. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2): 515-21.
128. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias comuns: reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev latinoam enferm*. 2005; 13(3): 450-2.
129. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 1998; 9(1): 26-31.
130. Cassandri JL, Aranha e Silva AL. Contribuições da copa da inclusão para a consolidação do campo psicossocial. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43(2):383-92.

APÊNDICE 1 - COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARTICIPANTE

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Massagem com aromaterapia e sua efetividade para o usuário em internação psiquiátrica**, que tem como **objetivo**: Analisar a efetividade e o sentido da intervenção de massagem com aromaterapia sobre a percepção da ansiedade de pacientes com transtornos de personalidade durante o período de internação psiquiátrica. Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando como métodos estatísticos e a análise de conteúdo.

A pesquisa terá duração de 12 (doze) meses, com o término previsto para março de 2014.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em se submeter a seis sessões de massagem com aromaterapia, em dias alternados com duração de 20 min/sessão, durante esta intervenção será verificado sua frequência cardíaca e respiratória em dois momentos. Além disso, irá responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição – que será guardado por 05 (cinco) anos. A gravação será incinerada após transcrição.

Vale ressaltar que as práticas complementares são mundialmente aplicadas, com incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1970, no Brasil é reconhecida e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução 197/1997, reconhece tais práticas. Ainda, há a deliberação e controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a utilização dessas substâncias. Estudos realizados internacionalmente descrevem o uso destas técnicas e concordam com os fatores de gerarem efeitos terapêuticos na ausência de reações adversas. Caso sinta-se incomodado(a) você poderá interromper o procedimento.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a utilização das práticas alternativas na área de enfermagem psiquiátrica.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof.ª Dr.ª Eliana Mara Braga
Coren/SP: 31637 - RG.: 201069477-SSP/SP
Tel.: (14) 3880-1296
E-mail.: elmara@fmb.unesp.br

Thiago da Silva Domingos
Coren/SP 250554 – RG.: 42019218-9-SSP/SP
Cel.: (14) 9775-1758
E-mail.: thiagosd7@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa – Faculdade de Medicina de Botucatu
Tel.: (14) 3811 - 6000

Marília, ___ de _____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito de pesquisa: _____

Thiago da Silva Domingos

APÊNDICE 2 - COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FAMILIAR/RESPONSÁVEL
Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Este instrumento vem solicitar ao Sr(a) o consentimento da participação de seu familiar/tutelado(a) na pesquisa intitulada: **Massagem com aromaterapia e sua efetividade para o usuário em internação psiquiátrica**, que tem como **objetivo**: Analisar a efetividade e o sentido da intervenção de massagem com aromaterapia sobre a percepção da ansiedade de pacientes com transtornos de personalidade durante o período de internação psiquiátrica. Este é um estudo baseado em uma abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando como métodos estatísticos e a análise de conteúdo.

A pesquisa terá duração de 12 (doze) meses, com o término previsto para março de 2014.

As respostas dos participantes serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade será assegurada uma vez que o nome do participante será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o participante poderá se **recusar** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

A **participação** nesta pesquisa consistirá no participante em se submeter a seis sessões de massagem com aromaterapia, em dias alternados com duração de 20 min/sessão, durante esta intervenção será verificado a frequência cardíaca e respiratória em dois momentos. Além disso, irá responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição – que será guardado por 05 (cinco) anos. A gravação será incinerada após transcrição.

Vale ressaltar que as práticas complementares são mundialmente aplicadas, com incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1970, no Brasil é reconhecida e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução 197/1997, reconhece tais práticas. Ainda, há a deliberação e controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a utilização dessas substâncias. Estudos realizados internacionalmente descrevem o uso destas técnicas e concordam com os fatores de gerarem efeitos terapêuticos na ausência de reações adversas. Caso o Sr(a) ou seu familiar/tutelado sintam-se incomodados(as) poderão solicitar a interrupção do procedimento.

O Sr(a) e seu familiar/tutelado não terão nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à participação. O **benefício** relacionado à participação será de aumentar o conhecimento científico para a utilização das práticas alternativas na área de enfermagem psiquiátrica.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta os dados do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof.ª Dr.ª Eliana Mara Braga
Coren/SP: 31637 - RG.: 201069477-SSP/SP
Tel.: (14) 3880-1296
E-mail.: elmara@fmb.unesp.br

Thiago da Silva Domingos
Coren/SP 250554 – RG.: 420192189-SSP/SP
Cel.: (14) 9775-1758
E-mail.: thiagosd7@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa – Faculdade de Medicina de Botucatu
Tel.: (14) 3811 - 6000

Marília, ____ de _____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em relação à participação de meu familiar em integrar o estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Familiar ou Responsável do/pelo sujeito da pesquisa: _____

Thiago da Silva Domingos

APÊNDICE 3

Número de Ordem:

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado					
Parte I – IDATE – Estado - <input type="checkbox"/> Pré - <input type="checkbox"/> Pós - Data ___/___/___					
Nome:					
Ordem	Questão	Muitíssimo (4)	Bastante (3)	Um pouco (2)	Absolutamente não (1)
1	Sinto-me calmo				
2	Sinto-me seguro				
3	Estou tenso				
4	Estou arrependido				
5	Sinto-me à vontade				
6	Sinto-me perturbado				
7	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
8	Sinto-me cansado				
9	Sinto-me ansioso				
10	Estou “em casa”				
11	Sinto-me confiante				
12	Sinto-me nervoso				
13	Estou agitado				
14	Sinto-me uma “pilha de nervos”				
15	Sinto-me descontraído				
16	Estou satisfeito				
17	Sinto-me preocupado				
18	Sinto-me confuso				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				

Pontuação Final		
Baixo	20 a 34 pontos	
Moderado	35 a 49 pontos	
Elevado	50 a 64 pontos	
Muito elevado	65 a 80 pontos	

Anexo 1 - FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

Número de Ordem: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: Masc Fem
Idade: _____ Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo
Nível de Instrução: _____ Profissão: _____
Filhos: _____ Religião: _____
Tabagista: Sim Não – Etilista: Sim Não – Drogas ilícitas: Sim Não

DIAGNÓSTICO

CID: _____ - Descrição: _____
Pontuação IDATE Traço (pré-intervenção): _____
Pontuação IDATE Estado (pré-intervenção): _____

HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL

Descrição: _____

Início dos sintomas: _____
Fator desencadeante: _____
Fatores associados à piora: _____
Fatores associados ao alívio: _____
Percepção da ansiedade: _____

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA (durante internação)

Medicamentos: _____

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS ANTERIORES

Data: ____/____/____ - N.º de internações: ____ Tempo de Internação: ____
Diagnóstico principal: _____
Acompanhamento em algum serviço de saúde: _____
Terapia: _____

USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS (anteriormente a internação)

Medicamentos: _____

Anexo 2

**TABELAS DE REGISTRO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA E
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**

Tabela de Registros de Frequência Cardíaca		
Ordem:	Paciente:	
Sessões	Pré	Pós
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Tabela de Registros de Frequência Respiratória		
Ordem:	Paciente:	
Sessões	Pré	Pós
1		
2		
3		
4		
5		
6		