



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AGNES MARIANA CUSTÓDIO DE OLIVEIRA

AROMATERAPIA NA REDUÇÃO DA DOR DO PARTO

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2021

AGNES MARIANA CUSTODIO DE OLIVEIRA

AROMATERAPIA NA REDUÇÃO DA DOR DO PARTO

Projeto de pesquisa submetido à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC2) do curso de bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO) a ser apresentado como requisito para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dra. Renata Evaristo Rodrigues da Silva

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2021

AGNES MARIANA CUSTODIO DE OLIVEIRA

AROMATERAPIA NA REDUÇÃO DA DOR DO PARTO

Projeto de pesquisa submetido à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC2) do curso de bacharelado em enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) a ser apresentado como requisito para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

APROVADO EM: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Renata Evaristo Rodrigues da Silva
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Orientador

Prof. Dra. Lindaiane Bezerra Rodrigues Dantas
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
1 Examinador

Prof. Me. Geni Oliveira Lopes
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
2 Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a professora Dra. Renata Evaristo pelo apoio e orientação nesse trabalho, pelo cuidado, respeito, dedicação e por sempre estar prontamente disponível em todos os momentos em que eu precisei.

Ao meu namorado Herik pelo companheirismo e incentivo durante todo o período de construção desse trabalho e pela ajuda e compreensão nos momentos difíceis.

Aos amigos companheiros de estágio Edilania, Hudisson, Iara, Janaína e Lara pela convivência, parceria, apoio e por serem a melhor equipe. Sempre serão lembrados.

A minha família pelo apoio e auxílio durante todo o período da faculdade.

RESUMO

A dor é um elemento inseparável da vida cotidiana e é visto como característica marcante do parto. Ao longo da história o processo de parturição sofreu inúmeras mudanças sendo cada vez mais institucionalizado e repleto de intervenções farmacológicas. Hoje a humanização e a busca por meios não farmacológicos de redução da dor do parto estão sendo cada vez mais incentivadas. A aromaterapia é uma prática integrativa complementar que utiliza óleos essenciais para proporcionar bem-estar. Esse estudo teve como objetivo identificar na literatura evidências científicas do sucesso da aromaterapia para redução da dor do parto normal, bem como os óleos essenciais utilizados. Trata-se de um estudo bibliográfico descritivo do tipo revisão integrativa de literatura do período de 2000 a 2019. O trabalho verificou 20 artigos os quais demonstraram que a aromaterapia é capaz de reduzir a intensidade da dor, ansiedade e duração do trabalho de parto. Alguns estudos ainda identificaram redução da taxa de cesarianas, internação em UTI neonatal e alteração dos parâmetros fisiológicos. Foram encontrados 20 diferentes óleos essenciais que demonstraram um vasto leque de propriedades tais como fortalecedoras, calmantes, analgésicas e revigorantes que podem auxiliar no momento do parto. Conclui-se que a aromaterapia é uma ferramenta de baixo custo que proporciona redução da dor do parto de forma natural e humanizada. Recomenda-se a realização de mais estudos de campo de preferência de caráter nacional e disseminação do conhecimento dos benefícios da aromaterapia.

PALAVRAS CHAVE: aromaterapia; parto; dor do parto; óleos essenciais.

ABSTRACT

Pain is an inseparable element of everyday life and is seen as a defining characteristic of childbirth. Throughout history the parturition process has undergone changes and changes, being increasingly institutionalized and replete with pharmacological therapies. Today, humanization and the search for non-pharmacological means of reducing labor pain are being increasingly encouraged. An aromatherapy is a complementary integrative practice that uses essentials to provide well-being. This study aimed to identify scientific evidence in the literature of the success of aromatherapy to reduce the pain of normal childbirth, as well as the essential oils used. This is a descriptive bibliographic study of the integrative literature review type from 2000 to 2019. The work verified 20 articles which demonstrated that aromatherapy is able to reduce the intensity of pain, loss and duration of labor. Some studies also identified a reduction in the rate of cesarean sections, hospitalization in the neonatal ICU and changes in physiological parameters. Twenty different essential oils were found that demonstrated a wide range of properties such as strengthening, calming, analgesic and invigorating that can help during childbirth. It is concluded that an aromatherapy is a low-cost tool that offers natural and humanized pain reduction. It is recommended that further field studies be carried out, preferably of a national character, and the dissemination of knowledge of the benefits of aromatherapy.

KEYWORDS: aromatherapy; childbirth; labor pain; essential oils.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
IASP	INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN
INPS	INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PIC	PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR
PNPIC	POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO.....	12
3.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	14
3.3 AROMATERAPIA COMO UMA PIC NO TRABALHO DE PARTO.....	15
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA.....	17
4.3 PERÍODO DA COLETA.....	17
4.4 BASES DE DADOS.....	17
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA.....	17
4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	18
5 RESULTADOS.....	19
6 DISCUSSÃO.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. Essa é a definição científica do conceito de dor revisada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) em 2020 (RAJA *et. al.*, 2020). Hoje dispomos de conhecimentos como esse após décadas de estudos, porém, antes de possuímos a compreensão acerca desse tema, as populações antigas tinham uma visão diferente ligada as raízes culturais e religiosas.

Pereira Franco e Baldin (2011, apud Teixeira, 2003) apresentam uma interpretação cultural da dor extraída da antropologia a qual se refere as mitologias primitivas onde os indivíduos acreditavam na concepção dualista do bem e do mal e possuíam a crença de que a dor seria um elemento provocador de dano associado ao mal e ao inimigo, enquanto que Firmino *et. al.* (2020) traz a concepção religiosa acerca do assunto, onde a dor teria sido originada a partir de um castigo divino justificado pela necessidade de purgação dos pecados. Esse castigo estaria intimamente relacionado ao processo de parir, pois em Gênesis 3:16, Deus sentenciou à mulher: “em meio a agonia darás à luz filhos”.

O avanço científico nos permitiu compreender melhor os mecanismos causadores desta sensação. Segundo Covian (1965), do ponto de vista fisiológico, o esquema de funcionamento da dor se dá a partir do estímulo de qualquer agente nocivo aos tecidos. Os receptores da dor se constituem de terminações nervosas e se distribuem em praticamente todos os tecidos do organismo, gerando dois tipos de dor: somática e visceral. A dor somática acomete a região mais externa, compreendendo a área cutânea, e a dor visceral é mais interna, originada em músculos, tendões, articulações e fâscias. No local da lesão são liberadas substâncias tais como a histamina que estimulam as terminações nervosas gerando um impulso elétrico o qual percorre através de um circuito complexo de fibras nervosas até a medula espinhal e posteriormente o córtex cerebral, onde ocorre o processamento neural e o estímulo se traduz em percepção dolorosa.

A dor é um elemento inseparável da vida cotidiana sendo atribuído a inúmeros fenômenos como lesões e doenças, e comumente é visto como uma característica marcante de alguns processos fisiológicos normais como a menstruação e parturição (RUSSO *et al.*, 2019 apud HELMAN, 2007).

Na parturição, a dor está sujeita à evolução do trabalho de parto. Na fase latente ocorre o apagamento do colo uterino, assim, o processo doloroso é menos intenso. Já na fase ativa quando o colo se encontra totalmente apagado, o padrão de contração uterina se intensifica afim

de impulsionar o polo encefálico através do colo uterino promovendo a dilatação para a saída do feto. Nesse momento há uma sensação dolorosa de estiramento na região abdominal, lombar e púbica. A fase de transição é a mais dolorosa pois a contração uterina é ainda maior para que ocorra a descida do feto pela pelve. Nesse momento, a parturiente sente a pressão do polo cefálico sobre a região perineal e a expulsão do feto (ALMEIDA *et. al.*, 2005).

Segundo Moura *et. al.* (2007 apud Paiva 1999), historicamente, o parto era uma prática exclusiva de parteiras e ocorria na residência da gestante, onde acontecia a troca de conhecimento entre mulheres e descoberta de afinidades. Contudo, segundo Osava (1997) a partir da década de 1940, a hospitalização durante o parto foi cada vez mais frequente, e com isso trouxe ainda mais fatores negativos como a privação da autonomia da mulher durante o trabalho de parto e o crescente aumento das mais variadas intervenções durante esse período, prejudicando o seu bem-estar físico e emocional.

Como disposto na Lei N 7498/86, de 25 de junho de 1986, é atividade privativa do enfermeiro a realização de assistência à gestante e parturiente, bem como o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, e é imprescindível que esses profissionais estejam atentos e sensibilizados quanto as necessidades, medos e angústias dessas mulheres, promovendo uma assistência humanizada, buscando formas naturais de aliviar as dores do parto remetendo ao antigo modelo de parir que era realizado em casa sob os cuidados da família da gestante de modo que ela se sinta acolhida e bem cuidada trazendo subsídios para que essa mulher possa passar por esse momento de forma mais confortável e natural possível (BRASIL, 1986).

Quando se busca métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto, uma série de alternativas milenares podem ser incluídas. Segundo Price (1999), a aromaterapia vale-se do poder de cura das plantas através do óleo aromático que é extraído de pequenas glândulas encontradas nas raízes, caule, folhas, flores ou frutos de uma planta.

Partindo do panorama apresentado, questiona-se: quais as evidências científicas dispostas na literatura de que a aromaterapia pode reduzir a intensidade da dor do parto natural? O presente trabalho se justifica pela real necessidade da pesquisa e utilização da aromaterapia no momento do parto, pois esse recurso pode trazer uma série de benefícios à gestante.

A pesquisa também possui motivação pessoal do pesquisador após uma experiência de estágio no Hospital Maternidade São Lucas em Juazeiro do Norte, onde foi possível acompanhar gestantes durante o parto natural e reconhecer as suas necessidades durante esse momento.

Esse estudo traz como contribuição para a comunidade acadêmica um aspecto da aromaterapia que ainda não é amplamente discutida. Apesar de a aromaterapia fazer parte da

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), o seu uso e conhecimento ainda é limitado, principalmente acerca da relação entre os óleos essenciais e a redução da dor do parto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as evidências da redução da dor do parto pelo uso da aromaterapia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os benefícios da aromaterapia durante o parto;
- Identificar os principais óleos essenciais utilizados na aromaterapia.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HISTÓRIA DA PARTURIÇÃO

Segundo Brenes (1991), tradicionalmente os partos eram realizados por mulheres que detinham um saber empírico e eram conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras. Eram mulheres de confiança e assistiam a parturiente durante o parto, puerpério e primeiros cuidados com o recém-nascido.

De acordo com Storti (2004) a medicina não possuía um conhecimento abrangente em relação ao processo de parir. Maldonado (2002) relata que os partos eram realizados na casa da gestante com a presença de uma parteira e a mãe da gestante. Com o surgimento do fórceps, instrumento utilizado para extrair o feto em partos difíceis, muitas vidas foram salvas, tanto de mães quanto de filhos, e os médicos se inseriram com muito mais frequência na parturição, até que a figura do cirurgião começou a se sobrepor às parteiras. Vendrúscolo e Kruehl (2016 apud Spink 2013) afirmam que no mesmo período também ocorria a caça às bruxas, e algumas parteiras eram perseguidas por possuírem um modelo de assistência intervencionista que amenizava a dor do parto em uma época que a mulher teria que sofrer em consequência do pecado original.

A medicina incorporou a prática da parturição como uma de suas funções na Europa entre os séculos XVII e XVIII a intitulando como “arte obstétrica”, e o profissional que a exerceria passou a ser denominado como parteiro ou médico parteiro. No Brasil, esse processo se estendeu a partir da criação da escola de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro em 1808 (BRENES, 1991 apud Tosi, 1988).

Entre 1500 e 1876 surgem as primeiras tentativas de realização de cesariana em mulheres vivas, contudo, era uma prática considerada perigosa e não era recomendada se houvesse outra forma de salvar a mãe e o feto. Na segunda metade do século XX, com as inovações técnicas e tecnológicas de assepsia, paramentação, medicação e anestesia, houve uma considerável redução dos riscos de mortalidade materna pela cesariana e o método começou a se destacar (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016 apud REZENDE, 1987).

Segundo Diniz (2001), gradualmente, o parto começou a se deslocar das residências para as instituições e se tornou um modelo de parturição totalmente diferente do que sempre foi. O modelo hospitalar da época não era elaborado com vistas ao fornecimento de assistência às parturientes, mas sim, à facilitação do trabalho dos profissionais de saúde, além disso, os

hospitais passaram a estabelecer diversas regras de conduta e comportamento para o momento do parto.

Nagama e Santiago (2005) trazem que no início do século XX a institucionalização do parto continuou a crescer e isso possibilitou um grande avanço tecnológico na área da obstetrícia, principalmente por reduzir a taxa de mortalidade materna e neonatal. Porém, com a crescente internação também houve um aumento gradual de intervenções institucionais. Ao ser internada, a mulher passava por um processo institucional no qual tinha suas roupas e objetos pessoais removidos, era realizado um enema para limpeza, início de jejum e proibição da deambulação. A mulher passou a parir sem a presença da família e com auxílio de pessoas desconhecidas, perdendo sua autonomia e individualidade.

De acordo com Faria e Sayd (2013) o Brasil seguiu o mesmo padrão, inspirando-se no modelo americano de parturição que constituía na institucionalização, incorporação de novas tecnologias e intervenções, atendendo a conveniência do profissional. Na década de 60 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estimulou fortemente a inserção de tecnologias médicas e a privatização da assistência à saúde, financiando uma parcela cada vez maior de hospitalizações desnecessárias. Na década de 90 o Brasil foi eleito o país com a maior taxa de cesárea do mundo.

Hoje sabe-se que essas condutas e excesso de intervenções são prejudiciais à mulher, portanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o ministério da saúde têm proposto mudanças que enfatizam o cuidado centrado na mulher, resgatando o parto natural e estimulando a atuação dos enfermeiros na promoção da humanização e resgate do conceito fisiológico do parto (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Um dos principais direitos que a parturiente possui atualmente no Brasil é assegurado pela lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, que fornece o direito a parturiente de ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Esse acompanhante pode ser o companheiro, uma pessoa de confiança ou uma doula (BRASIL, 2005; LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

Atualmente, as doulas tem ganhado bastante espaço como um componente alternativo no acompanhamento de parturientes. A palavra doula tem origem no grego e significa “mulher que serve”. No contexto atual refere-se àquela que está ao lado da gestante, interagindo e auxiliando no período da gravidez, parto e puerpério, inclusive na amamentação (LEÃO; BASTOS, 2001 apud RAPHAEL, 1983). Durante o trabalho de parto as doulas podem atuar no suporte emocional e físico, prestando ações de apoio, tranquilização e encorajamento, técnicas de relaxamento como massagens e compressas e também oferecem instruções e conselhos para

o momento do parto. Também podem ser mediadoras entre a parturiente e a equipe médica (HODNETT; OSBORN, 1989; LEÃO; BASTOS, 2001).

3.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As práticas integrativas e complementares têm como pilar os sistemas médicos tradicionais, principalmente dos chineses. Para esses sistemas médicos, existe um sistema de fluxo de energia que permeia o universo. Essa energia é considerada a base da vida e essencial para a cura. Os problemas do corpo humano são entendidos como efeitos negativos de emoções, atitudes ou estresse resultando em um desequilíbrio dessas energias. O objetivo dessa medicina é entregar um modelo holístico visando reestabelecer a harmonia e o equilíbrio do indivíduo e assim reestabelecer o fluxo harmônico dessas energias (DACAL; SILVA, 2018).

O surgimento das discussões sobre a inclusão de práticas integrativas no sistema público de saúde teve início na Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, a Alma Ata na Rússia em 1978, onde as primeiras recomendações do uso da medicina tradicional e práticas complementares começaram a surgir. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional visando incentivar a promoção de estudos científicos e a criação de políticas públicas voltadas para a medicina tradicional (TELESI, 2016).

No Brasil, essa categoria de cuidado surgiu em 1986 pela VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual apoiou a incorporação das práticas complementares na assistência de saúde. No entanto, foi somente pela portaria nº 971 de 2006 que o SUS implementou efetivamente as práticas complementares através da PNPIC (BRASIL 2006; TELESI, 2016).

A PNPIC possui um modelo de atenção humanizada e centrada no indivíduo, e a sua efetiva incorporação ao SUS é cada vez mais requisitada. A PNPIC contempla sistemas médicos e recursos terapêuticos conhecidos como medicina tradicional ou complementar. Esses sistemas têm como objetivo estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde de modo eficaz e seguro com destaque no acolhimento, escuta qualitativa, criação de vínculo terapêutico e integração do ser humano com o ambiente. Entre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) presentes nessa política estão a acupuntura, homeopatia, crenoterapia, medicina antropofásica, plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2015).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEM) pela resolução nº 197 de 1997 passou a reconhecer as PIC's de saúde como especialidade de competência do enfermeiro mediante

realização de curso com carga horária mínima de 360 horas na área em uma instituição de ensino reconhecida, embora essa resolução tenha sido revogada pela resolução n° 0500 de 2015 (COFEM, 1997;2015).

3.3 AROMATERAPIA COMO UMA PIC NO TRABALHO DE PARTO

A aromaterapia se consolidou recentemente no Brasil por meio da portaria n° 702 de 21 de março de 2018 que integra oficialmente a aromaterapia na PNPIC junto com 10 outras práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2018).

Os óleos essenciais carregam a essência da planta codificada. Cada planta tem um campo de energia e um padrão de frequência único. Isso significa que cada uma possui a sua própria vibração e padrão de cura. Do ponto de vista mecanicista isso quer dizer que cada óleo essencial é constituído por uma combinação de compostos químicos onde cada um deles possui um potencial específico (SMITH; KYLE, 2008).

Segundo Smith e Kyle (2008), a abordagem para integração da aromaterapia reflete à prática de valores. O profissional que incorpora óleos essenciais ao cuidado mantém o foco da sua prática na saúde e na cura, melhorando a relação pessoa-ambiente. A escolha do óleo essencial é individual e exclusiva, portanto o profissional mantém o foco na individualidade de cada pessoa para desenvolver um plano de aplicação que facilite sua saúde e bem-estar.

De acordo com Domingues *et al.* (2014), a dor do parto é o maior temor entre as parturientes e o principal motivo pela preferência à cesariana. Além disso, as mulheres muitas vezes são submetidas a um modelo de assistência ao parto que resulta em uma experiência traumática para elas.

A dor é um dos principais indícios do início do parto, e é uma das maneiras de acompanhar a sua evolução. Se inicia no começo do trabalho de parto e perdura até a expulsão fetal apresentando um padrão intermitente que aumenta progressivamente até o final (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA 2012).

Em situações potencialmente perigosas, sejam novas ou semelhantes a algo que o indivíduo já vivenciou, uma estrutura chamada septo-hipocampal realiza uma comparação da situação atual com algo que já tenha ocorrido anteriormente a partir da síntese dos dados sensoriais do momento e as memórias armazenadas. Se é detectada discrepância, esse sistema passa a funcionar na modalidade controle, aumentando o nível de vigilância e inibindo o comportamento (MARGIS *et al.*, 2003).

Durante o parto, quando a concentração de adrenalina aumenta, o sistema nervoso simpático aumenta os níveis do hormônio liberador de corticotrofinas, do cortisol e do hormônio adrenocorticotrófico desencadeando a sensação que reconhecemos como estresse (MARGIS *et al.*, 2003).

Segundo Freddi (1973), o medo causa um estímulo interpretado como perigo, o qual cria um desejo de evasão. Como não é possível, se gera uma tensão protetora que impede a coordenação das fibras musculares uterinas, ou seja, o útero passa a dilatar de forma brusca gerando mais dor, que gera maior tensão criando-se o círculo medo-tensão-dor.

Dessa forma, nota-se que o equilíbrio emocional é um elemento essencial a ser mantido durante todas as etapas do parto normal. A realização de ações que diminuam a ansiedade e o estresse são grandes aliadas na redução da dor do parto. Portanto, é dever do profissional que assiste o parto aprimorar a sua assistência e promover cuidados voltados para a diminuição dos fatores de estresse com técnicas e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e da ansiedade (GALLO *et al.*, 2011).

Nesse contexto, a aromaterapia pode ser incluída como uma estratégia não farmacológica onde é realizada a aplicação terapêutica de óleos essenciais. A aromaterapia consegue atuar nesses desequilíbrios, relaxando e aliviando os sentimentos. É um tratamento holístico mais suave e está sendo cada vez mais procurado (ANDREI; PEREZ; COMUNE, *et al.* 2005).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo bibliográfico, mais especificamente de uma revisão integrativa da literatura. O estudo bibliográfico é um método de pesquisa baseado em evidências científicas de estudos já publicados anteriormente, que tem como objetivo investigar as pesquisas realizadas sobre um determinado tema e estabelecer conclusões a partir da análise e discussão acerca das literaturas selecionadas (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.54).

A revisão integrativa é um estudo sistemático que objetiva a construção de uma ampla análise, discussão e reflexão da literatura para a obtenção de uma compreensão mais completa do tema de interesse (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

O presente estudo teve como questão norteadora “quais as evidências científicas presentes na literatura de que a aromaterapia pode reduzir a intensidade da dor no parto natural?”.

4.3 PERÍODO DA COLETA

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a novembro de 2020.

4.4 BASES DE DADOS

A base de dados utilizada para fonte de pesquisa foi a BVS que engloba outras bases de dados como MEDLINE, BDNF, LILACS e MOSAICO.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA

Como critérios de inclusão, foram selecionados textos completos disponíveis online na base de dados BVS sem distinção de idiomas utilizando a combinação de MeSH “aromatherapy, ” “labor” e “pain” e o operador booleanos “and”, com recorte temporal entre os anos 2000 e 2020 com o objetivo de analisar as evidências científicas sobre o tema nos últimos 20 anos.

Foram excluídas revisões de literatura, teses, trabalhos sem relação com o tema da pesquisa e artigos não disponíveis na íntegra.

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados foi construído um quadro síntese com as informações pertinentes aos artigos selecionados. No quadro consta síntese, título, autores, ano de publicação, metodologia aplicada e resultados de cada artigo. Posteriormente foi realizada uma síntese descritiva para interpretação e discussão dos achados.

5. RESULTADOS

A combinação “aromatherapy” AND “labor” AND “pain” resultou em um total de 27 artigos que tiveram seus resumos analisados. Não foi definida nenhuma preferência quanto ao idioma. Como critério de elegibilidade foram selecionados para a pesquisa artigos originais publicados entre os anos de 2000 a 2020 que atendessem a questão norteadora. Como critério de exclusão foram classificados os artigos de revisão integrativa, os duplicados e os que não contemplaram o objetivo do estudo, finalizando a pesquisa na BVS com 11 artigos satisfatórios. Em outras fontes de dados foram selecionados 08 artigos através da leitura dos resumos, totalizando 20 artigos ao final de toda a pesquisa.

Quadro 1 – Síntese dos estudos acerca da utilização da aromaterapia no parto normal

Título	Autores	Ano	Metodologia	Resultados
Uma investigação sobre o uso de aromaterapia em prática de obstetrícia intraparto.	Burns E. E. <i>et. al.</i>	2000	Estudo avaliativo em sala de parto de um grande hospital universitário britânico entre os anos 1990 e 1998 com 8058 mães avaliadas. Óleos essenciais utilizados: rosa (<i>rosa centifolia</i>), jasmim (<i>jasminum grandiforum</i>), camomila (<i>chamaemelum nobile</i>), eucalipto (<i>eucalyptus globulus</i>), limão (<i>citrus limonum</i>), tangerina (<i>citrus reticulata</i>), sálvia (<i>sálvia sclarea</i>), olíbano (<i>boswellia carteri</i>), lavanda (<i>lavandula angustifolium</i>) e hortelã-pimenta (<i>mentha iperita</i>). Os óleos foram administrados de várias maneiras: gota no travesseiro, massagem, escalda-pés, gota na sobrancelha ou palma da mão e lavagem perineal. Dados de rotina do uso da aromaterapia foram coletados e analisados nesse período.	Mais de 50% das mães julgaram a aromaterapia útil. Seu uso pareceu diminuir a necessidade de alívio adicional da dor. 8% das nulíparas e 18% das múltiparas não necessitaram de alívio da dor convencional após o uso dos óleos essenciais. A pesquisa também revela que a aromaterapia pode aumentar as contrações em mulheres com trabalho de parto disfuncional.

Aromaterapia no parto: um ensaio randomizado controlado piloto.	Burns E. <i>et. al.</i>	2007	Ensaio clínico randomizado ocorrido no Hospital San Geraldo em Milão, Itália, entre 01 de maio a 31 de dezembro de 2003. 251 mulheres receberam aromaterapia e 261 formaram o grupo controle. Os óleos essenciais utilizados foram: camomila (<i>chamaemelum nobile</i>), sálvia (<i>sálvia sclarea</i>), olíbano (<i>boswellia carteli</i>), lavanda (<i>lavandula augustifolium</i>) e tangerina (<i>citrus reticulata</i>). Decidiu-se não misturar os óleos essenciais. A percepção da dor materna foi avaliada utilizando a escala Lickert de 10 pontos.	Não houve diferença significativa nos resultados de cesariana, manobra de kristeller, parto vaginal espontâneo e aumento de primeiro e segundo estágio, porém mais bebês nascidos do grupo controle foram para UTIN (0 versus 6). A percepção de dor foi menor nas participantes nulíparas do grupo que recebeu aromaterapia.
Apresentando a aromaterapia como uma forma de gestão da dor em sala de parto.	Pollard, K. R.	2008	Estudo realizado com 196 mulheres. A aplicação da aromaterapia teve como objetivo de reduzir formas mais invasivas de controle da dor. Os óleos essenciais utilizados foram: lavanda, camomila, olíbano, sálvia esclereia, jasmim e hortelã-pimenta. Os métodos de administração foram: massagem, banho e inalação. A aplicação foi realizada por parteiras e avaliada por um aromaterapeuta durante cinco consultas. Ao final os dados foram aplicados na escala Likert para a obtenção dos resultados.	O trabalho de parto espontâneo ocorreu em 74% dos casos. O uso ortodoxo de controle da dor reduziu significativamente quando os óleos foram introduzidos. Apenas 4 mulheres exigiram anestésico peridural. 12 mulheres não exigiram outra intervenção para dor além dos óleos essenciais. 42 mulheres não tiveram nenhuma intervenção ortodoxa para dor junto com os óleos. A taxa de cesarianas de emergência reduziu significativamente.
Impacto do serviço de aromaterapia e massagem durante o	Dhany A. L., Mitchell, T., Foy C.	2012	Estudo quantitativo realizado no Reino Unido entre julho de 2007 e julho de 2010. Os dados foram coletados por meio de	No grupo Amis a analgesia por estimulação elétrica transcutânea foi maior (34% versus 15,9%). O uso de óxido

parto sobre o uso de analgesia e anestesia em mulheres em trabalho de parto: uma análise retrospectiva de nota de caso			<p>formulários de avaliação com informações clínicas tais como nome, hospital, idade, etnia, paridade, condições preexistentes e complicações na gravidez. Tanto a amostra de aromaterapia e massagem intraparto (AMIS) quanto o grupo controle foram compostos por 1079 prontuários cada. Os óleos essenciais utilizados foram: bergamota (<i>monarda didyma</i>), lavanda (<i>lavendula spp</i>), sálvia (<i>sálvia sclarea</i>), incenso (<i>boswellia spp</i>), hortelã-pimenta (<i>mentha iperita</i>), jasmim (<i>jasminum sambac</i>) e rosa (<i>rosa spp</i>). Foi utilizado para analisar os dados o software estatístico SPSS.</p>	<p>nitroso e oxigênio também foi maior no grupo AMIS (87,6% versus 80,8%). A taxa de anestesia peridural foi menor no grupo AMIS (29,7% versus 33,8%) bem como a raquianestesia (6,0% versus 12,1%) e anestesia geral (0,8% versus 2,3%).</p>
Eficácia da massagem com óleo de jasmim na redução da dor do trabalho de parto em mães primigestas.	Joseph, R. M., Fernandes, P.	2013	<p>Abordagem experimental realizada em hospitais selecionados de Mangalore por técnica de amostragem propositiva. Foram selecionadas 20 mulheres para grupo experimental e 20 para grupo controle. O grupo experimental recebeu massagem nas costas com óleo de jasmim durante 10 minutos 3 vezes com intervalo de 30 minutos. Houve avaliação da dor pré-teste e pós-teste. Para avaliar o nível da dor foi utilizada a escala visual analógica (EAV).</p>	<p>No pré-teste do grupo experimental havia 5% dor leve, 80% dor moderada 15% dor severa e 0% pior dor. No pré-teste do grupo controle havia 5% dor leve, 75% dor moderada 20% dor intensa e 0% pior dor. Após a massagem com óleo de jasmim no grupo experimental foi realizado o pós-teste que apresentou no grupo experimental 70% dor leve, 30% dor moderada 0% dor intensa e 0% pior dor. O pós-teste do grupo controle apresentou 15% dor moderada, 60% dor intensa e 25% pior dor. A massagem com óleo de jasmim demonstrou reduzir significativamente a dor do parto no primeiro estágio.</p>

<p>Massagens com aromaterapia de lavanda na redução da dor do parto e duração do trabalho de parto: um ensaio clínico randomizado.</p>	<p>Abbaspoor, Z., Mohammad khani, L. S.</p>	<p>2013</p>	<p>Estudo prospectivo randomizado controlado realizado entre março de 2007 e junho de 2008 no hospital Mahdeeh, Teerã, Irã. Participaram 60 mulheres nulíparas e múltíparas. Foram realizadas 3 massagens com duração de 20 minutos. O primeiro grupo recebeu apenas massagem e o segundo grupo recebeu massagem de aromaterapia com 2 gotas de óleo de lavanda dissolvido em óleo de amêndoa. As mulheres foram solicitadas a autoavaliar o seu nível de dor antes e depois das massagens utilizando uma escala de Likert de 10 pontos.</p>	<p>A intensidade da dor nos dois grupos foi medida utilizando a escala visual analógica (VAS) e comparada na fase latente, ativa e de transição. O grupo que recebeu o óleo de lavanda apresentou reações dolorosas significativamente menores em todas as fases e também ocorreu redução da duração da primeira e segunda fase do trabalho de parto. 90% das mulheres do grupo de aromaterapia afirmou que a massagem foi útil.</p>
<p>Efeitos do Citrus Aurantium (Bitter Orange) na gravidade da dor do parto no primeiro estágio.</p>	<p>Namazi, M. <i>et. al.</i></p>	<p>2014</p>	<p>Ensaio clínico randomizado aberto realizado no Centro Iraniano para ensaios clínicos. 126 mulheres foram analisadas no período entre junho e setembro de 2013. Para cada 100ml de água destilada havia 8mg de óleo de óleo essencial de laranja amarga (<i>citrus aurantium</i>). Foram embebidas gazes com essa solução e colocadas no colar das gestantes do grupo amostragem, enquanto grupo controle foi utilizado apenas solução salina. A ação foi repetida a cada 30 minutos e a intensidade da dor foi medida antes e após cada fase da dilatação. A análise foi realizada a partir de</p>	<p>Antes da intervenção a intensidade da dor nos dois grupos era igual, mas após ser aplicada a aromaterapia no grupo experimental este apresentou redução significativa da dor nas fases 3-4 cm de dilatação, 7-5 cm e 8-10 cm. Em comparação com o grupo controle.</p>

			questionário demográfico, checklist de observação e exame e escala numérica de mensuração da dor.	
Eficácia da aromaterapia na redução da dor e duração do parto entre primigestas: um estudo piloto.	Raju, J., Singh, M.	2014	Estudo experimental randomizado ocorrido em hospitais de Kanyakumari, Tamil Nadu na Índia com 60 amostras. O grupo experimental recebeu massagem com óleo essencial de lavanda. O grupo controle recebeu massagem sem óleo essencial. O nível de dor foi avaliado na fase latente, ativa e de transição, utilizando escala visual analógica de dor.	A dor e a duração do trabalho de parto foram significativamente melhores no grupo controle. As mulheres mostraram-se satisfeitas com o resultado da massagem com o óleo essencial de lavanda. Houve menos necessidade de cesariana e não houve nenhum episódio de hemorragia pós-parto nesse grupo.
Comparação do efeito da aromaterapia com <i>jasminum officinale</i> e <i>sálvia officinale</i> na gravidade da dor e no resultado do parto em mulheres nulíparas.	Kaviani, M. <i>et. al.</i>	2014	Ensaio clínico randomizado ocorrido de outubro de 2009 a março de 2010 com 156 mulheres em hospitais selecionados da Shiraz University of Medical Sciences em Shiraz no Irã. As mulheres foram divididas em grupo controle, grupo de <i>jasminum officinale</i> e grupo de <i>sálvia officinale</i> . A aromaterapia foi aplicada por 15 minutos. Os dados foram coletados por meio de formulários de informações e a intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Visual Analógica (VAS) 30 e 60 minutos após a intervenção.	O grupo que recebeu <i>sálvia</i> percebeu significativamente menos dor após 30 minutos, no entanto, a comparação após 60 minutos não mostrou diferença significativa entre os três grupos. A duração média do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto foi menor no grupo que recebeu <i>sálvia</i> .
O efeito da aromaterapia de lavanda na percepção da dor e	Kaviani, M. <i>et. al.</i>	2014	Ensaio clínico semi-experimental realizado em hospitais da Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz no Irã	A percepção da intensidade da dor foi menor no grupo experimental 30 e 60 minutos após a

intraparto resultado em mulheres nulíparas.			entre dezembro de 2008 e junho de 2009. A pesquisa incluiu 160 mulheres que foram divididas em grupo experimental e grupo controle. A intensidade da dor foi analisada antes da intervenção e 30 e 60 minutos após utilizando-se a Escala Visual analógica (VAS). A lavanda (<i>lavender officinalis</i>) foi aplicada em lenços em uma proporção de 0,1ml de lavanda para 1ml de água destilada. O grupo controle inalou apenas água destilada.	intervenção com aromaterapia, embora não tenha se mostrado eficaz no Apgar e na redução da duração das fases do parto.
Comparando os efeitos da aromaterapia com óleos de rosa e escalda-pés sobre a ansiedade na primeira fase do parto em mulheres nulíparas	Kheirkhah, M. <i>et. al.</i>	2014	Estudo clínico randomizado conduzido no hospital Akbar Abadi em Teerã no Irã. Participaram do estudo 108 mulheres. O primeiro grupo recebeu inalação simultaneamente com escalda-pés durante 10 minutos. O segundo grupo recebeu escalda-pés durante 10 minutos. As intervenções foram realizadas na fase ativa e na fase de transição. Para mensurar o nível de ansiedade foi utilizada a Escala Visual Analógica para Ansiedade (VASA). O grupo controle não recebeu aromaterapia.	Após a primeira intervenção o grupo 1 teve notas de 6-1 de ansiedade e o grupo 2 também teve 6-1. Após a segunda intervenção o score do primeiro grupo era de 0-2 e o segundo grupo se manteve em 6-1. No grupo controle a ansiedade permaneceu de 8-10 em todas as fases. A ansiedade em diferentes fases do parto reduziu significativamente após a intervenção. O primeiro grupo relatou menos ansiedade que os restantes e o segundo grupo relatou menos ansiedade que o grupo controle.
Efeito da inalação de aroma de essência de gerânio na ansiedade e nos parâmetros fisiológicos durante a	Fakari, F. R. <i>et. al.</i>	2015	Um ensaio clínico randomizado no Hospital Bint al-Hoda na cidade de Bojnordin, província de North Khorasan no Irã, de agosto de 2012 a 2013. 100 mulheres participaram da pesquisa. Em um lenço absorvente foi utilizado duas gotas de	No grupo experimental o score antes da intervenção era 56,75 e após a intervenção 52,73. No grupo controle os escores antes e depois foram respectivamente 53,45 e 52,31. A ansiedade do grupo experimental reduziu

primeira fase do parto em mulheres nulíparas: um ensaio clínico randomizado			óleo essencial de gerânio (<i>pelargonium graveolens</i>) diluído em água destilada e colocado no colarinho do grupo experimental. Para mensurar o nível de ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Spielberger (STAI).	consideravelmente após a aromaterapia e a pressão arterial diastólica também reduziu.
O efeito da aromaterapia com óleo essencial de laranja na ansiedade durante o parto: um ensaio clínico randomizado	Fakari, F. R., Tabatabaeic hehr M., Mortazavi, H.	2015	Ensaio clínico randomizado realizado com 100 mulheres entre 2012 e 2013 em um hospital universitário no Irã. O óleo essencial de casca de laranja foi misturado em água destilada e colocados em lenços que foram presos a roupas do grupo experimental. Após 20 minutos a intensidade da ansiedade foi avaliada a partir do Inventário de Spielberger. O grupo controle inalou apenas água destilada.	Em ambos os grupos o nível de ansiedade reduziu, porém, a redução foi maior no grupo experimental que teve pontuação de – 3,8 enquanto o grupo controle obteve – 1,14. No grupo experimental a pressão arterial diastólica e frequência cardíaca foram menores.
O efeito da aromaterapia com essência de lavanda na gravidade da dor do parto e na duração do trabalho de parto em mulheres primíparas	Yazdkhast, M., Pirak, A.	2016	Um ensaio clínico randomizado conduzido entre setembro de 2011 a janeiro de 2012 com 120 mulheres no hospital iraniano da cidade de Iranshahr. Para instrumento de medição foi utilizada a escala visual analógica de dor. A essência de lavanda (<i>lavandula angustifolia</i>) foi diluída em água destilada 1:10 e gotejada nas mãos do grupo experimental para que inalissem durante 3 minutos. Esse processo foi realizado nas 3 fases de dilatação (5-6-, 7e8 e 9e10 cm) e a dor foi avaliada antes e 30	O escore médio de dor no grupo experimental em diferentes fases de dilatação foi significativamente menor em comparação com o grupo controle, que não mostrou diferença na dor durante o processo.

			minutos depois de cada uma das vezes.	
O efeito da massagem de aromaterapia com óleo de lavanda no nível de dor e ansiedade durante o parto entre mulheres primigestas	Lamadah, S. M., Nomani, I.	2016	Ensaio clínico randomizado controlado conduzido em um hospital em Alexandria, Egito com 60 mulheres. Para mensurar a dor foi utilizada a Escala Visual Analógica da Dor (VAS) e para a ansiedade foi elencado o Inventário de Spielberger. O grupo aromaterapia recebeu massagem nas costas com 2 gotas de óleo de lavanda dissolvido em 50ml de óleo de amêndoas e o grupo controle recebeu a massagem apenas com óleo de amêndoas. A intervenção foi realizada na fase ativa e na fase de transição durante 20 minutos e as mulheres auto avaliaram a intensidade da dor antes das intervenções e ao final delas.	O escore de dor antes da intervenção foi 7,0 para aromaterapia e 8,1 para grupo controle. Após a intervenção, o grupo aromaterapia pontuou na fase ativa 6,4 e na fase de transição 7,7 em comparação com o grupo controle que pontuou 8,9 na fase ativa e 9,6 na fase de transição. A respeito da ansiedade os escores do grupo aromaterapia e controle foram respectivamente 55,47 e 50,40. Após a intervenção, o grupo aromaterapia pontuou 38,40 na fase ativa e 36,63 na fase de transição enquanto o grupo controle pontuou 45,13 na fase ativa e 44,7 na fase de transição. 82% do grupo aromaterapia mostrou-se satisfeito. Os escores mostram que a aromaterapia de lavanda reduz tanto a dor quanto a ansiedade.
Efeito da aromaterapia com água de rosas na gravidade da dor do parto em mulheres nulíparas: um estudo clínico aleatório	Vahabi S, <i>et. al.</i>	2016	Ensaio clínico realizado no hospital Ahvaz Amir-Al-Momenin no Irã, com 80 mulheres durante o ano de 2014. No grupo experimental foi realizada inalação com água contendo óleo essencial de e o grupo controle recebeu apenas os cuidados normais. Foi utilizado a Escala Visual Analógica (VAS) para mensurar a dor e a avaliação foi realizada antes das intervenções e após cada uma delas nas 3	Antes da intervenção não havia diferença significativa nos dois grupos ($p = 0,223$). Na primeira e segunda fases também não houve discrepância sendo respectivamente ($p = 0,312$) e ($p = 0,300$). A maior diferença se mostrou na terceira fase de dilatação que teve como resultado ($p = 0,023$). A aromaterapia foi eficaz para reduzir a dor do parto na terceira fase de dilatação.

			fases de dilatação. Os dados foram analisados pelo teste exato de Fisher e teste t independente.	
Efeitos da aromaterapia com Rosa damascena na dor e na ansiedade do parto em mulheres nulíparas durante a primeira fase do trabalho de parto	Hamdamian, S. <i>et.al.</i>	2018	Estudo clínico randomizado realizado com 110 mulheres nulíparas em um hospital em Jajarm, no Irã. Para coleta de dados foram utilizados a escala numérica de avaliação da dor e o questionário de ansiedade de Spielberger. Nas 3 fases de dilatação o grupo experimental recebeu uma compressa de gaze com 2 gotas de óleo essencial de rosa damascena (<i>rosa damascena</i>) que foi fixada no colarinho. O grupo controle recebeu soro fisiológico. A dor e ansiedades foram avaliadas 10 minutos após cada intervenção.	A intensidade da dor e também da ansiedade foram significativamente menores no grupo experimental, obtendo um resultado de $< 0,05$ em todas as fases. Não houve diferença no Apgar ou no modo de parto entre os dois grupos.
Eficácia da aromaterapia para reduzir a dor durante o trabalho de parto: um estudo randomizado ensaio controlado	Tanvisut, R., Traisrisilp, K., Tongsong, T.	2018	Ensaio clínico randomizado realizado com 104 mulheres no Hospital Maharaj Nakorn Chiang Mai, na Tailândia entre dezembro de 2015 e dezembro de 2016. O grupo experimental foi convidado a escolher um entre 4 óleos essenciais: lavanda, gerânio, cítrico e jasmim. A aromaterapia foi aplicada por difusor em uma proporção de 4 gotas de óleo para 300ml de água. Para avaliar a dor foi utilizada a Escala de Avaliação Numérica (NRS-11). A intensidade da dor foi comparada na hora da admissão e nas 3 fases de dilatação.	O grupo controle teve uma experiência mais dolorosa em relação ao grupo experimental, sendo 2,60 versus 1,88 na fase latente e 4,39 versus 3,82 na fase ativa. A via de parto, duração do trabalho de parto e outros resultados não foram significativamente diferentes nos dois grupos.

<p>Respiração controlada com ou sem lavanda</p> <p>Aromaterapia para dor de parto na primeira fase:</p> <p>A</p> <p>Ensaio clínico randomizado</p>	<p>Vakilian, K., Keramat, A., Gharacheh, M.</p>	<p>2018</p>	<p>Ensaio clínico randomizado realizado de abril a junho de 2009 em um hospital de Shahroud, no Irã. 120 mulheres participaram da pesquisa. No grupo experimental a aromaterapia de lavanda (<i>lavandula stoechas</i>) foi aplicada por nebulização nas 3 fases de dilatação. O grupo controle inalou água esterilizada. A avaliação da dor foi realizada por meio da Escala Visual Analógica (VAS)</p>	<p>O grupo experimental apresentou uma redução da dor bastante significativa após as intervenções em relação ao segundo grupo. A dor média total no grupo que recebeu a aromaterapia de lavanda foi 6,77 e o grupo controle obteve 7,44.</p>
<p>O efeito da massagem terapêutica com óleo de aromaterapia de frangipani para reduzir a intensidade da dor do parto</p>	<p>Sriasih, N. G. K. <i>et.al.</i></p>	<p>2019</p>	<p>Pesquisa prospectiva quase experimental realizado no Centro de Saúde Pembantu Dauh Puri, Denpasar em Bali, de junho a outubro de 2015. 70 mulheres participaram dessa pesquisa. O grupo experimental recebeu massagem com óleo essencial de frangipani (<i>plumeria rubra</i>) e o grupo controle recebeu óleo de coco extra virgem. A intervenção iniciou na fase ativa do parto e teve duração de 5 a 6 horas. Para avaliar a intensidade da dor foi utilizado um formulário adaptado à Numeric Ratin Scale (NRS). A avaliação ocorreu em dois momentos: durante abertura cervical e imediatamente antes do parto.</p>	<p>Antes da intervenção a intensidade da dor nos dois grupos era bastante semelhante, ambos estavam entre 7-9 na escala de dor. Após a intervenção o grupo experimental apresentou menos dor que o grupo controle mantendo-se com a mediana 6, enquanto o grupo controle manteve-se com mediana 7.</p>

A presente revisão bibliográfica também nos revelou o uso de 20 diferentes óleos essenciais em pesquisas de campo. A relação de óleos essenciais encontrados e suas propriedades estão dispostas no quadro 2.

Quadro 2- Principais óleos essenciais utilizados na aromaterapia

Óleo essencial	Propriedades
Óleo essencial de bergamota (<i>monarda didyma</i>)	Antioxidante, imunoestimulante, anti-inflamatório, estimulante, fortalecedor, devolve o ânimo e disposição.
Óleo essencial de camomila (<i>chamaemelum nobile</i>)	Calmante, sedativo, anti-inflamatório, analgésico, desenvolve amor e senso de perdão.
Óleo essencial de eucalipto (<i>eucalyptus globulus</i>)	Estimula, favorece a concentração, proporciona ânimo e vigor e reduz a fadiga.
Óleo essencial de frangipani (<i>plumeria rubra</i>)	Sedativo, calmante, regenerativo, analgésico, apaga sentimentos negativos, acalma a mente e facilita a meditação.
Óleo essencial de gerânio (<i>pelargonium graveolens</i>)	Anti-inflamatório, antidepressivo, equilibrador e hemostático, regula sistema endócrino, estimula sistema linfático, regenera as células, regula o sistema hormonal, tonifica o organismo e equilibra as emoções.
Óleo essencial de hortelã-pimenta (<i>mentha iperita</i>)	Antigalactogogo, revigorante, analgésico, ativa a circulação, reduz as dores musculares, estimula o cérebro, diminui a apatia e alivia a fadiga mental.
Óleo essencial de jasmim (<i>jasminum grandiflorum</i>)	Tônico uterino, acalma a dor muscular, ameniza a depressão pós-parto.
Óleo essencial de jasmim (<i>jasminum officinale</i>)	Antisséptico, emoliente, sedativo, galactogogo, antidepressivo e tônico para o útero.
Óleo essencial de jasmim (<i>jasminum sambac</i>)	Confortante, calmante, tranquiliza a mente, estimula liberação de endorfinas e libido.
Óleo essencial de laranja amarga (<i>citrus aurantium</i>)	Antisséptico, antiespasmótico, carminativo, sedativo suave e depurativo. Regula sistema linfático e alivia depressão e estresse.
Óleo essencial de lavanda (<i>lavandula angustifolium</i>)	Calmante, sedativo, antialérgico, antisséptico, acalma dores reumáticas e combate a insegurança.
Óleo essencial de lavanda (<i>lavender officinalis</i>)	Analgésico, antidepressivo, antisséptico, antirreumático, calmante, cicatrizante, citofilático, emanagogo, hipotensor, alivia ansiedade, estresse e depressão
Óleo essencial de lavanda (<i>lavandula stoechas</i>)	Antidepressivo, anti-inflamatório, antisséptico, antiespasmótico, calmante,

	relaxante, sedativo, reconfortante, tonificante e promove equilíbrio.
Óleo essencial de limão siciliano (<i>citrus limonum</i>)	Antisséptico, diurético, tônico, adstringente, citofilático, cicatrizante e depurativo. Eleva a imunidade, reduz a ansiedade e aumenta a concentração.
Óleo essencial de olíbano (<i>boswellia carteri</i>)	Antisséptico, anti-inflamatório, adstringente, cicatrizante, citofilático, sedativo e tônico.
Óleo essencial de rosa damascena (<i>rosa damascena</i>)	Cicatrizante, anti-inflamatório, afrodisíaco, auxilia a curar sentimentos negativos.
Óleo essencial de rosa marroquina (<i>rosa centifolia</i>)	Tônico uterino, animador, regenerador celular, hidratante, antidepressivo, hemostático e afrodisíaco. Acalma as emoções e alivia os ressentimentos.
Óleo essencial de sálvia (<i>sálvia officinale</i>)	Antisséptico, antiespasmótico, energético, revitalizante, afrodisíaco e antidepressivo.
Óleo essencial de sálvia (<i>salvia sclarea</i>)	Antidepressivo, anti-inflamatório, antiespasmótico, hipotensor, tônico uterino e sedativo.
Óleo essencial de tangerina (<i>citrus reticulata</i>)	Tônico vascular e linfático, sedativo e calmante para o sistema nervoso, alivia estresse e tensão.

6. DISCUSSÃO

Segundo Andrei Peres e Comune (2005), os óleos essenciais são substâncias orgânicas, perfumadas e voláteis, resultado do subproduto do metabolismo das plantas. A qualidade e concentração de princípios ativos podem variar de acordo com as condições do cultivo, solo, clima, colheita e extração. São substâncias de composição complexa e suas principais qualidades são o aroma e as propriedades terapêuticas.

As partículas voláteis desprendidas do óleo essencial são aspiradas pelas narinas e encontram o epitélio olfativo que contém as células receptoras olfativas e as proteínas fixadoras de odoríferos que se ligam a substâncias odoríferas como o óleo essencial, provocando a abertura de canais iônicos para a entrada em massa do íon Na^+ , despolarizando as células olfativas. Essas células começam então um processo de transdução que consiste em transformar a informação olfativa em impulsos nervosos que serão interpretados pelo cérebro (ANDREI; PERES; COMUNE, 2005).

Segundo Gnatta (2016 apud Corazza, 2002) o mecanismo de ação fisiológico dos óleos essenciais ainda não foi bem estabelecido. Porém acredita-se que as moléculas presentes no óleo essencial podem ser capazes de produzir um estímulo que libera neurotransmissores gerando um efeito analgésico e relaxante produzindo uma sensação de bem-estar.

O óleo essencial mais utilizado pelos autores foi a lavanda. Burns *et. al.* (2000), Burns *et. al.* (2007) e Yazdkhast e Pirak (2016) utilizaram *Lavandula angustiforum*. Enquanto que Kaviani *et. al.* (2014b) utilizou *Lavender officinalis* e Vakilian, Keramat e Gharachen (2018) utilizaram *Lavandula stoechas*. Além disso, seis dos autores que também utilizaram aromaterapia de lavanda não especificaram a espécie da planta na qual o óleo essencial seria oriundo.

O segundo óleo essencial mais utilizado foi o de jasmim. Observou-se seis autores que realizaram estudos envolvendo esse aroma. Burns *et. al.* (2000) elencou a espécie *Jasminum grandiflorum*, enquanto que Dhany Mitchel e Foy (2012) utilizaram o *Jasminum sambac* e Kaviani *et. al.* (2014a) optou pelo *Jasminum officinale*. Os três autores restantes não especificaram a espécie de jasmim que produziu o óleo utilizado.

Embora o quantitativo de pesquisas de campo realizadas a respeito de aromaterapia para dor durante o parto sejam escassas, observa-se nesta revisão que pelo menos nove países diferentes já realizaram pelo menos um estudo de campo sobre o tema. Esses países foram: Irã, Índia, Grã-Bretanha, Indonésia, Itália, Reino Unido, Tailândia e Egito. Um dos autores não especificou o local da sua pesquisa em seu trabalho.

O país onde mais foram realizadas pesquisas de campo sobre o tema foi o Irã, com um total de 11 trabalhos encontrados. Em segundo lugar se encontra a Índia, com duas pesquisas encontradas. Esse resultado pode ser explicado pela familiaridade desses países com a medicina tradicional chinesa pela proximidade geográfica entre os países, todos pertencentes a Ásia. No ocidente esse conhecimento ainda é recente, fato que também pode explicar a escassez de pesquisas científicas a respeito do tema trabalhado.

Os métodos de aplicação da aromaterapia são bastante versáteis. Na pesquisa bibliográfica em questão foram encontrados os seguintes métodos: gota no travesseiro, massagem, escalda-pés, gota na sobrancelha, gota na palma da mão, lavagem perineal, banho, inalação por difusor, inalação por nebulização, gazes ou compressas fixadas no colarinho e lenços para inalação, no entanto, três autores não especificaram a forma que aplicaram a aromaterapia em suas pesquisas de campo.

Burns *et. al.* (2000) e Pollard (2008) optaram por utilizar mais de um modo de aplicação da aromaterapia em suas pesquisas de campo, tendo sido utilizados seis e três métodos diferentes respectivamente, por cada autor.

O método de aplicação mais utilizado foi a inalação, que foi optado por 11 autores. Dentre os tipos de inalação, dois autores escolheram gaze fixada no colarinho, três optaram por aplicar os óleos essenciais em lenços e entregar as gestantes para que fossem inalados, dois gotejaram os óleos essenciais nas mãos das gestantes, um ofereceu água contendo o óleo essencial, um utilizou a nebulização, um utilizou difusor e dois autores não especificaram a forma de inalação que utilizaram.

O segundo método de aplicação mais utilizado foi a massagem, que foi optado por sete autores. O óleo essencial foi dissolvido em algum outro tipo de óleo que serve como base, e essa mistura foi usada para a massagem.

Em relação a redução da dor, a pesquisa mostrou resultados satisfatórios, pois em 100% dos casos em que a aromaterapia foi utilizada evidenciou-se melhora da dor, seja por relato das próprias mulheres ou pela observação dos autores na comparação entre os grupos controle e experimental em suas pesquisas.

Na pesquisa de Burns *et.al.* (2000), as participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de expressar suas opiniões sobre a experiência que vivenciaram com os óleos essenciais onde mais de 50% das mães consideraram que a aromaterapia foi útil. Além disso, houve redução da necessidade de alívio da dor convencional, evidenciando também a melhora da dor.

O mesmo autor em outra pesquisa, Burns *et. al.* (2007), constatou novamente as vantagens da aromaterapia quando mais uma vez a percepção da dor foi menor no grupo que

utilizou aromaterapia. Também foi observado se os óleos essenciais afetariam outros fatores do intraparto e houve resultados relevantes em relação a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Porém não houve diferenças significativas em relação a cesariana, manobra de kristeller e duração do parto.

Pollard (2008) constatou a redução da dor a partir da redução de intervenções farmacológicas no grupo experimental. O autor também percebeu que o trabalho de parto espontâneo ocorreu em 74% dos casos, o que pode significar que a taxa de indução do parto também reduziu.

Dhany Mitchell e Foy (2012) também avaliaram a redução da dor a partir da análise do efeito da aromaterapia nas taxas de intervenções ortodoxas ocorridas no intraparto e chegaram à conclusão que a taxa de anestesia foi menor no grupo experimental.

Na pesquisa de Abbaspoor e Mohammadk (2013), 90% do grupo que recebeu aromaterapia expressou satisfação e os autores constataram que a percepção da dor reduziu em todas as fases do trabalho de parto na presença do óleo essencial. Namazi *et. al.* (2014) obteve um resultado semelhante, pois também percebeu redução da dor em todas as fases de dilatação em comparação ao grupo controle.

Raju e Singh (2014) concluiu que houve melhora da dor através da comparação com o grupo controle e do relato verbal das gestantes que se mostraram satisfeitas com a intervenção de aromaterapia.

Kaviani *et. al.* (2014a) realizou a intervenção com aromaterapia e percebeu que 30 minutos depois houve redução da dor, porém, 60 minutos após a intervenção a percepção de dor voltou a ser semelhante nos dois grupos. Em outra pesquisa, Kaviani *et. al.* (2014b) realizou o mesmo processo com outro tipo de óleo essencial e percebeu que houve redução da dor 30 e 60 minutos após a intervenção.

O estudo de Yazdkhast e Pirak (2016) comparou o efeito da aromaterapia nas três fases de dilatação e constatou que houve redução da dor em todas em comparação ao grupo controle.

Lamadah e Nomani (2016) percebeu que os scores de dor antes da intervenção eram bastante semelhantes, e após a aplicação da aromaterapia houve redução significativa nos scores de dor das fases avaliadas. 82% do grupo experimental demonstrou satisfação a respeito da aromaterapia.

Em seu estudo, Vahabi *et. al.* (2016) comparou o efeito da aromaterapia nas três fases de dilatação, onde percebeu uma diferença significativa apenas na terceira fase, onde o grupo experimental apresentou menos dor.

Hamdamian *et. al.* (2018) percebeu que a intensidade da dor foi menor no grupo experimental em todas as fases do parto. Também foi observado o Apgar e modo de parto, porém não houve diferença.

Tanvisut Trairisilp e Tongsong (2018) obteve resultados satisfatórios em relação a dor, pois houve redução na fase latente e ativa do grupo experimental. O autor também avaliou a duração e via do parto, porém não percebeu nenhuma diferença.

Vakilian Keramat e Gharacheh (2018) avaliaram as três fases de dilatação e constataram que o nível médio de dor no grupo que recebeu aromaterapia foi significativamente menor.

No estudo de Sriasih *et. al.* (2019) o grupo experimental e o grupo controle apresentaram no início um score de dor semelhante e após a intervenção com aromaterapia o grupo experimental manifestou menos dor em relação ao grupo controle.

Para essa revisão de literatura foram elencados três artigos a respeito de aromaterapia para redução da ansiedade no trabalho de parto normal como complemento para o estudo. São as pesquisas de Kheirkhah *et. al.* (2014), Fakari *et. al.* (2015) e Fakari e Tabatabaeich (2015).

Além dos artigos citados acima, os trabalhos de Lamadah e Nomani (2016) e Hamdamian *et. al.* (2018), a princípio selecionados pelo tema redução da dor, também tratam de redução da ansiedade e esses resultados serão discutidos igualmente.

Assim como a aromaterapia foi eficaz para a redução da dor, também se mostrou eficiente para reduzir a ansiedade. Todos os trabalhos evidenciaram reações positivas em relação ao uso dos óleos essenciais.

Lamadah e Nomani (2016) observaram a ação do óleo essencial nas fases ativa e de transição do parto, comparando o nível de ansiedade antes e depois da sua aplicação. No momento anterior à aplicação, o grupo aromaterapia demonstrou um nível de ansiedade significativamente mais elevado que o grupo controle (55,7 versus 50,40) e após a aplicação observamos a reação inversa quando o nível de ansiedade reduziu nas duas fases do parto em comparação ao grupo controle.

Hamdamian *et. al.* (2018) em sua pesquisa também constatou melhora da ansiedade no grupo que recebeu aromaterapia, embora o autor tenha dado mais ênfase para os resultados de redução da dor.

Kheirkhah *et. al.* (2014) no seu estudo dividiu as mulheres em três grupos. O primeiro recebeu escalda-pés com inalação de aromaterapia. O segundo recebeu somente escalda-pés e o terceiro foi o grupo controle. Antes da intervenção o primeiro e segundo grupo possuíam o mesmo nível de ansiedade (1-6) e após a intervenção, o grupo 1, que recebeu inalação com óleo

essencial obteve score de 0-2 enquanto o grupo 2 permaneceu igual. O grupo controle demonstrou alto nível de ansiedade (8-10) em todas as fases.

No estudo de Fakari *et. al.* (2015) a aromaterapia foi eficaz para a redução da ansiedade, porém o score do grupo experimental não foi muito menor que o score do grupo controle ao final da pesquisa. Antes da intervenção, o grupo aromaterapia mostrou-se muito ansioso (56,75) em relação ao grupo controle (53,45) e após a intervenção, o nível de ansiedade do grupo que recebeu aromaterapia caiu para 52,73, pouco maior que o grupo controle no mesmo momento (52,31).

Fakari e Tabatabaeich também relataram redução do nível de ansiedade no grupo que recebeu óleo essencial.

Além da redução da dor e ansiedade, outros benefícios associados ao uso dos óleos essenciais também foram observados pelos autores. Uma parcela das gestantes que de alguma maneira receberam aromaterapia, não necessitaram de alívio da dor convencional. Burns *et. al.* (2000) percebeu que o uso dos óleos essenciais pareceu diminuir as solicitações para alívio da dor. 8% das nulíparas e 18% das múltiparas não necessitaram de alívio convencional da dor.

Pollard (2008) obteve resultados semelhantes em sua pesquisa com 196 mulheres das quais apenas quatro exigiram anestésico peridural e 42 mulheres não passaram por nenhuma intervenção ortodoxa para dor.

O estudo de Dhany, Mitchell e Foy (2012) apresentou resultados controversos. Enquanto as taxas de anestesia peridural, raqui-anestesia e anestesia geral diminuíram no grupo que fez uso da aromaterapia, esse mesmo grupo também apresentou taxas mais elevadas de analgesia por estimulação elétrica transcutânea, óxido nitroso e oxigênio em comparação com o grupo controle.

Em relação as taxas de cesariana, dois estudos comprovaram que a aplicação da aromaterapia também pode reduzir a chance de necessidade de cesariana. Pollard (2008) revelou que as cesarianas de emergência diminuíram significativamente. Raju e Singh (2014) também relataram que houve menos necessidade de cesariana no grupo experimental.

O estudo de Burns *et. al.* (2000) foi o único que evidenciou que a aromaterapia pode ter sido capaz de aumentar as contrações em mulheres com trabalho de parto disfuncional. Essa particularidade pode ter sido notada devido ao fato de esse ser o maior estudo encontrado, com um total de 8058 mulheres observadas.

Três estudos relacionaram a aromaterapia e a redução da duração das fases do parto normal. Abbaspoor e Mohammadk (2013) comparou as três fases do trabalho de parto em suas gestantes avaliadas e constatou que as duas primeiras fases duraram menos tempo em relação

ao grupo controle. Kaviani *et. al.* (2014a) também percebeu em sua pesquisa a redução das duas primeiras fases do trabalho de parto com o uso da aromaterapia. Raju e Singh (2014) também constatou que a duração do trabalho de parto foi menor no grupo experimental, porém não distinguiu em quais fases houve essa redução.

Burns *et. al.* (2007) evidenciou que a aromaterapia reduziu a taxa de internações de recém-nascidos em UTI neonatal. seis internações ocorreram no grupo controle enquanto nenhuma ocorreu no grupo que recebeu aromaterapia durante o parto.

O estudo de Raju e Singh (2014) foi o único que relatou redução de hemorragia pós-parto no grupo que recebeu aromaterapia, não tendo ocorrido nenhum episódio nesse grupo.

Alterações nos sinais vitais também foram observadas por alguns autores. Fakari *et. al.* (2015) notou que o grupo experimental obteve uma redução da pressão arterial sistólica. O mesmo autor em outro estudo, Fakari e Tabatabaeich (2015) percebeu que além da pressão arterial sistólica, também houve redução da frequência cardíaca.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou evidenciar que a aromaterapia tem se mostrado benéfica para o momento do parto das mulheres que a utilizam. Além da redução da percepção da dor fisiológica do parto, foi possível constatar a redução da ansiedade materna em relação ao momento do parto, fato que também contribui para o controle da dor em si.

Embora o objetivo principal trabalhado na presente revisão seja a dor do parto, foram encontrados diversos outros benefícios associados ao uso da aromaterapia no intraparto que merecem estudos mais aprofundados.

A aromaterapia é um método não farmacológico eficaz e de baixo custo, podendo ser associado a outros métodos afim de facilitar o parto natural proporcionando mais bem-estar e segurança a parturiente. A utilização de métodos não farmacológicos durante o parto resgata a autonomia da mulher e reduz a necessidade de intervenções farmacológicas convencionais.

No decorrer do estudo surgiram dificuldades na seleção de periódicos para o levantamento bibliográfico ocasionado pela escassez de pesquisas de campo direcionadas ao tema proposto. Foi identificada uma lacuna na produção científica nacional acerca do assunto. Logo, esse estudo traz como contribuição um novo leque de possibilidades para a gestante que possui o desejo de ter um parto natural e humanizado com redução da dor até um nível suportável, com equilíbrio e tranquilidade de maneira não farmacológica, favorecendo a autonomia e o bem-estar psicológico, promovendo satisfação e confiança no momento do parto.

Dada a evidência dos benefícios que a aromaterapia pode proporcionar, é necessário o incentivo a realização de mais estudos, sobretudo de caráter nacional e a divulgação do conhecimento referente as vantagens dos óleos essenciais. Faz-se necessário dar início a aplicabilidade da aromaterapia na assistência as gestantes, sobretudo as do SUS, trazendo todos esses benefícios para nossa realidade local.

REFERÊNCIAS

- ABBASPOOR, Z., MOHAMMADKHANI, L. S. Lavender aromatherapy massages in reducing labor pain and duration of labor: A randomized controlled trial. **African Journal of Pharmacy and Pharmacology**, v. 7 n. 8 p. 426-430. 2013.
- ALMEIDA, N. A. M. *et. al.* Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13 n. 1 p. 55. 2005.
- ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUSA, M. R. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16 n. 2 p. 2. 2012.
- ANDREI, P., PERES, A., COMUNE, D. Aromaterapia e suas aplicações. **Cadernos: Centro Universitário S. Camilo, São Paulo**, v. 11 n. 4 p. 57-68. 2005.
- BRASIL, Portaria nº 702 de 21 de março de 2018. Aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais, e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de março de 2018.
- BRASIL. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 abr. 2005.
- BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.
- BRASIL. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.
- BRASIL. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2 p. 135. 1991.
- BURNS, E. *et. al.* An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 6 n. 2 p. 141-147. 2000.
- BURNS, E. *et. al.* Aromatherapy in childbirth. A pilot randomized controlled trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 114 n. 7 p. 838-844. 2007.

- COFEN. Resolução COFEN 0500. Revoga a resolução Cofen 197 que reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.
- COFEN. Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 1997.
- COVIAN, M. R. Fisiopatogênese da dor. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 23 n. 3 p. 144-158. 1965.
- DACAL, M. P. O.; SILVA, I. S. impacto das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42 n. 118 p. 3. 2018.
- DHANY, A. L., MITCHELL, T., FOY, C. Aromatherapy and massage servise impacto on use of analgesia and anesthesia in woman in labor: A retrospective case note analysis. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 18 n. 10 p. 932-938. 2012.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et. al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde pública**, v. 30 n. 1 p. 101-116. 2014.
- FAKARI, F. R. *et. al.* Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: a Randomized Clinical Trial. **Journal of Caring Sciences**, v. 4 n. 2 p. 135-141. 2015.
- FAKARI, F. R., TABATABAEICHEHR M., MORTAZAVI, H. The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized clinical trial. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 20 n. 6 p. 661-665.2015.
- FARIA, R. M. O.; SAYD, J. D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte em Minas Gerais (1960-2001). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 8 p. 2-3. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/27.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2020.
- FIRMINO, K. C. *et. al.* Percepção da mulher frente a dor do parto. **Revista Ciência Plural**, vol. 6, n. 1, p. 91. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387/12531>. Acesso em: 15 de setembro de 2020.
- FREDDI, W. E. S. Preparo da gestante para o parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 26 n. 3 p. 109-120. 1973.
- GALLO, R. B. S. *et. al.* Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**, v. 39 n. 1 p. 42-48.

GNATTA, J. R. *et.al.* Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50 n. 1 p. 132. 2016.

GRUPO LASZLO. **Empório laszlo**, 2021. Aromatologia óleos essenciais. Disponível em: <https://www.emporiolaszlo.com.br/aromatologia/oleosessenciais.html>. Acesso em: 30 de abril de 2021.

HAMDAMIAN, S. *et.al.* Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. **Journal of Integrative Medicine**, v. 16 n. 2 p. 120-125.2018.

HODNETT E. D; OSBORN R. J. E. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. **Research in Nursing & Health**, v. 12 n. 5 p. 289–297. 1989.

JOSEPH, R. M.; FERNANDES, P. Effectiveness of jasmine oil massage on reduction of labor pain among primigravida mothers. **Nitte University Journal of Health Science**, v. 3 n. 4 p. 104-107. 2013

KAVIANI, M. *et. al.* Comparison of the effect of aromatherapy with Jasminum officinale and Salvia officinale on pain severity and labor outcome in nulliparous women. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 19 n. 6 p. 666-672. 2014.

KAVIANI, M. *et. al.* The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. **British Journal of Midwifery**, v. 22 n. 2 p. 124-128. 2014.

KHEIRKHAH, M. Comparing the Effects of Aromatherapy With Rose Oils and Warm Foot Bath on Anxiety in the First Stage of Labor in Nulliparous Women. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 16 n. 9 p. 1-5. 2014.

LAMADAH, S. M., NOMANI, I. The Effect of Aromatherapy Massage Using Lavender Oil on the Level of Pain and Anxiety During Labour Among Primigravida Women. **American Journal of Nursing Science**, v. 5 n. 2 p. 37-44. 2016.

LARA, S. R. G. *et. al.* Vivência de mulheres em trabalho de parto com o uso de essências florais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 12 n. 1 p. 2-163. 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7178/pdf_1. Acesso em: 30 de setembro de 2020.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9 n. 3 p. 90-94. 2001.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. **Revista Mineira de Enfermagem**, São Paulo, v. 10 n. 1 p. 2. 2006.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARGIS, *et. al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25 n. 1 p. 65-74. 2003.

- MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17 n. 4 p. 2-3. 2008.
- MOURA, F. M. J. S. P. *et. al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 60, n. 4, p. 1-2. 2007.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.
- NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23 n. 1 p. 6. 2016.
- NAMAZI, M. *et. al.* Effects of Citrus Aurantium (Bitter Orange) on the Severity of First-Stage Labor Pain. **Iranian Journal of Pharmaceutical Research**, v. 13 n. 3 p. 1011-1018. 2014.
- NARCHI N. Z.; CRUZ E. F.; GONÇALVES R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 4. p. 1060-1063. 2013.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR HOLISTIC AROMATHERAPY. **NAHA**, Exploring Aromatherapy. Disponível em: <https://naha.org/explore-aromatherapy>. Acesso em: 26 de abril de 2021.
- NETZEE. **Bellarome**, 2021. Óleos essenciais. Disponível em: <https://www.bellarome.com.br/oleos-essenciais>. Acesso em: 30 de abril de 2021.
- OSAVA, R. H. Assistência ao parto no Brasil: O lugar dos não médicos (tese). **Faculdade de Saúde Pública USP**, São Paulo. 1997.
- PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, vol. 61, n. 3, p. 382. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>. Acesso em: 11 de setembro de 2020.
- POLLARD, K. R. *et. al.* Introducing aromatherapy as a form of pain management into a delivery suite. **Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health**, v. 103 p. 12-16. 2008.
- PORTAL CLARET BRASIL. **Bíblia online-Editora Ave Maria**, 2021. Gênesis-capítulo3. Disponível em: <https://claret.org.br/biblia>. Acesso em: 18 de maio de 2021.
- POSSATI, A. B. *et. al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 4 p. 2. 2017.
- PRICE, Shirley. **Aromaterapia para doenças comuns**. São Paulo: Manole, 1999.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. Ed, Rio Grande do Sul: Feevale, 2013.

- RAJA, S. N. *et. al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts challenges and compromises. **The Journal of the International Association for the Study of Pain**, Vol. 00, n. 00, p. 2. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>. Acesso em: 12 de setembro de 2020.
- RAJU, J.; SINGH, M. Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Labour Pain and Duration of Labour among Primigravidas: A Pilot Study. **International Journal of Health Sciences and Research**, v. 4 n. 2 p. 124-128. 2014.
- RUSSO, J. *et. al.* Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **MANA: Estudos de Antropologia Social**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 2 p. 3. 2019.
- SMITH, M. C.; KYLE, L. Holistic Foundations of Aromatherapy for Nursing. **Holistic Nursing Practice**, v. 22 n. 1 p. 4-8. 2008.
- SRIASIH, N. G. K. *et.al.* The Effect of Massage Therapy Using Frangipani Aromatherapy Oil to Reduce the Childbirth Pain Intensity. **International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork**, v. 12 n. 2 p. 18-24. 2019.
- STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- TANVISUT, R., TRAIRISILP, K., TONGSONG, T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297 n. 5 p. 1145-1150.
- TELESI, E. J. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 30 n. 86 p. 2. 2016.
- TERRA FLOR AROMATERAPIA. **Terra flor aromaterapia**, 2021. Óleos essenciais. Disponível em: <https://terra-flor.com/categoria/oleos-essenciais/>. Acesso em: 30 de abril de 2021.
- VAHABI S, *et. al.* Effect of Aromatherapy with Rose Water on Pain Severity of Labor in Nulliparous Women: A Random Clinical Trial Study. **Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences**, v. 14 n. 12 p. 1049-1060. 2016.
- VAKILIAN, K., KERAMAT, A., GHARACHEH, M. Controlled Breathing With or Without Lavender Aromatherapy for Labor Pain at the First Stage: A Randomized Clinical Trial. **Crescent Journal of Medical and Biological Sciences**, v. 5 n. 3 p. 172-175. 2018.
- VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia**, vol. 16 n.1 p. 97-99. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731> Acesso em: 02 de outubro de 2020.

VIRTUALITI. **Oshadi**, 2021. Óleos essenciais. Disponível em: <https://oshadhi.com.br/oleos-essenciais.html>. Acesso em: 30 de abril de 2021.

YAZDKHASTI, M., PIRAK, A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 25 p. 81-86. 2016.