

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

GABRIEL LIMA GONÇALVES SALES

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO MANEJO DA DOR
ONCOLÓGICA**

São Cristóvão, SE

2026

GABRIEL LIMA GONÇALVES SALES

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial obrigatório para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Freire Abud

São Cristóvão, SE

2026

GABRIEL LIMA GONÇALVES SALES

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial obrigatório para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

São Cristóvão, 17 de julho de 2026

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.

Universidade

Prof. Dr.

Universidade

Prof. Dr.

Universidade

RESUMO

Introdução: O câncer é uma das principais causas de mortalidade no mundo e representa um desafio para saúde pública. A dor é um dos principais sintomas relatados pelos pacientes oncológicos e a American Pain Society reconheceu a dor como o quinto sinal vital, ou seja, a equipe de enfermagem tem papel fundamental no reconhecimento e manejo dessa dor. Diante disso, intervenções não farmacológicas para alívio da dor têm apresentado resultados significativos em pacientes oncológicos. **Objetivo geral:** Sintetizar as principais evidências sobre intervenções não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor em pacientes oncológicos. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática rápida, conduzida conforme recomendações do PRISMA 2020. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO e Cochrane Library, utilizando descritores controlados (DeCS/MeSH), palavras livres e os seguintes operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados publicados entre janeiro de 2015 e junho de 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, com texto completo disponível. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada pela escala PEDro e o risco de viés pela ferramenta Risk of Bias 2 (Rob 2). **Resultados:** Foram identificados 42 estudos, dos quais dois atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final, sendo um recuperado por busca manual. Ambos investigaram a reflexologia podal como intervenção não farmacológica realizada por profissionais capacitados. Os estudos demonstraram redução da intensidade da dor, além de benefícios sobre fadiga, qualidade do sono e náusea, sem relato de eventos adversos. A avaliação metodológica indicou qualidade satisfatória e julgamento de “algumas preocupações” quanto ao risco de viés. **Discussão:** Os achados corroboram com evidências recentes que apontam a reflexologia podal como uma prática integrativa promissora para o manejo da dor em pacientes com câncer. Contudo, a heterogeneidade dos protocolos de intervenção, a ausência de padronização na mensuração dos desfechos, o número reduzido de ensaios clínicos randomizados e limitações metodológicas, como dificuldades de cegamento, restringem a robustez das evidências disponíveis e dificultam comparações entre os estudos. **Conclusão:** A reflexologia podal apresentou resultados promissores como intervenção não farmacológica para o manejo da dor em pacientes oncológicos, contribuindo também para a redução de sintomas associados e para melhoria da qualidade de vida. Contudo, sua incorporação à prática assistencial deve ser fundamentada na atuação de profissionais capacitados e em evidências de maior qualidade científica, sendo necessária a realização de novos ensaios clínicos randomizados com protocolos padronizados e acompanhamento em longo prazo.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Manejo da Dor; Dor do Câncer; Enfermagem Oncológica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 — PICOT	16
QUADRO 2 —Estratégias de busca nas bases de dados.....	18
FIGURA 1 — Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado conforme <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> (PRISMA) de 2020.....	23
QUADRO 3 — Dados extraídos dos estudos selecionados. (Estudo 1).....	25
QUADRO 4 — Dados dos estudos selecionados. (Estudo 2).	27
QUADRO 5 — Características observadas nos estudos selecionados.....	29
QUADRO 6 — Avaliação do risco de viés utilizando a ferramenta <i>Risk of Bias 2</i> (Rob 2) para o estudo 1.	31
QUADRO 7 — Avaliação do risco de viés utilizando a ferramenta <i>Risk of Bias 2</i> (Rob 2) para o estudo 2.	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO	10
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR EM PACIENTE ONCOLÓGICO	12
3.3 MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO	13
4 MÉTODO	15
5 RESULTADOS	22
6 DISCUSSÃO	33
7 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de mortalidade no mundo, mesmo não sendo uma doença transmissível, é considerado um grave problema de saúde pública em diversos países e representa uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida (Sung *et al.*, 2021). No contexto da oncologia, os profissionais de enfermagem lidam diariamente com pacientes que enfrentam alterações físicas e emocionais decorrentes do tratamento oncológico, sendo a dor um dos sintomas mais frequentemente relatados (Paiva *et al.*, 2021).

A dor é um fenômeno subjetivo e individual, compreendido ao longo do tempo por diferentes dimensões: física, psíquica, social e espiritual. Quando essas dimensões são integradas, surge o conceito de "dor total", formulado por *Cicely Saunders*, considerada a fundadora dos cuidados paliativos modernos. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, a "dor total" amplia a compreensão do sofrimento vivenciado por pacientes oncológicos, ao incluir não apenas sintomas físicos, mas também aspectos emocionais, sociais e existenciais envolvidos no processo de adoecimento (Castro *et al.*, 2021; Floriani; Schramm, 2010).

Segundo o Consenso Nacional de Dor Oncológica (2011), a dor relacionada ao câncer pode ser atribuída a três causas principais: dores diretamente associadas ao tumor, dores indiretamente relacionadas ao tumor e dores decorrentes do tratamento antitumoral. Além dessas, alguns pacientes relatam dores sem relação com o câncer ou com a terapia antineoplásica. Em países em desenvolvimento, entre 21% a 43,6% dos pacientes obtém alívio parcial ou completo da dor, enquanto em países desenvolvidos, este percentual aumenta para 57,2% a 88% (Minson, 2011).

Na assistência de enfermagem a pacientes oncológicos, a dor representa um aspecto central para o desenvolvimento de um plano de cuidados eficaz. Desde 1996, a American Pain Society reconheceu a dor como o quinto sinal vital, promovendo sua avaliação rotineira por meio de escalas validadas, essa mudança valorizou o relato do paciente como "padrão ouro" no manejo da dor. Dessa forma, os cuidados de enfermagem para pacientes com câncer devem ser humanizados e

especializados, além dos medicamentosos, com estratégias que considerassem aspectos emocionais e psicossociais (Ciena *et al.*, 2008; Fortunato *et al.*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (2025), estimou que aproximadamente 90% dos pacientes oncológicos com dor poderiam ter esse sintoma controlado por meio de estratégias ou intervenções simples (World Health Organization, 2025). No entanto, apenas metade dessas pessoas buscam esse alívio (Cruz *et al.*, 2022). Entre os diversos sintomas que acometem pacientes com câncer, a dor se destaca por sua elevada prevalência, sendo referida entre 40% e 70% dos pacientes (Minson, 2011). Já o estudo de Snijders *et al.* (2023), revelou uma prevalência de 44,5% da dor presente nos pacientes com câncer e 54,6% dos que se encontram em fase terminal e metastático (Snijders *et al.*, 2023).

A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental na identificação e manejo da dor, porém enfrenta diversas situações estressantes, exaustivas, sobrecarga de trabalho, surgimento de novas tecnologias e, principalmente, desconhecimento. Com isso, percebe-se que avaliar e mensurar as particularidades da dor, assim como seus impactos físicos, emocionais e sociais, ainda constitui um desafio no contexto da enfermagem oncológica, dessa forma, destaca-se falta de protocolos que ajudam na realização dessas implementações de estratégias (Rennó; Campos, 2014; Waterkemper; Reibnitz; Monticelli, 2010).

O alívio da dor em paciente com câncer vai além do uso de medicamentos, como analgésicos contínuos. Diante disso, o uso de estratégias terapêuticas como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) adotadas para pacientes oncológicos demonstram eficácia expressiva para a redução da dor. Dentre essas medidas, pode-se citar a fitoterapia, hidroterapia, auriculoterapia, acupuntura, antroposofia, aromaterapia, massagem terapêutica, *reiki*, musicoterapia, quiropraxia, meditação, terapia floral, toque terapêutico, relaxamento e entre outras terapias oriundas da medicina oriental (Salles; Homo; Silva, 2014).

No Brasil, a busca pela integração dessas terapias resultou na publicação da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2006). A enfermagem destacou-se como uma das profissões pioneiras no reconhecimento e utilização dessas práticas no país. No entanto, sua implementação requer a avaliação e classificação adequadas da dor, bem como a

capacitação dos profissionais de enfermagem para a prestação de um cuidado humanizado e individualizado. Além disso, é fundamental considerar fatores patológicos e psicológicos, a postura do paciente diante do enfrentamento da doença, sua autonomia na tomada de decisão e outros aspectos que possam influenciar a experiência dolorosa e a efetividade do cuidado (Moura; Gonçalves, 2020; Salles; Homo; Silva, 2014; Stübe et al., 2015).

Embora a dor seja amplamente reconhecida como um sintoma prevalente entre pacientes oncológicos, ainda são escassos os estudos que investigam as intervenções não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor, configurando uma importante lacuna do conhecimento e limitando o aprimoramento da prática clínica e da qualidade do cuidado prestado. Diante disso, esse estudo busca sintetizar evidências sobre as principais estratégias e/ou intervenções não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem e sua eficácia no manejo da dor em pacientes oncológicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Sintetizar as principais evidências sobre estratégias ou intervenções não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor em pacientes oncológicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as principais intervenções não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor em pacientes com câncer;

Indicar a eficácia das estratégias/intervenções não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem no controle da dor oncológica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO

De acordo com a International Association for the Study of Pain (2020) a definição revisada sobre o conceito de dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”, sendo ela sempre uma experiência pessoal que pode ser influenciada por fatores psicológicos, biológicos e sociais (Raja *et al.*, 2020). Segundo Pasero; McCaffery (2001), a dor está presente de forma recorrente em diferentes contextos do cuidado em saúde e se manifesta desde o nascimento até o fim da vida. Em uma classificação inicial, segundo a sua duração, a dor pode ser caracterizada como aguda ou crônica (Pasero; McCaffery, 2001).

A dor aguda é compreendida como um mecanismo de alerta diante de ameaças físicas ou à vida, caracterizando-se por um início repentino, duração limitada ou desfecho previsível. Esse tipo de dor desencadeia reações que estimulam terminações nervosas ou nociceptores, conseqüentemente, repercute sintomas como o aumento da frequência cardíaca (taquicardia), da frequência respiratória (taquipneia) e da pressão arterial, além de agitações psicomotoras, sudorese e diminuição da saturação de oxigênio (Sallum; Garcia; Sanches, 2012). Essas reações preparam o organismo para enfrentar ou fugir da situação que causou essa dor aguda. No contexto oncológico, essa dor pode surgir durante o tratamento em decorrência de quimioterapia, radioterapia, cirurgia, biópsias e outros procedimentos, porém pacientes com câncer tendem a apresentar com maior frequência quadros de dor crônica (Pinheiro *et al.*, 2014).

Na dor crônica, ainda de acordo com Sallum; Garcia; Sanches (2012), a desesperança e estados depressivos acompanham sintomas que se caracterizam por uma duração superior a três meses. A dor crônica pode persistir mesmo após o tratamento da lesão ou na ausência de uma causa evidente, isso justifica a ausência de respostas neurovegetativas típicas, como na dor aguda (Sallum; Garcia; Sanches, 2012). Essa dor pode desencadear respostas reflexas de contração muscular, gerando isquemia dos tecidos que pode ocasionar em um ciclo de dor e tensão muscular (Pedrosa *et al.*, 2011).

A classificação neurofisiológica da dor fundamenta-se nos mecanismos responsáveis pela sua origem, essa pode se diferenciar entre dores nociceptivas e não-nociceptivas. A dor nociceptivas, classifica-se como somática ou visceral e decorre da ativação de receptores específicos da dor por processos inflamatórios, infecciosos, traumas, alterações estruturais ou destruição tecidual (Dubin; Patapoutian, 2010). De acordo Berlinck (1999), a dor somática provém de estímulos da pele, músculo, tendões, ossos e articulações, podendo ser aliviada com a redução de movimentos ou repouso. Enquanto que na dor visceral, é resultado da ativação de receptores de dor que se encontram nos órgãos internos do corpo, como bexiga urinária, vasos sanguíneos, intestinos, estômago, útero e outros (Berlinck, 1999). Essa dor se manifesta com a sensação de aperto, inflamação, isquemia e incluem situações como distensão provocada por impacto ou presença tumoral (Zakka; Teixeira; Yeng, 2013). Enquanto a dor não-nociceptiva está relacionada ao próprio sistema nervoso e não a um dano tecidual (Finnerup *et al.*, 2015).

No contexto oncológico, a dor oncológica se refere a qualquer manifestação dolorosa que ocorra associada com a enfermidade. Essa dor pode decorrer de diversos fatores ligados ao processo de adoecimento, como os efeitos colaterais oriundos das intervenções terapêuticas medicamentosas, a presença do tumor, a disseminação da doença através da metástase ou do surgimento de novos focos neoplásicos relacionados a recidivas (Freire *et al.*, 2018). Além disso, segundo Mendes *et al.*, (2014) a dor oncológica está presente ao longo do percurso da doença, sendo um dos elementos mais prejudiciais à qualidade de vida em pacientes oncológicos, principalmente em estágios mais avançados da patologia. Essa dor pode manifestar-se de diferentes formas, como provocando alterações no padrão de sono, sensação constante de cansaço, comprometimento de funcionalidade, instabilidade emocional, ansiedade, tendência ao isolamento social, entre outros (Mendes *et al.*, 2014).

No II Conselho Nacional de Dor Oncológica em 2011, houve destaque para o controle da dor como um componente essencial no tratamento oncológico. A adoção precoce de abordagens terapêutica e a prevenção da progressão da dor são estratégias fundamentais para um manejo adequado. Estima-se que no Brasil, a dor oncológica diretamente associada ao próprio câncer ocorra em aproximadamente 46% a 92% dos casos, as causas mais comuns incluem infiltração óssea por

metástases, comprometimento de órgãos internos ou invasão visceral, acometimento do sistema nervoso central ou periférico, além de lesões em tecidos moles (Minson, 2011).

Por outro lado, a dor relacionada ao tumor tem incidência entre 12% a 29% e pode ser provocada por condições como lesões por pressão, constipação intestinal e linfedema que, embora relacionadas ao câncer, expõem o paciente a quadros dolorosos. Já as dores decorrentes das intervenções antineoplásicas acometem de 5% a 20% dos pacientes, e correspondem as dores pós-radioterápicas, pós-operatórias e pós-quimioterapia. Ao passo que, dores referentes a doenças não causadas pelo câncer varia entre 8% a 22%, e pode estar relacionada a uma doença previamente existente ou surgir durante a progressão dela (Minson, 2011).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR EM PACIENTE ONCOLÓGICO

Durante a assistência de enfermagem tem sido valorizado o relato do paciente como o “padrão ouro” para a dor, principalmente, com o avanço da avaliação da dor como o quinto sinal vital e aplicação de escalas. Na oncologia, o cuidado é direcionado a aspectos como a administração de quimioterápicos durante o tratamento, manejo da dor e o suporte emocional ao indivíduo. Nesse contexto, o cuidado em oncologia exige tanto o conhecimento técnico especializado quanto uma abordagem humanizada por parte de toda equipe de enfermagem (Fortunato *et al.*, 2013).

A enfermagem tem o importante papel em identificar e reconhecer possíveis manifestações de dor, pois esse profissional permanece mais tempo junto ao paciente e pode contribuir com o conforto e alívio da dor. No entanto, essa tarefa torna-se desafiadora para o profissional da saúde, pois a dor pode se expressar através de choro, gemidos, agitação, tremores, alteração nos sinais vitais ou manifestações verbais. Porém, a ausência desses fatores não necessariamente indica que o paciente não está com dor, pois alguns indivíduos podem desenvolver um alto grau de autocontrole ou suprimir emoções, dificultando a identificação dessa dor (Bottega; Fontana, 2010).

Dessa forma, segundo Costa *et al.*, (2017), a dor deve ser entendida como uma vivência complexa e multidimensional, uma vez que, a avaliação e a assistência não devem apenas contemplar o desconforto físico, mas também os aspectos cognitivos e emocionais (Costa *et al.*, 2017). Portanto, a compreensão dos sintomas deve considerar quatro dimensões: física, psíquica, social e espiritual, compondo a denominada como “dor total” (Phenwan, 2018).

Com isso, o profissional de enfermagem deve realizar uma coleta sistemática de dados que permitam planejar uma assistência individualizada eficaz e uma intervenção adequada para o alívio da dor, bem como o monitoramento contínuo da resposta ao tratamento instituído. A localização dessa dor pode ser avaliada solicitando ao indivíduo que descreva o local ou sinalize em um esquema corporal e o nível da dor, como a Escala Visual Analógica (EVA) (Bottega; Fontana, 2010; Hercos *et al.*, 2014).

Um outro tipo de mensuração é a escala numérica de 0 a 10, onde o paciente relata em que nota à sua dor se encontra, sendo zero “dor ausente” e 10 “dor intensa”. Enquanto, em uma terceira escala pode-se realizar um questionário onde questiona-se ao paciente se a dor está ausente, média, moderada, severa ou intolerável. E por último, uma que é negligenciada pelos profissionais que é a expressada pelo paciente por palavras ou símbolos (Bottega; Fontana, 2010; Hercos *et al.*, 2014).

3.3 MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO

De acordo com Bottega; Fontana (2010), a tomada de decisão pela equipe de enfermagem abrange aspectos coletivos, recursos existentes, realidade institucional em que está inserido, competência técnica e científica do enfermeiro. A estratégia para o manejo da dor não deve ser decidida de forma isolada, mas sim em conjunto com as percepções, valores e preferências do paciente para promover sua participação ativa no cuidado (Bottega; Fontana, 2010).

Com isso, a participação do paciente oncológico quanto à utilização de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) terá a finalidade de auxiliar na manutenção a saúde sendo coadjuvante ao tratamento farmacológico, autonomia do paciente e

relação terapêutica do profissional com o usuário. Ademais, as PICS não são mais uma opção no cuidado e prática de saúde, mas também um direito de todos em serviços públicos, após a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 instituir a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Magalhães; Alvim, 2013; Saúde (MS), 2006).

Diante disso, diversas PICS são utilizadas para alívio da dor na oncologia, destaca-se o uso da acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, *reiki*, homeopatia, massagem terapêutica, musicoterapia, reflexologia podal, entre outros (Moura; Gonçalves, 2020). Contudo, a implementação das PICS ainda é pouco observada na prática cotidiana, pois há uma hegemonia do modelo biomédico no ambiente hospitalar, predomínio das terapias farmacológicas, recursos materiais insuficientes e falta de programas de educação permanente para os profissionais da enfermagem (Pereira *et al.*, 2015; Waterkemper; Reibnitz; Monticelli, 2010).

A acupuntura e a massagem terapêutica podem ser intervenções mais econômicas e eficazes no alívio da dor, melhora da fadiga e insônia em paciente oncológicos com estágios iniciais ou em cuidados paliativos (Epstein *et al.*, 2023; Faria *et al.*, 2024). Ademais, a musicoterapia pode melhorar a qualidade de vida, ansiedade, depressão e dor em pacientes com câncer com sessões, enquanto a aromaterapia tem apresentado efeitos positivos como método não farmacológico para alívio da dor, porém mais pesquisas precisam ser realizadas com essa intervenção isoladamente (Kang; Lee; Kim, 2024; Li *et al.*, 2020).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática rápida da literatura desenvolvida com o objetivo de sintetizar criticamente as evidências científicas disponíveis sobre o tema investigado. Esse método utiliza informações de evidências relevantes para atender demandas e agilizar tomadas de decisões na saúde. Embora o registro prévio em plataformas como o PROSPERO seja recomendado para aumentar a transparência e reduzir o risco de viés, ele não constitui requisito obrigatório para realização de revisões sistemáticas rápidas (Evidências, 2022; Garritty *et al.*, 2021). Essa revisão foi conduzida e relatada conforme as recomendações da declaração PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) que foi desenvolvido com foco em revisões sistemáticas que analisam os efeitos de intervenções na área da saúde, sendo aplicável a diferentes tipos de delineamentos metodológicos dos estudos incluídos (Page *et al.*, 2021).

4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para formular a questão da pesquisa e estruturar os critérios de elegibilidade dessa revisão, utilizou-se o modelo PICOT (QUADRO 1). Nesse contexto, a População (P) corresponde aos pacientes com diagnóstico de câncer; a Intervenção (I) se refere às estratégias e/ou intervenções não farmacológicas realizadas por profissionais da enfermagem para o manejo da dor; o Comparador (C) não se aplica, uma vez que a pesquisa não se restringe a estudos comparativos, o Desfecho (O) está relacionado à eficácia dessas intervenções não farmacológicas, e o tipo de estudo (T) corresponde aos ensaios clínicos controlados e randomizados. Portanto, o presente estudo tem como pergunta norteadora: Quais são as estratégias e/ou intervenções não farmacológicas utilizadas por profissionais de enfermagem para o manejo da dor em pacientes oncológicos e quais os efeitos dessas intervenções no alívio da dor?

QUADRO 1 — PICOT

Elemento	Relacionado
P (População)	Pacientes oncológicos (qualquer faixa etária e gênero);
I (Intervenção)	Estratégias e/ou intervenções não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem para o manejo da dor;
C (Comparação)	Não aplicável;
O (Desfecho)	Alívio ou controle da dor;
T (Tipo de estudo)	Ensaios clínicos controlados randomizados;

Assim, foram utilizados como critérios de inclusão, estudos clínicos randomizados que abordam intervenções e/ou estratégias não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor em pacientes oncológicos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com o corte temporal de janeiro de 2015 a junho de 2025, com texto completo e disponível na íntegra. Foram excluídos estudos e séries de casos, editoriais, cartas ao editor, comentários, revisões (narrativas, integrativas, de escopo e sistemáticas), estudos observacionais (estudos transversais, caso-controle, coortes prospectivas ou retrospectivas, ou aninhados), relatos de experiência, dissertações, teses, resumos de eventos e publicações que não abordam a temática da pesquisa.

4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Para a construção das estratégias de busca, foram utilizados os vocabulários da DeCS/MESH (Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings), com o objetivo de garantir padronização e precisão nas diferentes bases de dados. Os descritores identificados foram: “Cuidados de Enfermagem” (Nursing Care), “Manejo da Dor” (Pain Management), “Dor do Câncer” (Cancer Pain), “Dor” (Pain), “Enfermagem Oncológica” (Oncology Nursing) e “Terapias Complementares” (Complementary Therapies). Ademais, foram utilizadas palavras livres para expansão dos achados, como: “non-pharmacological intervention”, “nonpharmacological intervention” e “nurse”. Além disso, utilizou-se os operadores booleanos AND e OR para as estratégias de busca nas seguintes bases de dados: PubMed/MEDLINE, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health

Literature), LILCAS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Cochrane Library. As estratégias de busca utilizadas nas bases de dados estão organizadas no Quadro 2, como consta a seguir.

Além disso, foi utilizado o fluxograma do PRISMA 2020 para orientar o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. Complementarmente à busca eletrônica realizada nas bases de dados selecionadas, procedeu-se à busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos e de artigos relacionados identificados durante o processo de seleção, com o objetivo de localizar publicações potencialmente relevantes que não haviam sido recuperadas pela estratégia de busca inicial. A fim de garantir o rigor metodológico, os estudos identificados por meio desse método foram submetidos aos mesmos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para os demais estudos da revisão.

QUADRO 2 —Estratégias de busca nas bases de dados

Estratégia de pesquisa	Base de dados	Resultado total
(("Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing Care"[Title/Abstract] OR "Oncology Nursing"[MeSH Terms] OR "Oncology Nursing"[Title/Abstract])) AND ("Pain Management"[MeSH Terms] OR "Pain Management"[Title/Abstract]) AND ("Cancer Pain"[MeSH Terms] OR "Cancer Pain"[Title/Abstract] OR " Pain"[Title/Abstract]) AND ("Complementary Therapies"[MeSH Terms] OR "Complementary Therapies"[Title/Abstract])	PubMed/MEDLINE	02
(MH "Oncology Nursing" OR MH "Nursing Care" OR TI nurs* OR AB nurs*) AND (MH "Cancer Pain" OR TI "cancer pain" OR AB "cancer pain") AND (MH "Complementary Therapies" OR TI "complementary therap*" OR AB "complementary therap*" OR TI "nonpharmacological intervention*" OR AB "nonpharmacological intervention*" OR TI "non-pharmacological intervention*" OR AB "non-pharmacological intervention*")	CINAHL	06
((mh:"Cuidados de Enfermagem" OR tw:"Cuidados de Enfermagem" OR mh:"Enfermagem Oncológica" OR tw:"Enfermagem Oncológica" OR tw:"Nursing Care" OR tw:"Oncology Nursing")) AND (mh:"Manejo da Dor" OR tw:"Manejo da Dor" OR tw:"Pain Management") AND (mh:"Dor do Câncer" OR tw:"Dor do Câncer" OR tw:"Cancer Pain") AND (mh:"Terapias Complementares" OR tw:"Terapias Complementares" OR tw:"Complementary Therapies")	LILACS	17
(nursing care OR Oncology Nursing OR Cuidados de Enfermagem) AND (Pain Management OR Dor	SciELO	15

Estratégia de pesquisa	Base de dados	Resultado total
do Câncer OR Cancer Pain) AND (Terapias Complementares OR Complementary Therapies)		
(("Nursing Care" OR "Oncology Nursing"):ti,ab,kw) AND ("Pain Management":ti,ab,kw) AND ("Cancer Pain":ti,ab,kw) AND ("Complementary Therapies":ti,ab,kw)	Cochrane Library	02

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os estudos foram selecionados de forma independente por um dos revisores e, posteriormente, avaliados em conjunto por ambos os revisores. O fluxo de seleção seguiu a seguinte ordem: leitura dos títulos e verificação da data de publicação para identificação e exclusão de estudos duplicados; análise dos títulos e dos resumos para avaliação da adequação da conformidade com os critérios de elegibilidade, especialmente em relação à população de interesse; e, por fim, leitura dos artigos na íntegra.

A extração dos dados dos estudos incluídos foi realizada de forma independente por um dos revisores, utilizando-se um formulário com três seções (A, B e C), elaborado para sistematizar a coleta das informações pertinentes aos artigos selecionados para a revisão.

- Seção A: Informações gerais do artigo (título do artigo, número do estudo, autores, base de dados, periódico, ano de publicação);
- Seção B: Características metodológicas do artigo (tipo de estudo, amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão, local de realização do estudo, instrumentos utilizados para mensuração da dor);
- Seção C: Características da Intervenção/estratégia não farmacológica empregada pela equipe de enfermagem para alívio da dor, a saber: tipo, duração, objetivo, descrição detalhada e resultados observados.

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foi utilizada a escala PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*), pois é considerada adequada para avaliação de estudos com ensaios clínicos em revisões sistemáticas (Maher *et al.*,

2003). A pontuação varia de 0 a 10 em uma escala que apresenta 11 critérios, dos quais são pontuados aspectos como randomização, comparabilidade, ocultação da alocação, cegamento, análise por intenção de tratar, comparabilidade inicial dos grupos, descrição adequada dos resultados, entre outros (“PEDro scale”, [S.d.]). A escolha da escala PEDro justifica-se por sua aplicabilidade e praticidade para avaliação da metodologia que envolvem ensaios clínicos randomizados.

O formulário foi previamente testado por ambos os revisores em três estudos selecionados, com o objetivo de identificar a necessidade de ajustes e adequações antes de sua aplicação aos demais estudos incluídos na revisão. Após essa etapa, os dados foram extraídos foram organizados e armazenados adotando o software Zotero, que possibilita o gerenciamento das referências bibliográficas, o registro das fontes consultadas, a geração de citações conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e a organização das informações para síntese dos estudos selecionados.

As informações extraídas foram organizadas nas seguintes categorias: título do artigo, autores, base de dados, intervenção ou estratégia não farmacológica utilizada para o manejo da dor, instrumentos ou técnicas empregados, duração e frequência da intervenção, profissional de enfermagem responsável pela intervenção, indicadores utilizados para avaliação da dor e resultados observados.

4.5 RISCO DE VIÉS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Durante a síntese dos estudos selecionados, foi utilizada a ferramenta Risk Of Bias 2 (RoB 2), recomendada pela Cochrane para ensaios clínicos randomizados. Essa ferramenta avalia cinco domínios principais: 1^a) Viés decorrente do processo de randomização; 1^b) Viés decorrente do momento de identificação ou recrutamento dos participantes em um ensaio clínico randomizado por conglomerados; 2^a) Viés por desvios da intervenção planejada; 3^a) Viés devido a dados de desfecho incompleto; 4^a) Viés na mensuração do desfecho; 5^a) Viés na seleção do resultado reportado.

As perguntas de cada domínio são respondidas com as seguintes opções: “Sim”, “Provavelmente sim”, “Provavelmente não”, “Não” ou “Nenhuma informação”. Ao final, cada domínio é classificado como “baixo risco de viés”, “algumas preocupações” ou “alto risco de viés” (Eldridge *et al.*, 2019). A aplicação do RoB 2 foi

realizada de forma independente por um revisor e os resultados dessa análise foram apresentados em forma de quadro com a classificação e justificativa recebida para cada domínio.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo que não envolve diretamente seres humanos, dados de prontuários ou quaisquer outras informações além daquelas disponíveis em bases de dados de domínio público, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada, em conformidade com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

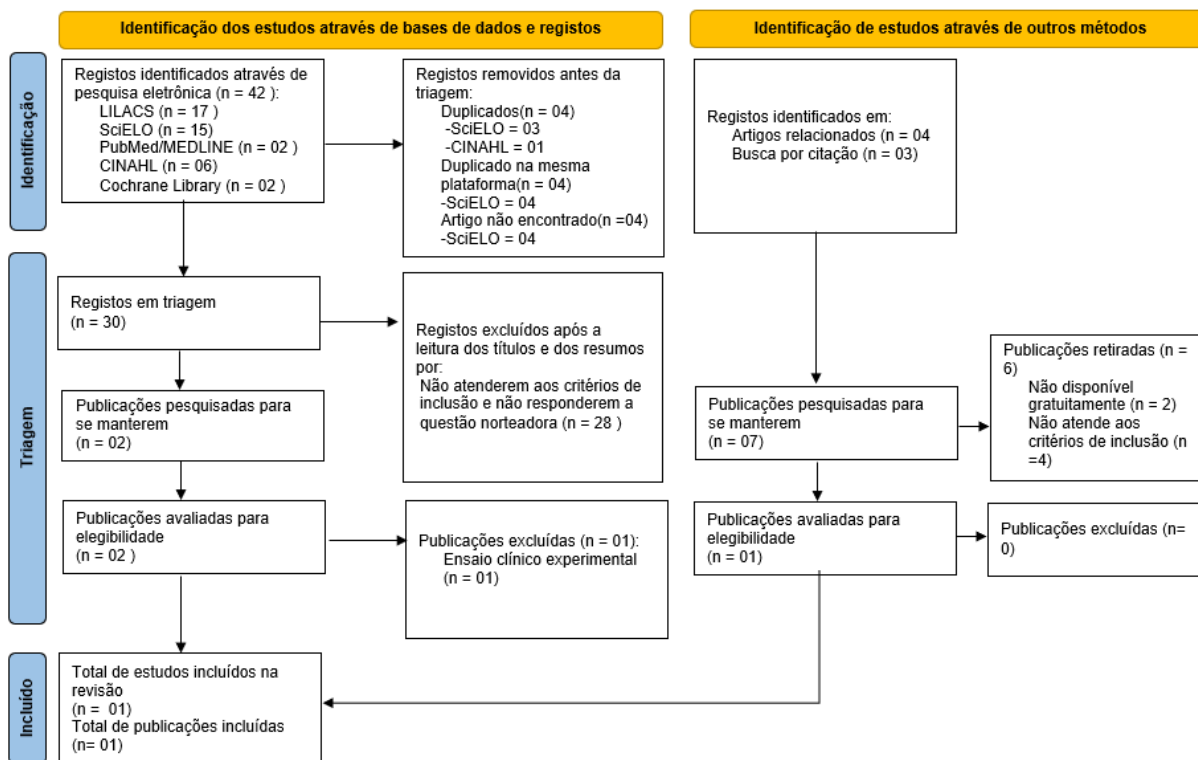
5 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou na identificação de 42 estudos. Após a remoção de oito registros duplicado, sendo quatro duplicados na mesma base de dados e quatro identificados em bases distintas, bem como a exclusão de quatro artigos devido à indisponibilidade do texto completo, permaneceram 30 estudos para a etapa triagem.

Na etapa de seleção, 28 estudos foram excluídos após a leitura dos títulos e resumos por não atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dessa forma, dois estudos foram selecionados para leitura na íntegra e avaliação quanto aos critérios de elegibilidade. Após essa etapa, um artigo foi excluído por apresentar delineamento metodológico incompatível com os critérios definidos para a revisão, resultando na inclusão de um estudo na amostra final.

Além da busca nas bases de dados, foi realizada uma busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados para leitura na íntegra e de artigos relacionados identificados durante o processo de seleção, resultando na identificação de sete publicações. Destas, duas foram excluídas por indisponibilidade do texto completo em acesso gratuito e quatro por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. Assim, um estudo foi incluído por meio da busca manual, totalizando dois estudos na amostra final da presente revisão. O processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos está detalhado no fluxograma PRISMA (Figura 1).

FIGURA 1 — Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado conforme *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) de 2020.



Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

Os artigos selecionados foram publicados entre 2019 e 2022, ambos investigaram a reflexologia podal como intervenção não farmacológica para o manejo da dor em pacientes oncológicos. Embora tenha sido conduzido em diferentes países e incluído populações distintas, ambos utilizaram protocolos de reflexologia aplicados por profissionais capacitados e avaliaram a dor por meio de instrumentos validados. Além da dor, foram investigados outros desfechos clínicos, como náusea, fadiga e qualidade do sono. Ambos os estudos demonstraram efeitos favoráveis da reflexologia podal no controle da dor, sem relato de eventos adversos relacionados à intervenção.

Os artigos foram submetidos a escala de avaliação da qualidade metodológica PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*), o estudo 1 (QUADRO 3), pontuou 6 de 10, dos quais o cegamento dos terapeutas, dos participantes, o sigilo da alocação e a análise por intenção de tratar foram pontos metodológicos não apresentados. Enquanto o estudo 2 (QUADRO 4), pontuou 7 de 10, dos quais o cegamento dos terapeutas, dos participantes e a análise por intenção de tratar foram os pontos metodológicos não mencionados.

QUADRO 3 — Dados extraídos dos estudos selecionados. (Estudo 1).

Seção A	Informações gerais
Título do artigo	Foot Reflexology: An Intervention for Pain and Nausea Among Inpatients with Cancer
Número do estudo	Estudo 1.
Autores	Anderson, D.; Downey, M.
Base de dados	PubMed.
Periódico	<i>Clinical Journal of oncology nursing (CJON)</i> .
Ano de publicação	2022.
Seção B	Características metodológicas
Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado (RCT).
Amostra	40 participantes oncológicos internados (20 do grupo controle e 20 do grupo intervenção).
Critérios de inclusão	Intervenção sob cuidado de um oncologista, idade maior ou igual a 18 anos, capacidade de falar e ler inglês, capacidade de fornecer consentimento informado, capacidade de compreender os questionários antes e pós intervenção, disposição para completar sessão de reflexologia de 20-25 minutos sem receber medicação para dor ou náusea durante a sessão, contagem de plaquetas maior ou igual a 50.000/mcl ou aprovação médica, presença atual de dor e/ou náusea.
Critérios de exclusão	Uso de bomba de analgesia controlada pelo paciente, cirurgia ginecológica durante a internação atual, feridas abertas nos pés, cirurgia recente nos pés, lesão aguda nos pés, presença conhecida de trombo em membros inferiores.
Local de realização do estudo	Unidade de oncologia do St. Luke's Health System, Idaho. Estados Unidos.
Instrumentos utilizados para mensuração da dor	Escala Visual Analógica (VAS) e Wong-Baker FACES Pain Rating Scale.
Seção C	Características da Intervenção
Tipo de intervenção não farmacológica utilizada	Reflexologia podal.

Seção C	Características da Intervenção
Descrição detalhada da Intervenção não farmacológica	Sessão de reflexologia podal por enfermeira treinada e certificada. Utilizou técnicas do método Ingham, incluindo <i>thumb and finger walking</i> , <i>hooking in and backing up</i> e <i>rotation on the point</i> . Foram estimulados reflexos relacionados ao plexo solar, diafragma, pulmões, esôfago, tireoide, hipófise, estômago, fígado, adrenais e vesícula biliar. Aplicação em quarto privativo com pressão leve a moderada.
Duração da intervenção	Uma única sessão de 20 a 25 minutos.
Objetivo da intervenção	Avaliar o impacto da reflexologia podal administrada por uma enfermeira treinada sobre dor e náusea em pacientes oncológicos internados, comparando-a aos cuidados tradicionais de enfermagem isoladamente.
Resultados observados	Houve redução significativa da dor no grupo intervenção em comparação ao grupo controle. Os escores médios de dor diminuíram de 4,0 para 1,6 após a intervenção. A náusea também apresentou redução 2,2 para 0,8. Porém, sem significância estatística. Nenhum efeito adverso relevante foi relatado.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

QUADRO 4 — Dados dos estudos selecionados. (Estudo 2).

Seção A	Informações gerais
Título do artigo	The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: A clinical trial
Número do estudo	Estudo 2.
Autores	Rambod, M.; Paysar, N.; Shamsadini, M.
Base de dados	CINAHL.
Periódico	<i>European Journal of Oncology Nursing</i> .
Ano de publicação	2019.
Seção B	Características metodológicas
Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado (RCT) com randomização em blocos (<i>block randomization</i>).
Amostra	72 pacientes portadores de linfoma (36 no grupo intervenção e 36 no grupo controle).
Critérios de inclusão	Diagnóstico de linfoma, maior ou igual a 18 anos de idade, compreender e falar persa e concordar em participar da pesquisa.
Critérios de exclusão	Uso de medicamento para dormir, úlceras infecciosas ou hemorrágicas nos membros inferiores, intolerância à reflexologia, deficiências físicas, transtornos mentais que impedissem o autocuidado, problemas de tireoide, epilepsia, diabetes, gota, distúrbios circulatórios nos pés.
Local de realização do estudo	Três enfermarias de hematologia e oncologia do Hospital Nemazee, afiliadas a Universidade de Ciências Médicas de Shiraz, no Irã.
Instrumentos utilizados para mensuração da dor	Escala numérica da Dor (0 a 10).
Seção C	Características da Intervenção
Tipo de intervenção não farmacológica utilizada	Reflexologia podal.

Seção C	Características da Intervenção
Descrição detalhada da intervenção não farmacológica	A reflexologia foi aplicada por enfermeiros e um reflexologista certificados. O paciente permanecia deitado em ambiente tranquilo com pernas e pés elevados. Foram utilizadas técnicas de sustentação, pressão, deslizamento, alongamento e rotação. Os pontos estimulados estavam relacionados ao sono, fadiga e dor (hálux do pé, plexo solar, coluna cervical, torácica, lombar, sacro, joelhos, pernas, ombros, braços e nervo ciático). Utilizou-se óleo de amêndoas doces para aquecimento dos pés antes da aplicação.
Duração da intervenção	30 minutos por sessão (15 minutos em cada pé), uma vez ao dia, durante 5 dias consecutivos, às 16h.
Objetivo da intervenção	Avaliar o efeito da reflexologia podal sobre a fadiga, a dor e a qualidade do sono em pacientes com linfoma. Assim, verificando se essa terapia não farmacológica poderia reduzir esses sintomas associados ao câncer.
Resultados observados	Após a intervenção, houve redução significativa da fadiga e da dor e melhora pontual da qualidade do sono no grupo intervenção em comparação ao grupo controle. A intensidade da dor diminuiu de 3,83 para 2,72 no grupo intervenção, enquanto aumentou para 4,33 no grupo controle. A fadiga também reduziu e os escores de qualidade do sono melhoraram após a reflexologia. Nenhum efeito adverso foi relatado pelos pacientes.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

Os artigos selecionados foram sintetizados com o objetivo de organizar as informações referentes às intervenções avaliadas. Para isso, foram extraídas as seguintes variáveis: título do artigo, autores, base de dados, intervenção não farmacológica aplicada técnica empregada durante a intervenção, duração da intervenção, profissional da equipe de enfermagem responsável pela sua aplicação, instrumentos utilizados para avaliação da dor antes e após a intervenção e os resultados observados (QUADRO 5).

QUADRO 5 — Características observadas nos estudos selecionados.

Nome do artigo	Autores	Base de dados	Estratégia utilizada	Instrumento ou técnica utilizada	Duração da intervenção	Profissional da enfermagem responsável	Ferramenta de avaliação da dor	Resultado
Foot Reflexology: An Intervention for Pain and Nausea Among Inpatients with Cancer	Anderson, D.; Downey, M.	PubMed	Reflexologia podal com luz média em sala privada.	Técnicas do método Ingham, incluindo <i>thumb and finger walking, hooking in and backing up e rotation on the point.</i>	Sessão única de 20 a 25 minutos.	Enfermeiras treinadas e certificadas.	Escala Visual Analógica (VAS) e Wong-Baker FACES <i>Pain Rating Scale</i> .	Redução significativa da dor no grupo de intervenção. Os escores médios de dor diminuíram de 4,0 para 1,6 após a intervenção.
The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: A clinical trial	Rambod, M.; Paysar, N.; Shamsadini, M.	CINAHL	Reflexologia podal com paciente deitado em ambiente tranquilo com pernas e pés elevados.	Foram utilizadas técnicas de sustentação, pressão, deslizamento, alongamento e rotação. Utilizou-se óleo de amêndoas doces para aquecimento dos pés antes da aplicação.	30 minutos total (15 minutos cada pé), uma vez ao dia, durante 5 dias consecutivos.	Pelo autor e enfermeiras treinadas e certificadas.	Escala numérica da Dor (0 a 10).	A reflexologia podal reduziu significativamente a intensidade da dor em pacientes com linfoma.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

A avaliação do risco de viés dos estudos incluídos, realizada por meio da ferramenta *Risk Of Bias 2* (RoB 2), demonstrou que ambos receberam julgamento global de “algumas preocupações”. Os estudos apresentaram baixo risco de viés nos domínios relacionados ao processo de randomização e aos dados ausentes dos desfechos. As principais diferenças foram observadas nos domínios referentes à mensuração dos desfechos e à seleção dos resultados reportados, nos quais um dos estudos apresentou avaliações mais favoráveis em determinados domínios, porém isso não alterou o julgamento global.

O Quadro 6 e o Quadro 7, apresentam de forma detalhada, os julgamentos atribuídos a cada domínio para o estudo 1 e estudo 2, respectivamente, bem como as justificativas para os estudos incluídos na revisão.

QUADRO 6 — Avaliação do risco de viés utilizando a ferramenta *Risk of Bias 2* (Rob 2) para o estudo 1.

Nome do artigo	Domínio	Julgamento	Justificativa
Foot Reflexology: An Intervention for Pain and Nausea Among Inpatients with Cancer	D1. Viés decorrente do processo de randomização	Baixo risco de viés	Os participantes foram randomizados por sorteio (“ <i>Random drawing</i> ”) após consentimento. Embora a ocultação da alocação não seja detalhada, não há evidências de problemas no processo de randomização.
	D2. Viés devido a desvios das intervenções pretendidas	Algumas preocupações	Os participantes sabiam se estavam recebendo reflexologia ou apenas cuidados habituais. Os próprios autores reconhecem possível <i>expectancy bias</i> . Entretanto, não houve desvios importantes do protocolo e todos completaram a intervenção conforme planejado.
	D3. Viés devido a dados ausentes dos desfechos	Baixo risco de viés	Todos os 40 participantes concluíram a intervenção, ou seja, não houve perdas de dados.
	D4. Viés na mensuração do desfecho	Algumas preocupações	O desfecho foi autorreferido (VAS e Wong-Baker), como os participantes conheciam sua alocação, suas respostas podem ter sido influenciadas pelas expectativas em relação a reflexologia. Contudo, os autores tentaram minimizar esse efeito saindo da sala durante o preenchimento dos questionários.
	D5. Viés na seleção do resultado reportado	Algumas preocupações	O artigo não menciona registro prévio do protocolo nem plano de análise estatístico publicado previamente.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

QUADRO 7 — Avaliação do risco de viés utilizando a ferramenta *Risk of Bias 2* (Rob 2) para o estudo 2.

Nome do artigo	Domínio	Julgamento	Justificativa
The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: A clinical trial	D1. Viés decorrente do processo de randomização	Baixo risco de viés	Foi utilizada randomização em blocos (<i>block randomization</i>), gerada por <i>software</i> específico. A sequência foi coletada em envelopes numerados e abertos após a inclusão dos participantes.
	D2. Viés devido a desvios das intervenções pretendidas	Algumas preocupações	Os participantes tinham conhecimento se estavam recebendo reflexologia ou apenas cuidados habituais, pois não houve intervenção placebo ou reflexologia simulada. Porém, ambos os grupos receberam cuidados rotineiros hospitalares e não foram relatados desvios relevantes do protocolo.
	D3. Viés devido a dados ausentes dos desfechos	Baixo risco de viés	Todos os 72 participantes completaram o estudo e tiveram seus dados analisados. Não houve perda de seguimento.
	D4. Viés na mensuração do desfecho	Baixo risco de viés	A coleta dos desfechos foi realizada por um assistente de pesquisa cego à alocação dos participantes. Ademais, o avaliador dos resultados permaneceu cego até a conclusão das análises.
	D5. Viés na seleção do resultado reportado	Baixo risco de viés	O estudo foi registrado previamente no <i>Iranian Registry of Clinical Trials</i> (IRCT), antes do início da coleta de dados. Assim, reduzindo o risco de relato seletivo dos resultados.

Fonte: Elaboração própria a partir dos estudos selecionados na revisão sistemática.

6 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sistemática rápida demonstraram que a reflexologia podal é uma técnica terapêutica que apresentou efeitos favoráveis na redução da dor em pacientes oncológicos. Ernst (2019) e Keet (2022) discutem a eficácia da reflexologia em diferentes condições de intervenção, inclusive relacionadas ao manejo da dor. Esses achados corroboram a revisão sistemática conduzida por Klaus *et al.* (2024), que evidenciou resultados favoráveis ao uso da reflexologia para alívio da dor em pacientes com câncer. Da mesma forma, a meta-análise realizada por Yeun, Kwak e Kim (2021), identificou um efeito significativo da reflexologia podal sobre a intensidade da dor, reforçando seu potencial como terapia complementar no cuidado oncológico.

Além da redução da dor, os estudos incluídos indicaram que a reflexologia podal pode atuar em outros sintomas comuns em pacientes oncológicos. Resultados semelhantes foram descritos na meta-análise de Yeun, Kwak e Kim (2021), que evidenciou efeitos positivos da reflexologia podal sobre a fadiga e a qualidade do sono, mas não encontrou evidências suficientes para confirmar sua eficácia na redução de náuseas e vômitos. De forma semelhante, Klaus *et al.* (2024) destacam que, apesar dos resultados promissores da reflexologia no manejo de múltiplos sintomas relacionados ao câncer, as evidências referentes ao controle da náusea ainda permanecem sem conclusão definitiva devido aos diferentes protocolos utilizados e das populações estudadas.

Os estudos utilizaram diferentes protocolos para aplicação da intervenção, mas ambos obtiveram resultados positivos para redução da dor. Esse achado está em consonância com Embong *et al.* (2015), pois esses destacam que diferentes escolas de reflexologia coexistem na prática clínica, compartilhando os mesmos princípios terapêuticos, porém utilizando técnicas distintas de estimulação dos pontos reflexos. Assim, os autores destacam que embora ainda não exista um consenso sobre um protocolo padronizado para pacientes oncológicos, os resultados disponíveis sugerem que diferentes formas de aplicação da reflexologia podal podem proporcionar benefícios clínicos semelhantes.

Outro aspecto relevante observado se refere à segurança da reflexologia podal durante sua aplicação em pacientes oncológicos. Nenhum dos estudos

incluídos relatou eventos adversos relacionados à intervenção, evidenciando que a técnica é tolerada pelos participantes quando realizada por profissionais capacitados. Esses resultados corroboram com Klaus *et al.* (2024) que também não identificaram danos importantes associados à reflexologia. De forma semelhante, Unlu, Kirca e Ozdogan (2018) afirmam que a reflexologia apresenta baixo risco de efeitos adversos e pode atuar como uma possível prática integrativa no cuidado ao paciente com câncer, portanto que não substitua as terapias convencionais. Nesse contexto, a incorporação da reflexologia podal na assistência de enfermagem pode ampliar as intervenções não farmacológicas para manejo dos sintomas em pacientes oncológicos, contribuindo para um cuidado humanizado e centrado no paciente.

O tempo necessário para realização da intervenção variou entre os estudos incluídos nessa revisão. Entretanto, Yeun, Kwak e Kim (2021) e Embong *et al.* (2015) destacam que a duração da intervenção não interfere na eficácia no alívio da dor, uma vez que foram observados resultados positivos em diferentes tempos de aplicação, semelhante ao identificado nos estudos incluídos. Além disso, Klaus *et al.* (2024), relatam o uso de ferramentas para avaliação da dor que, apesar de distintas, evidenciam resultados favoráveis quanto à eficácia na redução da dor, contudo essa variabilidade no método de mensuração limita a comparação direta entre as intervenções utilizadas e o tempo de aplicação dessas.

Apesar dos resultados observados nesta revisão, é necessário cautela para interpretação das evidências disponíveis. Os estudos incluídos apresentaram qualidade metodológica satisfatória em relação a maioria dos estudos da revisão sistemática de Klaus *et al.* (2024), na qual os autores identificaram que a maior parte dos ensaios clínicos apresentou limitações metodológicas quanto ao cegamento e à heterogeneidade dos protocolos de intervenção. De forma semelhante, Tian *et al.* (2023) e Yeun, Kwak e Kim (2021), destacam que limitações como amostras reduzidas, dificuldades na implementação do cegamento e variabilidade dos protocolos comprometem a qualidade das evidências disponíveis. Dessa forma, percebe-se que as limitações da presente revisão se assemelham aos demais autores pois, as evidências disponíveis ainda apresentam limitações metodológicas relacionadas aos diferentes protocolos de aplicação, ao número reduzido de ensaios clínicos randomizados, as diferenças entre as populações estudadas e ao curto prazo de implementação das intervenções.

7 CONCLUSÃO

A presente revisão identificou que a reflexologia podal apresenta potencial como intervenção não farmacológica para o manejo da dor em pacientes oncológicos, desde que realizada por enfermeiros devidamente capacitados. Além de promover o alívio da dor, essa intervenção demonstrou efeitos positivos sobre outros sintomas associados ao câncer e ao seu tratamento, como fadiga, qualidade do sono e náusea, evidenciando seu potencial como estratégia para promoção do conforto e da qualidade de vida desses pacientes.

Dessa forma, a reflexologia podal apresenta-se como uma intervenção complementar promissora para o manejo da dor em pacientes oncológicos, com potencial para contribuir para a redução da intensidade dolorosa e para a melhoria do conforto e da qualidade de vida.

Entretanto, sua incorporação à prática clínica deve estar fundamentada na capacitação dos profissionais envolvidos e em evidências científicas de alta qualidade metodológica. Nesse contexto, recomenda-se a realização de novos ensaios clínicos randomizados, com amostras mais representativas, protocolos de intervenção padronizados e acompanhamento em longo prazo a fim de fortalecer o nível de evidência disponível e subsidiar a atuação da enfermagem na implementação de intervenções não farmacológicas seguras e eficazes para o manejo da dor em pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

- BERLINCK, Manoel Tosta. A dor. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 3, p. 46–58, 1999.
- BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, p. 283–290, jun. 2010.
- CASTRO, Maria Cristina Freitas de *et al.* Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200311, 3 dez. 2021.
- CIENA, Adriano Polican *et al.* Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 201–212, 15 dez. 2008.
- COSTA, Weruska Alcoforado *et al.* Pain and quality of life in breast cancer patients. **Clinics**, v. 72, n. 12, p. 758–763, 1 jan. 2017.
- CRUZ, Elaine Izabel Da Silva *et al.* The use of non-pharmacological adjuvant therapies for cancer pain: a narrative review in the context of dance. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e30411124771, 7 jan. 2022.
- DUBIN, Adrienne E.; PATAPOUTIAN, Ardem. Nociceptors: the sensors of the pain pathway. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 120, n. 11, p. 3760–3772, 1 nov. 2010.
- ELDRIDGE, Sandra *et al.* Revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2) Additional considerations for cluster-randomized trials (RoB 2 CRT). 2019.
- EMBONG, Nurul H. *et al.* Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. **Journal of Tradicional and Complementary Medicine**, v. 5, n.4, p. 197-206, 2015. DOI: 10.1016/j.jtcme.2015.08.008.
- EPSTEIN, Andrew S. *et al.* Acupuncture vs Massage for Pain in Patients Living With Advanced Cancer: The IMPACT Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**, v. 6, n. 11, p. e2342482, 14 nov. 2023.
- ERNEST, E. The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine: Evidence-Based Approach. **Elsevier Health Sciences**, 2019.
- EVIDÊNCIAS, Estudantes para Melhores. **O que são revisões sistemáticas rápidas? Estudantes para Melhores Evidências**, 27 maio 2022. Disponível em: <https://emeblog.org/revisoes-sistematicas-rapidas/>. Acesso em: 29 jul. 2025
- FARIA, Miguel *et al.* Efficacy of acupuncture on cancer pain: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Integrative Medicine**, v. 22, n. 3, p. 235–244, maio 2024.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, p. 165–180, jul. 2010.

FORTUNATO, Juliana G. S. *et al.* Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, v. 12, n. 3, 30 set. 2013.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CANCER IN PALLIATIVE CARE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, p. e5420016, 28 maio 2018.

GARRITTY, Chantelle *et al.* Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 130, p. 13–22, 1 fev. 2021.

HERCOS, Thaíse Machado *et al.* O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 51–58, 31 mar. 2014.

KANG, Hyunju; LEE, Yongmi; KIM, Myoungsuk. Effects of Aromatherapy on Quality Of Life and Pain In Patients With Cancer: A Meta-Analysis. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 68, n. 6, p. e434–e446, 1 dez. 2024.

KEET, Louise. A bíblia da reflexologia. **Editora Pensamento**, 2022.

KLAUS, Moritz *et al.* Reflexology in oncological treatment: a systematic review. **BMC Complementary Medicine and Therapies**, v.24, n.32, 2024. DOI: 10.1186/s12906023-04220-4.

LI, Yanfei *et al.* The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 5, p. 1111–1123, 2020.

MAGALHÃES, Mariana Gonzalez Martins de; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 646–653, 2013.

MAHER, Christopher G. *et al.* Reliability of the PEDro Scale for Rating Quality of Randomized Controlled Trials. **Physical Therapy**, v. 83, n. 8, p. 713–721, 1 ago. 2003.

MENDES, Thaís Rezende *et al.* Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, p. 356–361, ago. 2014.

MINSON, Fabiola Peixoto. **II conselho nacional de dor oncológica**. [S.l.]: Grupo Editorial Moreira Jr, 2011.

MOURA, Ana Carolina de abreu; GONÇALVES, Cíntia Carolina Silva. Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, p. 101–108, 16 abr. 2020.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, p. n71, 29 mar. 2021.

PAIVA, Carolina Fraga *et al.* Historical aspects in pain management in palliative care in an oncological reference unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200761, 30 ago. 2021.

PASERO, Chris; MCCAFFERY, Margo. The Patient's Report of Pain: Believing vs. accepting. There's a big difference. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 101, n. 12, p. 73, dez. 2001.

PEDro scale. **PEDro**, [S.d.]. Disponível em: <https://pedro.org.au/english/resources/pedro-scale/>. Acesso em: 15 ago. 2025

PEDROSA, Débora Fernanda Amaral *et al.* Evaluation of the quality of life of clients with chronic ischemic pain. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 67–72, fev. 2011.

PEREIRA, Djalisson Tayner de Souza *et al.* Therapeutic conducts used in pain management in oncology. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1883–1890, 1 jan. 2015.

PHENWAN, Tharin. Relieving total pain in an adolescent: a case report. **BMC Research Notes**, v. 11, n. 1, p. 265, 2 maio 2018.

PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti *et al.* Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 4, n. 1, p. 77–89, 2014.

RAJA, Srinivasa N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **PAIN**, v. 161, n. 9, p. 1976, set. 2020.

RENNÓ, Cibele Siqueira Nascimento; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 1 mar. 2014.

SALLES, Léia Fortes; HOMO, Rafael Fernandes Bel; SILVA, Maria Julia Paes da. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 741–746, 2014.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 150–154, 2012.

SAÚDE (MS), Brasil Ministério da. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf, 3 maio 2006.

SNIJDERS, Rolf A. H. *et al.* Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. **Cancers**, v. 15, n. 3, p. 591, jan. 2023.

STÜBE, Mariléia *et al.* Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 1 set. 2015.

SUNG, Hyuna *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TIAN, Esther J. *et al.* The effectiveness of reflexology on mental health in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 50, p. 101708, 2023. DOI: 10.1016/j.jctcp.2022.101708.

UNLU, Ahmet; KIRCA, Onder; OZDOGAN, Mustafa. Reflexology and cancer. **Journal of Oncological Sciences**, v. 4, n. 2, p. 96-101, 2018. DOI: 10.1016/j.jons.2018.01.001.

WATERKEMPER, Roberta; REIBNITZ, Kenya Schmidt; MONTICELLI, Marisa. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 334–349, abr. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em: 29 jul. 2025.

YEUN, Young-Ran. *et al.* The effects of Foot Reflexology on the Physical Symptoms of Cancer Patients. **Exercise Science**, v. 30, n. 1, p. 8–15, 2021.

ZAKKA, Telma Mariotto; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; YENG, Lin Tchia. Dor visceral abdominal: aspectos clínicos. **Revista Dor**, v. 14, p. 311–314, dez. 2013.