

# O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA REDUÇÃO DA DOR PÓS-CESÁREA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Giovanna Duarte de Oliveira<sup>1</sup>

Shara Maria de Freitas Vieira<sup>2</sup>

Aíla Marôpo Araújo<sup>3</sup>

## RESUMO

Segundo o estudo de Betran *et al.* (2017), ao observar uma amostra de 1.062 mulheres, 92,7% apresentaram dor no pós-operatório imediato de cesárea. Diante disso, torna-se essencial adotar estratégias eficazes para o seu alívio, como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Assim, questiona-se: a utilização das PICS no manejo terapêutico da dor pós-cesárea é eficaz? Tem-se como objetivo avaliar a eficácia da utilização das PICS na redução da dor pós-cesárea. Trata-se de uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, realizada nas bases PubMed/MEDLINE e Scopus, com publicações dos últimos 9 anos. Foram selecionados estudos com puérperas submetidas à cesárea, conforme critérios de seleção e exclusão. O presente trabalho incluiu 16 estudos, publicados entre 2011 e 2024, sendo cerca de 94% conduzidos na Ásia. As PICS mais avaliadas foram a massoterapia, acupressão e aromaterapia. Todos os trabalhos indicaram redução significativa da dor com o uso das PICS, sendo que 38% evidenciaram menor consumo de analgésicos nos grupos de intervenção. Estudos também mostraram benefícios da massoterapia, aromaterapia e reflexologia podal no alívio da dor após outras cirurgias. Em suma, as PICS evidenciaram significativa redução da dor pós-cesárea e menor uso de analgésicos. Os estudos analisados evidenciaram resposta terapêutica rápida e, em alguns casos, efeitos prolongados, além da redução do uso de analgésicos no grupo intervenção. Apesar de estudos serem majoritariamente asiáticos, indicam potencial para aplicação no Brasil, destacando a importância de ampliar pesquisas nacionais e incorporar essas práticas no cuidado pós-cirúrgico.

**Palavras-chave:** Práticas de Saúde Complementares e Integrativas. Cesárea. Dor.

## THE USE OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY HEALTH PRACTICES IN REDUCING POST-CESAREAN PAIN: A SYSTEMATIC REVIEW

### ABSTRACT

<sup>1</sup>Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: [giovannaduarte72@gmail.com](mailto:giovannaduarte72@gmail.com).

<sup>2</sup>Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: [shramaria4321@gmail.com](mailto:shramaria4321@gmail.com).

<sup>3</sup>Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). E-mail: [aila@unirn.edu.br](mailto:aila@unirn.edu.br).

According to the study by Betran *et al.* (2017), when observing a sample of 1,062 women, 92.7% experienced pain in the immediate postoperative period after cesarean section. Given this, it is essential to adopt effective strategies for pain relief, such as Integrative and Complementary Health Practices (PICS). Thus, the question arises: is the use of PICS in the therapeutic management of post-cesarean pain effective? The objective is to evaluate the effectiveness of using PICS in reducing post-cesarean pain. This is a systematic review of randomized clinical trials, conducted in the PubMed/MEDLINE and Scopus databases, with publications from the last 9 years. Studies with postpartum women who underwent cesarean section were selected according to selection and exclusion criteria. This study included 16 studies published between 2011 and 2024, with about 94% conducted in Asia. The most evaluated PICS were massage therapy, acupressure, and aromatherapy. All studies indicated a significant reduction in pain with the use of PICS, with 38% showing lower analgesic consumption in the intervention groups. Studies also showed benefits of massage therapy, aromatherapy, and foot reflexology in pain relief after other surgeries. In summary, PICS showed a significant reduction in post-cesarean pain and lower analgesic use. The studies analyzed showed a rapid therapeutic response and, in some cases, prolonged effects, in addition to a reduction in analgesic use in the intervention group. Although the studies are mostly Asian, they indicate potential for application in Brazil, highlighting the importance of expanding national research and incorporating these practices into post-surgical care.

**Keywords:** Complementary Therapies. Cesarean Section. Pain.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2019), cerca de 88% dos seus Estados-Membros - equivalente a 170 países - reconhecem o uso da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) como abordagem terapêutica, uma vez que possuem leis, políticas e programas a respeito dessa prática. Nesse viés, na perspectiva do continente Americano, a expressividade dos movimentos dos povos tradicionais de países como o Brasil, Chile e Bolívia destacam-se no âmbito da MTC, através das suas influências na construção de políticas nacionais mais inclusivas sobre o tema (Sousa, Alba, 2022).

Nesse contexto, no cenário nacional, é válido referenciar o marco da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) - por meio da Portaria GM/MS n. 971/ 2006 - a qual aprova a utilização de 4 práticas e abrange sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos para assegurar uma atenção integral à saúde dos pacientes (Brasil, 2015).

Ainda, em conjunto com a Portaria n. 849/2017 e a Portaria n. 702/2018, totalizam-se 29 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) integradas à PNPIC (Brasil, 2017, 2018a). De fato, esta política baseia-se em um modelo de cuidado humanizado e centrado na integralidade do sujeito, contribuindo para fortalecer os princípios fundamentais do SUS (Brasil, 2015).

Vale ressaltar que as PICS buscam fortalecer os mecanismos naturais do corpo para prevenir agravos e restaurar a saúde, utilizando tecnologias seguras e eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no estabelecimento do vínculo terapêutico e na conexão do indivíduo com o ambiente e a sociedade. Além disso, compartilham uma visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano, com foco no autocuidado (Brasil, 2006; Brasil, 2018b).

Diante disso, as PICS vêm ganhando espaço na redução de queixas álgicas de várias patologias, inclusive no controle da dor aguda e crônica, uma vez que tratam-se de possibilidades terapêuticas não farmacológicas, evidenciadas cientificamente. Ainda, possuem um vasto campo de aplicação, visto que podem ser implementadas na atenção

primária à saúde, na média e alta complexidade, e, assim, adotadas no cuidado cotidiano de saúde à população (Posso, 2021).

Assim, as PICS têm potencial de promover melhorias à saúde mental e de reduzir queixas algicas, sendo amplamente utilizada na área da ginecologia e obstetrícia nos últimos anos, como, por exemplo, no tratamento de dores pós-operatórias de cesárea, trabalho de parto, puerpério e dismenorréias (Levett *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020).

Desse modo, observa-se que as PICS podem contribuir para a recuperação da cirurgia cesariana, esta que também pode ser definida como cesariana ou tomotomia e conceitua-se como um ato cirúrgico realizado com a finalidade de retirar o conteúdo da cavidade uterina da gestante, por meio da incisão cirúrgica no abdômen e no útero (Montenegro, Filho, 2014; Zugaib, 2016).

Nessa perspectiva, de acordo com os dados do estudo de Betran *et al.* (2021), a cesárea tem sido o tipo de parto mais utilizado ao longo dos anos, principalmente desde a década de 1990. Tal estudo revelou que 21,1% dos partos realizados em todo o mundo foram por meio de cesáreas, e podem atingir 28,5% até 2030, contrariando as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que propõem ser entre 10% e 15% (OMS, 2015). Não diferente da perspectiva mundial, em 2017, o Brasil obteve a predominância da cesárea em 55,3% dos partos no país em serviços públicos e privados, sendo esta estatística maior nas instituições privadas, com 84,9% (Dias *et al.*, 2022).

Dessa maneira, devido a cesárea ser um procedimento cirúrgico em que ocorre a incisão de 7 tecidos, esta pode ocasionar complicações imediatas e a longo prazo para a paciente (Montenegro, Filho, 2014; OMS, 2015). Dentre as complicações, está a dor pós-cesárea que possui altas incidências - como mostra o estudo de Borges *et al.* (2017) - o qual afirma que dentre uma amostra de 1.062 mulheres, 92,7% apresentaram dor no pós-operatório imediato e 52,1% relatam a dor nos escores de “forte” a “pior possível”. Além disso, enfatiza-se que a dor pós-cesárea pode não somente afetar a qualidade de vida da puérpera individualmente, mas também o binômio mãe-filho (Borges *et al.*, 2017).

Com base nessas colocações e perante aos elevados índices de queixas algicas em mulheres que se submetem a cesárea no Brasil e no mundo, fazem-se necessárias estratégias que promovam a redução do desconforto no período puerperal pós-cirúrgico. Dar-se o destaque às PICS como métodos benéficos e não farmacológicos para o alívio da dor pós-cesárea, uma vez que possuem características analgésicas e variadas formas de aplicação. Dessa forma, pretende-se com esta revisão, avaliar a eficácia da utilização das PICS na redução da dor pós-cesárea.

Assim, questiona-se: “o uso das PICS no manejo terapêutico da pós-cesárea é eficaz no alívio da dor?”.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, do tipo revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados a respeito do uso eficaz das PICS na redução da dor pós-cesárea.

### **2.2 Pergunta de pesquisa e estratégia de busca**

A construção da pergunta de pesquisa deu-se a partir da Estratégia PICOS (Barbosa *et al.*, 2014), a qual a letra “P” refere-se a população do estudo (puérperas com queixas algicas após cesárea), o “I” à intervenção analisada (PICS), o “C” à comparação com outra variável (o uso das PICS ou não uso das PICS), o “O” aos desfechos de interesse (alívio da dor pós-cesárea com o uso das PICS) e o “S” aos tipos de estudos (ensaios clínicos controlados e randomizados).

### **2.3 Critérios de elegibilidade e Coleta de dados**

Utilizou-se como lista de verificação para a elaboração do estudo, desde a escrita à estruturação dos fluxogramas, o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA, 2020). Dessa forma, a seleção dos artigos deu-se através da construção de um protocolo dividido em três etapas: identificação, triagem e inclusão.

A etapa da identificação foi realizada através da coleta de dados - a qual ocorreu no mês de março de 2025 - nas bases de dados da MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*) e Scopus, por meio do acesso à lista de bases e coleções de

periódicos do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Nessa perspectiva, o estudo utilizou descritores em língua inglesa, conforme o vocabulário controlado MeSH (*Medical Subject Headings*), sendo eles: “*Complementary Therapies*”, “*Cesarean Section*” e “*Pain*”. As estratégias de busca empregaram operadores booleanos nos seguintes cruzamentos: “(*Complementary Therapies*) AND (*Cesarean Section*)” e “(*Complementary Therapies*) AND (*Cesarean Section*) AND (*Pain*)”

A seleção dos estudos deu-se com o auxílio da plataforma *Rayyan* (Rayyan, 2025) - na modalidade gratuita - para otimização do processo de triagem da pesquisa, uma vez que ela permitiu importar, organizar e examinar os artigos encontrados nas bases de dados selecionadas, além da aplicação de filtros, etiquetas e comentários.

Todos os títulos de busca eletrônica, resumos selecionados e artigos em texto completo foram revisados de forma independente por um mínimo de dois revisores (G.D.O e S.M.V). As discordâncias sobre se os textos atendiam aos critérios de inclusão / exclusão foram resolvidas por consenso.

Sendo assim, selecionou-se como critérios de inclusão: ensaios clínicos randomizados sobre a utilização das PICS no manejo terapêutico da dor pós-cesárea em puérperas de todas as faixas etárias, artigos completos e gratuitos em todos os idiomas, os quais tenham sido publicados nos últimos 9 anos. Em contrapartida, como critérios de exclusão, estabeleceu-se: estudos em andamento, inconclusivos, sem relevância científica, *in vitro*, em animais, duplicados, revisões sistemáticas e em outras modalidades, manuais, protocolos, teses e dissertações.

#### **2.4 Análise de dados e extração dos dados**

Desse modo, inicialmente, houve a fase de identificação, em que foi realizada a coleta dos estudos e a exclusão dos duplicados. Em seguida, na etapa de triagem, houve a análise dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados no período de 2006 a março/2025, bem como a exclusão dos que não atenderam aos critérios estabelecidos. Posteriormente, procedeu-se a leitura na íntegra dos estudos selecionados e a eliminação dos que não estavam alinhados à proposta da revisão.

Por último, na etapa de inclusão, os artigos selecionados tiveram seus dados tabulados e estruturados em fluxogramas, através do software *Microsoft Excel*. Ainda, para a análise dos dados extraídos dos artigos selecionados, foi utilizada a estatística descritiva e, complementarmente, a avaliação dos resultados dos efeitos das PICS entre os estudos. Essa avaliação foi conduzida por meio de duas escalas elaboradas pelas autoras, com base na Escala de Likert (Costa Júnior *et al.*, 2024) - que possui escores de 1 a 5, avaliando os dados desde o discordo totalmente (pontuação 1) até ao concordo totalmente (pontuação 5).

Diante disso, a estrutura inicial das escalas foi desenvolvida com o auxílio da inteligência artificial *ChatGPT* (OpenAI, 2025), como ferramenta de apoio na organização dos critérios avaliativos. Posteriormente, a partir da estrutura sugerida, as autoras adaptaram e adequaram as escalas ao contexto do presente estudo.

Dessa forma, as escalas aplicadas foram: a Escala de Tempo da Resposta à Intervenção e a Escala de Duração do Efeito Terapêutico. Ambas utilizaram pontuações de 1 a 5 para classificar a percepção do tempo de surgimento dos efeitos e da duração das intervenções, respectivamente. No entanto, diferentemente da Escala de Likert, não foram avaliados os níveis de concordância e discordância entre os artigos. Os critérios de classificação estão descritos nos Quadros 1 e 2. Salienta-se que, para a redução de vieses, a aplicação ocorreu entre dois revisores.

Quadro 1: Escala de Tempo da Resposta à Intervenção. Natal, RN, Brasil, 2025.

<b>ESCALA DE TEMPO DA RESPOSTA À INTERVENÇÃO</b>	
<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
1	Muito lento – o surgimento dos efeitos foi tardio ou eles foram perceptíveis após tempo (> 12h)
2	Lento – houve melhora, mas apenas após um longo período (de 6h a 12h)
3	Moderado – a resposta surgiu em tempo razoável (de 2h a 6h)
4	Rápido – os efeitos se manifestam em curto prazo após a aplicação (de 1h a 2h)
5	Muito rápido – os efeitos foram quase imediatos (< 1h)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 2: Escala de Duração do Efeito Terapêutico. Natal, RN, Brasil, 2025.

ESCALA DE DURAÇÃO DO EFEITO TERAPÊUTICO	
PONTUAÇÃO	SIGNIFICADO
1	Muito curta – alívio rápido e passageiro, com retorno da dor logo em seguida (< 1h)
2	Curta – efeito de curta duração, pouco sustentável ao longo das horas (de 1h a 3h)
3	Moderada – os efeitos permaneceram por tempo razoável (de 3h a 6h)
4	Longa – alívio da dor duradouro (de 6h a 12h)
5	Muito longa – os efeitos se mantiveram por longas horas ou dias (> 12h ou dias).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ademais, o *ChatGPT* (OpenAI, 2025) também foi utilizado como ferramenta de apoio para reestruturação textual dos parágrafos. As referências e conteúdos abordados foram previamente selecionados pelas autoras, as quais realizaram a revisão e adaptação final.

Além disso, ressalta-se que, por tratar-se de uma revisão sistemática realizada pela a análise de pesquisas já publicadas anteriormente, conforme o Art.1º da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/16, dispensa-se a submissão a um comitê de ética em pesquisa.

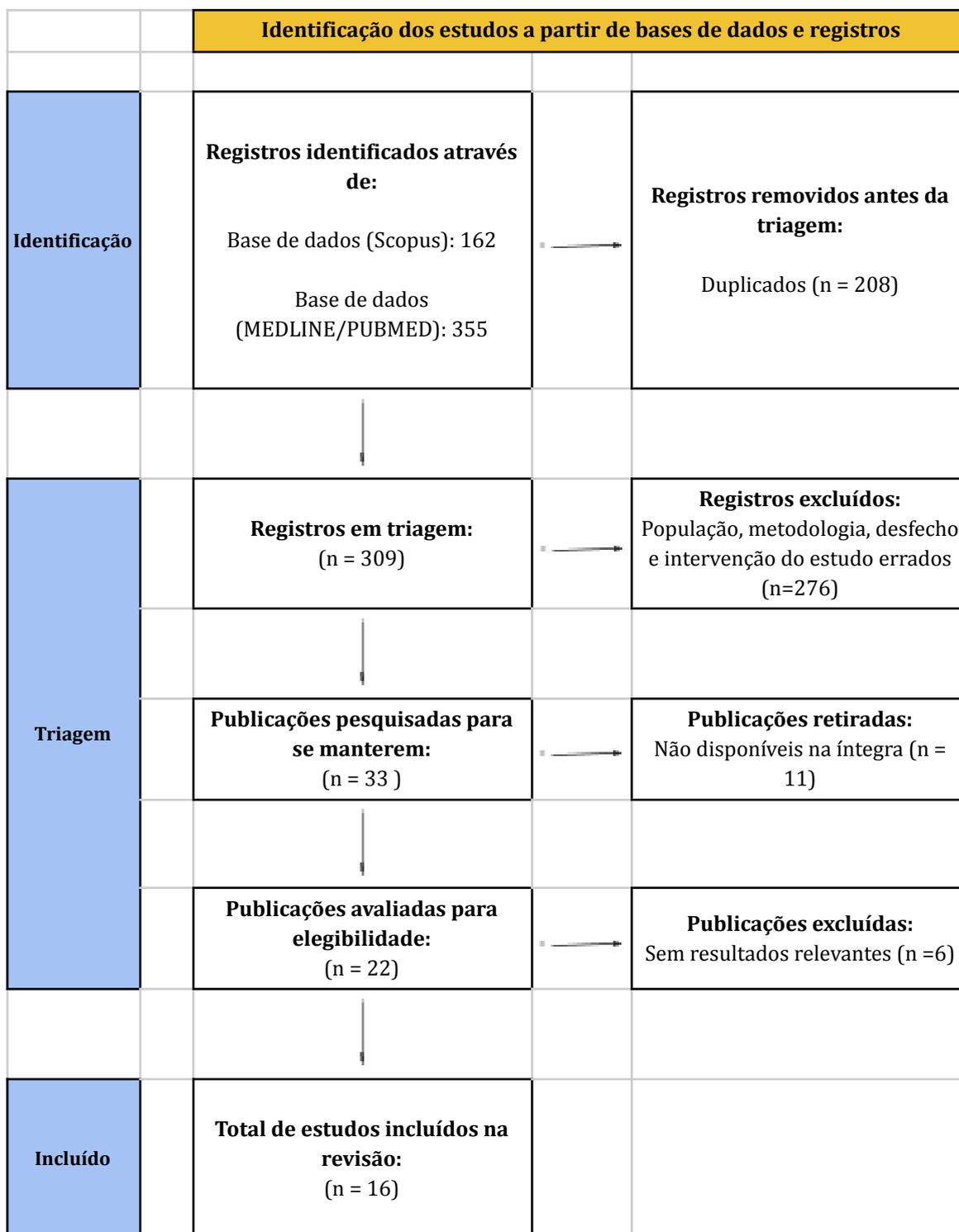
Por último, vale destacar que este estudo não possui registro de protocolo em plataformas de pesquisas. Apesar disso, todo o percurso metodológico foi conduzido com rigor e ética. Ainda, declara-se que não existe qualquer conflito de interesse relacionado à elaboração, execução ou divulgação deste trabalho.

### 3 RESULTADOS

A partir do cruzamento dos descritores com os operadores booleanos e a aplicação dos filtros pré-estabelecidos, foram encontrados um total de 517 estudos nas bases de dados, sendo 162 (31%) na Scopus e 355 (69%) na MEDLINE/PubMed.

Dessa forma, as etapas de identificação e de triagem da pesquisa podem ser visualizadas no fluxograma representado abaixo na figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA. Natal, RN, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante disso, dos 517 artigos encontrados, apenas 16 foram incluídos para a pesquisa, uma vez que atenderam a todos os requisitos propostos nos critérios de inclusão e exclusão, além de fornecerem informações relevantes.

O quadro 3 organiza os dados por número do estudo, autor(es), título, ano, metodologia e público-alvo, descrição da intervenção e principais resultados.

Quadro 3: Fichamento dos artigos caracterizado por identificação, autores, ano, título, metodologia, público-alvo, descrição da intervenção e principais resultados. Natal, RN, Brasil, 2025.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO, AUTORES E ANO	TÍTULO DO ARTIGO	METODOLOGIA E PÚBLICO-ALVO	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>A1 (Abbaspoor, Zahra; Akbari, Malihe; Najar, Shanaz) 2012</p>	<p><i>Effect of foot and hand massage in post-cesarean section pain control: a randomized control trial</i></p>	<p>Ensaio clínico randomizado e controlado, realizado no Irã entre 1º de abril a 30 de julho de 2011. Participaram 80 gestantes com cesariana eletiva e os seguintes critérios: idade entre 18 e 35 anos, 37 a 42 semanas de gestação, segunda gravidez com cesárea anterior, peso estimado ao nascer de 2.500 a 4.000 g e incisão transversal no útero e abdômen na cesárea anterior.</p>	<p>As participantes foram divididas em dois grupos: massoterapia (n=40) e grupo controle (n=40). A intervenção de ambos os grupos foi iniciada de 1,5 a 2 horas após a administração da raquianestesia. A avaliação da intensidade da dor foi mensurada 3 vezes: antes, logo após e 90 minutos da intervenção, utilizando uma escala numérica de 0 a 10. No grupo intervenção, a massagem foi aplicada durante 5 minutos em cada mão e pé, totalizando 20 minutos de massagem. No grupo controle, receberam os cuidados padrão (por exemplo, administração de medicamentos) e o pesquisador permaneceu junto ao leito da paciente, promovendo interação verbal durante 20 minutos, sem qualquer</p>	<p>Os escores de intensidade da dor antes da intervenção foram semelhantes entre os grupos de massoterapia (7,05) e controle (6,97). No grupo de massagem, houve uma diferença estatisticamente significativa entre todas as pontuações de dor (<math>p &lt; 0,001</math>): antes da massagem (7,05), imediatamente após a massagem (4,9) e 90 minutos após a massagem (3,58). Ainda, apenas 6 mulheres do grupo massoterapia precisaram fazer uso de analgésicos. No grupo controle, os escores de intensidade da dor não foram significativamente diferentes antes (6,97) e imediatamente a massagem (6,91), mas após 90 minutos (6,23), houve apenas a diminuição de 0,72 pontos.</p>

			outra intervenção.	
A2 (Akgün, Mehtap; Boz, Ilkay ) 2020	<i>The effects of acupressure on post-cesarean pain and analgesic consumption: a randomized single-blind placebo-controlled study</i>	Estudo randomizado, simples-cego e controlado por placebo, conduzido em uma clínica obstétrica afiliada à Universidade Akdeniz (Turquia) entre julho de 2017 e julho de 2018. Participaram 132 gestantes com os seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 45 anos, parto cesáreo entre 37 e 40 semanas, bebê saudável após gestação única, estar na 2ª hora pós-parto e sem problemas que impedissem a comunicação cognitiva, afetiva e verbal.	As participantes foram divididas em 3 grupos com 44 participantes: acupressão, placebo e controle. Todas as mulheres receberam diclofenaco de sódio (50 mg), por via intramuscular, 2 horas após a cesárea. Utilizou-se a Escala Visual Analógica de Dor (VASP) para a avaliação da dor em todos os grupos, com pontuações de 0 a 10, sendo aplicada em 4 momentos no pós-parto: na 2ª hora (antes e após a primeira sessão de intervenção) e na 4ª hora (antes e após a segunda sessão de intervenção). Nos grupos acupressão e placebo, as intervenções foram aplicadas na 2ª e 4ª hora pós-parto. No grupo acupressão, foram aplicadas massagens de 1 minuto e pressão de 2 minutos, bilateralmente, nos pontos P6 e LI4, totalizando em média 12 minutos por sessão. No grupo placebo, foi realizado o toque sem pressão nos pontos P6 e LI4, bilateralmente, com 3 minutos de aplicação por ponto, totalizando em média 12 minutos. O grupo controle não recebeu nenhuma intervenção além dos cuidados de enfermagem de rotina e analgesia pós-cesárea.	Os escores da VASP antes da intervenção não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de acupressão ( $7,66 \pm 1,29$ ), placebo ( $7,66 \pm 1,27$ ) e controle ( $7,64 \pm 1,40$ ). Houve redução na pontuação da dor em todos os grupos ao longo do tempo, devido à administração de analgesia na 2ª hora pós-parto e nas medições subsequentes. No entanto, os escores da VASP nos grupos placebo e controle mantiveram-se semelhantes em todas as medições, enquanto o grupo submetido à acupressão apresentou reduções significativamente maiores, tanto após a primeira sessão de intervenção, (2ª hora pós-parto), quanto após a segunda sessão (4ª hora pós-parto), com destaque para a esta última, na qual foi observada diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,000$ ), com média de $3,82 \pm 1,42$ . Não houve diferenças significativas entre os grupos placebo e controle ( $p = 0,464$ ). Além disso, a aplicação da acupressão nos pontos P6 e LI4 contribuiu para a redução do consumo de paracetamol e cloridrato de petidina no grupo de acupressão, em comparação com os demais grupos.
A3	<i>Comparison of two</i>	Ensaio clínico randomizado com	As participantes foram divididas em 3 grupos:	Antes da intervenção, as médias de dor foram

<p>(Mousavi, Fatemeh S. et al.)</p> <p>2024</p>	<p><i>methods of complementary medicine on postoperative pain and anxiety: A randomized clinical trial</i></p>	<p>101 gestantes submetidas à cesárea eletiva no hospital Omolbanin, Irã (2015). Critérios de inclusão: gestação única <math>\geq</math> 37 semanas, idade 19-35 anos, IMC 18,5-30, cesárea com analgesia espinhal e ausência de condições que pudessem interferir nos resultados.</p>	<p>reflexologia podal (n=35), acupressão auricular (n=33) e controle (n=33). A Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada para comparar os grupos quanto à intensidade da dor, seguida pelo teste post hoc de Tukey (teste estatístico) para comparar os grupos dois a dois. O pesquisador realizou uma única intervenção, 2-3 horas após a cirurgia e antes da administração de analgésicos, com duração de 20 minutos. No grupo de acupressão auricular (AA), cinco pontos em ambas as orelhas foram estimulados com um ponteiro manual. No grupo de reflexologia podal (FR), 5 zonas reflexas em ambos os pés foram massageadas por 20 minutos - sendo cada zona massageada por 2 minutos - com óleo de gergelim para reduzir o atrito. O grupo controle recebeu apenas cuidados de rotina - também por 20 minutos - com a presença do pesquisador para responder perguntas durante o período da intervenção. Os participantes de cada grupo receberam analgésicos de rotina (supositório de diclofenaco 100 mg). Para avaliar a intensidade da dor, a escala visual analógica (VAS) foi usada quatro vezes: antes da intervenção,</p>	<p>semelhantes entre os grupos: <math>36,06 \pm 15,40</math> (acupressão), <math>38,29 \pm 13,87</math> (reflexologia) e <math>37,27 \pm 16,31</math> (controle), sem diferença estatística significativa (<math>p = 0,834</math>), indicando que os grupos estavam comparáveis inicialmente. No entanto, imediatamente após a intervenção, observou-se uma diferença significativa entre os grupos (<math>P &lt; 0,001</math>), com os participantes submetidos à acupressão auricular (<math>34,06 \pm 21,01</math>) e à reflexologia podal (<math>33,14 \pm 13,83</math>) apresentando menor intensidade de dor em comparação ao grupo controle (<math>56,27 \pm 18,82</math>). Uma hora após a intervenção, embora a diferença entre os grupos não tenha alcançado significância estatística (<math>P = 0,096</math>), os valores de VAS do grupo de reflexologia (<math>51,60 \pm 20,46</math>) e do grupo da acupressão (<math>43,88 \pm 20,02</math>) foram menores do que o grupo controle (<math>54,70 \pm 21,56</math>). Duas horas após a intervenção, houve nova queda nas médias dos grupos de intervenção (<math>37,15 \pm 20,65</math> na acupressão e <math>42,50 \pm 16,98</math> na reflexologia), enquanto o grupo controle manteve a tendência de piora, alcançando <math>56,28 \pm 19,93</math>, com <math>p &lt; 0,001</math>, reforçando a eficácia das intervenções, especialmente da reflexologia podal, ao longo do tempo.</p>
---	--	--	---	--

			imediatamente após as intervenções e 1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> horas após a intervenção.	
A4 (Rakchanok, Tanitsookarn et al.) 2022	<i>Effectiveness of auricular point acupressure with magnetic plate for pain management in acute postpartum cesarean section patients in Thammasat University Hospital: a randomized clinical controlled trial</i>	Estudo do tipo ensaio clínico randomizado realizado no departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de Thammasat, na Tailândia, entre janeiro e junho de 2020. A amostra incluiu 195 gestantes primigestas a termo submetidas a cesárea, com idades entre 18 e 45 anos.	As participantes foram distribuídas aleatoriamente em 3 grupos: controle (n=65), placebo (n=65) e estudo (n=65). A acupressão auricular foi realizada em ambas as orelhas com o polegar e o indicador, aplicando uma pressão a cada segundo, totalizando 30 acupressões por ponto (1-2 minutos). O procedimento foi iniciado 2 horas após a cirurgia e mantido por 3 dias consecutivos. Foi realizada acupressão auricular adicional conforme necessário se as pacientes sentissem que a dor não havia sido aliviada. A avaliação da dor pós-operatória foi realizada no T0 ( 2 horas após a cirurgia) e, posteriormente, em intervalos de 12, 18, 24, 36, 48, 60 e 72 horas pós-parto. A dor da paciente também foi avaliada com base na frequência e na quantidade de qualquer medicação analgésica adicional solicitada. A escala visual analógica (EVA) (0 = sem dor, 10 = pior dor possível) foi utilizada para avaliação da dor em todos os participantes. Analgesia intravenosa não opióide foi prescrita nos casos em que a dor foi igual ou superior a 6 antes das 24h. Após esse tempo,	Antes da intervenção, os grupos possuíam valores da EVA semelhantes. Após 12h da cesárea, não houve diferença significativa entre placebo e estudo (P2 = 0,758). A EVA em 18h e 24h foi menor nos grupos controle e estudo em comparação ao placebo. Em 36h, placebo e estudo tiveram menos dor que o controle. Em 48h e 60h, EVA do grupo estudo apresentou níveis de dor significativamente menores do que os demais. Em 48h, os grupos controle e placebo apresentaram EVA comparável. Em 72h, controle e placebo mostraram níveis de dor consideravelmente maiores que os do grupo estudo. Não houve efeitos colaterais relevantes.

			<p>analgesia adicional (ibuprofeno e paracetamol) foi prescrita apenas a pedido da paciente. O grupo controle recebeu tratamento médico padrão após cesárea, que incluiu 500 mg de acetaminofeno oral ou 400 mg de ibuprofeno. O grupo placebo recebeu tratamento médico padrão e adesivos auriculares não médicos, enquanto o grupo de estudo recebeu tratamento médico padrão e adesivos auriculares com ímãs. Os adesivos foram colocados nos mesmos locais (Shenmen, Erzhong, Penqiang), com cada paciente recebendo um total de 6 adesivos auriculares (3 adesivos para cada lóbulo da orelha).</p>	
<p>A5 (Güney, Esra; Tuba Uçar)  2021</p>	<p><i>Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial</i></p>	<p>Ensaio clínico randomizado simples-cego realizado na Turquia entre maio e dezembro de 2019. Participaram 162 mulheres submetidas à cesárea, as quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: dor moderada ou intensa; ter um recém-nascido único e saudável; não responder negativamente a qualquer tentativa de toque, como massagem; e integridade completa e saudável do tecido</p>	<p>As participantes foram divididas em grupo experimental (n=81) e controle (n=81), ambas seguindo o protocolo de analgesia pós-operatória (PO) com analgésico narcótico (0,5 mg) nos primeiros 30 minutos e diclofenaco sódico (3 a 75mg) na 6ª hora. O grupo experimental aplicou a DTM (Terapia Manual de Descompressão) - a qual é considerada um tipo de técnica de massagem terapêutica focada nos tecidos profundos das diferentes camadas do corpo - na 10ª e na 22ª hora PO na região superior das costas, com duração entre 15</p>	<p>A VAS antes da aplicação (10ª hora) da DTM teve diferenças significativas (<math>p &lt; 0,001</math>) entre os grupos experimental (<math>72,92 \pm 10,41</math>) e controle (<math>64,40 \pm 10,38</math>). No entanto, após 60 minutos da primeira aplicação da DTM, a média caiu para <math>30,87 \pm 9,32</math> no grupo experimental, contra <math>63,09 \pm 10,47</math> no controle. Na 22ª hora PO (12 horas após a intervenção), o grupo experimental registrou média de <math>52,08 \pm 9,93</math>, enquanto o controle teve <math>57,75 \pm 8,39</math>. Por fim, 60 min após a segunda intervenção, a média do grupo experimental foi de <math>17,51 \pm 6,15</math>, comparada a <math>56,16 \pm 9,53</math> no controle. Todas as</p>

		na área a ser massageada.	a 20 min. A dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (VAS), com pontuações de 0 a 100 mm, em 4 momentos: 10 <sup>a</sup> hora PO, 60 minutos após a primeira DTM, 22 <sup>a</sup> hora PO e 60 minutos após a segunda DTM.	diferenças foram estatisticamente significativas no grupo experimental ( $p < 0,001$ ), demonstrando maior redução da dor ao longo das medições e das aplicações.
A6 (Nouira, Mariem et al.) 2024	<i>Aromatherapy Using Lavender Oil Effectiveness on Pain and Anxiety After C-Section: A Randomized Controlled Trial</i>	O estudo foi um ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado, realizado durante cinco meses (abril a agosto de 2023) no Hospital Regional Ben Arous, na Tunísia. Participaram 100 mulheres submetidas a cesáreas sob anestesia raquidiana, com idades entre 18 e 45 anos.	As participantes foram aleatoriamente divididas em dois grupos: aromaterapia (n=50) e placebo (n=50). No estudo, entre 2 e 12 horas após a cesárea, as mulheres do grupo experimental (aromaterapia) receberam inalação de óleo essencial de lavanda. Elas foram orientadas a inalar um algodão embebido com 3 gotas do óleo a uma distância de 10 cm por 30 minutos. O grupo placebo recebeu o mesmo procedimento, mas com água destilada em vez do óleo. Após a cirurgia, o nível basal de dor foi medido 5 minutos após a intervenção usando a Escala Visual Analógica (EVA) em uma escala de 0 a 100 por uma régua.	Os resultados foram avaliados 5 minutos após a intervenção. A intervenção com aromaterapia resultou em uma redução significativa da dor, com níveis de dor (EVA) mais baixos no grupo aromaterapia, tanto em repouso ( $38,76 \pm 22,9$ vs. $23,84 \pm 18,01$ ; $p = 0,0002$ ) quanto após mobilização ( $60,28 \pm 23,72$ vs. $40,12 \pm 22,18$ ; $p < 0,001$ ). Além disso, os pacientes do grupo aromaterapia apresentaram uma necessidade significativamente menor de medicamentos analgésicos em comparação ao grupo controle. No estudo, não foram relatados efeitos adversos pelos participantes após a inalação, tanto no grupo de intervenção quanto no de controle.
A7 (Saatsaz, Sussan et al.) 2016	<i>Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial</i>	Ensaio clínico, simples-cego, realizado no Irã, de julho de 2014 a junho de 2015. Participaram 156 mulheres primíparas submetidas a cesárea eletiva, com os seguintes critérios de inclusão: idade entre 20 e 35 anos, ter dado à	As participantes foram divididas aleatoriamente em 3 grupos: massagens nos pés (n=52), massagem nas mãos e pés (n=52) e sem intervenção (n=52). Utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação da dor em todos os grupos, com pontuação de 0 (nenhuma dor) a 10 cm (pior dor possível),	Antes da intervenção, a EVA foi semelhante entre os grupos: controle ( $5,29 \pm 0,89$ ), massagem nos pés ( $4,96 \pm 0,87$ ) e massagem nos pés e mãos ( $5,09 \pm 0,89$ ). Logo após a intervenção, observou-se uma redução significativa da dor nos grupos submetidos à massagem nos pés e mãos ( $3,15 \pm 0,64$ ) e apenas nos pés ( $3,31 \pm 0,64$ ), enquanto no grupo

		<p>luz a uma criança viva e saudável, estar consciente e ter concluído o ensino fundamental ou superior.</p>	<p>em 3 momentos: antes da massagem (4 horas após a última dose do supositório de diclofenaco), depois da massagem e 90 minutos após a massagem. Nos grupos de massagem, foi realizada uma sessão de 5 minutos de petrissage, amassamento e fricção em cada membro, sendo as mãos primeiro e os pés em seguida. O grupo controle recebeu apenas cuidados de rotina, sem a administração de analgésicos durante a avaliação.</p>	<p>controle, a EVA aumentou ligeiramente para <math>5,73 \pm 0,69</math>. Após 90 minutos da intervenção, as pontuações de dor nos grupos de massagem aumentaram discretamente para <math>3,62 \pm 0,69</math> (massagem nos pés) e <math>3,56 \pm 0,57</math> (massagem nos pés e mãos), mas ainda se mantiveram menores que no controle, que subiu para <math>6,17 \pm 0,58</math>.</p>
<p>A8 (Midilli, Tulay Sagkal; Eser, Ismet) 2015</p>	<p><i>Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial</i></p>	<p>Ensaio clínico, randomizado e controlado, realizado na Turquia, entre fevereiro e julho de 2011. Participaram 90 mulheres turcas submetidas à cesárea planejada ou não, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: capacidade de falar turco, idade entre 18 e 45 anos, tempo de internação hospitalar de pelo menos 2 dias, operação realizada sob anestesia geral, orientação em relação ao lugar e ao tempo e utilizar somente analgésico não opioide prescrito por médico: diclofenaco 75 mg/3 mL,</p>	<p>As participantes foram divididas em 2 grupos: reiki (n=45) e controle (n=45). A Escala Visual Analógica (EVA) foi utilizada para avaliar a dor, com pontuações de 0 (nenhuma dor) a 10 cm (pior dor possível), e aplicada quatro vezes: antes e após a primeira sessão de reiki (24h pós-operatório) e antes e após a segunda sessão (48h pós-operatório). O grupo reiki recebeu aplicação da técnica uma vez ao dia, durante dois dias, dentro de 4 a 8 horas após a analgesia pós-operatória. A técnica consistiu na aplicação das mãos em 10 regiões do corpo, por 3 minutos em cada área, totalizando 30 minutos de sessão. As aplicações incluíram pontos no lado esquerdo e direito do corpo, como cabeça,</p>	<p>Na medição 1 (24ª hora pós-operatória), antes da primeira intervenção, as médias de dor eram semelhantes entre os grupos: <math>3,73 (\pm 1,67)</math> no grupo Reiki e <math>4,13 (\pm 1,39)</math> no grupo controle. Após a primeira aplicação de Reiki, na medição 2 (24ª hora pós-operatória), imediatamente após a primeira intervenção, observou-se uma redução significativa da dor no grupo Reiki (<math>2,06 \pm 1,20</math>), enquanto o grupo controle manteve um nível elevado (<math>4,26 \pm 1,62</math>), com diferença estatisticamente significativa (<math>p = 0,000</math>). Na medição 3 (48ª hora pós-operatória), antes da segunda intervenção, os escores de dor voltaram a aumentar levemente no grupo Reiki (<math>2,75 \pm 1,60</math>), permanecendo abaixo do controle (<math>3,69 \pm 1,68</math>). Já na medição 4 (48ª hora pós-operatória), imediatamente após a</p>

		intramuscular.	garganta, peito, abdômen, joelhos e pés, com foco em pontos energéticos (chakras). Já o grupo controle, recebeu um descanso sem tratamento pelo mesmo período.	segunda intervenção, a dor no grupo Reiki reduziu ainda mais ( $1,24 \pm 0,99$ ), enquanto no grupo controle se manteve alta ( $3,76 \pm 1,61$ ), com nova diferença significativa ( $p < 0,05$ ).
A9 (Degirmen, Nuriye et al.) 2011	<i>Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women</i>	Estudo experimental, controlado e randomizado, realizado na Turquia, entre 1º de janeiro e 30 de abril de 2006. Participaram 75 gestantes com cesárea agendada, com os seguintes critérios de inclusão: consentiram em participar de cada grupo de estudo e aquelas que estavam conscientes.	As participantes foram divididas em três grupos, cada um com 25 pacientes: grupo controle, grupo de massagem nos pés e mãos, e grupo de massagem apenas nos pés. A intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Numérica de Avaliação (NRS), que varia de 0 a 10 pontos, e da Escala Verbal de Avaliação (VRS), composta por cinco níveis, de 1 a 5. As medições da NRS e da VRS foram realizadas antes da intervenção (entre 1 a 4 horas após a administração de analgésicos), e imediatamente após a aplicação e 90 minutos após a intervenção. Nos grupos de intervenção, as massagens foram aplicadas nas primeiras 24 horas do pós-operatório, utilizando as técnicas de petrissage, amassamento e fricção, com duração de 5 minutos em cada membro (mãos e pés, ou apenas pés, conforme o grupo). O grupo controle não recebeu intervenções de massagem.	Antes da intervenção, os grupos de massagem tinham NRS mais elevados que o grupo controle, com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Após a massagem, ambos os grupos de intervenção apresentaram redução na dor, embora o grupo que recebeu massagem nos pés e mãos tenha tido uma queda maior, a diferença entre os dois grupos de intervenção não foi estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Após 90 minutos, os dois grupos de massagem mantiveram níveis mais baixos de dor em comparação ao grupo controle, com diferença altamente significativa ( $p < 0,001$ ). Os níveis de intensidade da dor adquiridos com VRS foram paralelos aos de NRS.
A10	<i>Comparativ</i>	Estudo	As participantes foram	Nas primeiras 24 horas

<p>(Farzaneh, Mehran <i>et al.</i>)</p> <p>2019</p>	<p><i>e Effect of Nature-Based Sounds Intervention and Headphones Intervention on Pain Severity After Cesarean Section: A Prospective Double-Blind Randomized Trial</i></p>	<p>prospectivo, duplo-cego e randomizado, realizado no Hospital Motahari, em Jahrom (Irã), entre abril de 2015 e fevereiro de 2016. Incluiu 57 pacientes, de 18 a 45 anos, submetidas a cesárea eletiva.</p>	<p>distribuídas aleatoriamente em 3 grupos de 19 participantes cada: controle, fone de ouvido e sons baseados na natureza (N-BS). 8 horas após a cirurgia, a dor foi avaliada nos 3 grupos e registrada a cada 8 horas por até 48 horas após a cirurgia, as quais foram divididas em 3 turnos (1º, 2º e 3º turnos) durante cada 24h, totalizando 6 turnos. No grupo controle, as mães receberam apenas o tratamento padrão (tratamento personalizado com base na condição pós-operatória da paciente com PRN como tratamento analgésico), sem intervenção adicional. No grupo de fones de ouvido, além do tratamento padrão, as participantes utilizaram fones sem reprodução de som por 20 minutos. No grupo N-BS, além do tratamento padrão, foram usados fones Marshal (Major) e MP3 Players com sons de 25-50 dB, incluindo canto de pássaros e chuva suave. Cada participante foi solicitado a deitar-se suavemente com os olhos fechados, em repouso, acompanhando o fluxo dos sons. No grupo com fones de ouvido, as mães foram orientadas a colocar fones de ouvido e permanecer em silêncio pelo mesmo período que o grupo de intervenção.</p>	<p>pós-operatórias, observou que antes da primeira intervenção, as médias de dor eram elevadas e semelhantes entre os grupos: 5,798 (<math>\pm 1,496</math>) no grupo N-BS, 6,053 (<math>\pm 1,594</math>) no grupo com fones e 6,263 (<math>\pm 1,540</math>) no controle. 15 minutos após a primeira intervenção, houve queda expressiva na dor nos grupos N-BS (2,111 <math>\pm 1,079</math>) e fones (2,368 <math>\pm 1,640</math>), enquanto o grupo controle permaneceu com dor elevada (4,701 <math>\pm 1,738</math>). Aos 60 minutos, a dor continuava significativamente reduzida nos grupos intervenção (3,105 <math>\pm 2,514</math>) em comparação ao grupo controle (5,211 <math>\pm 1,182</math>). Esse padrão se repetiu no segundo turno, com médias iniciais de dor de 5,105 <math>\pm 0,809</math> (N-BS), 4,579 <math>\pm 1,644</math> (fones) e 4,579 <math>\pm 2,364</math> (controle), e reduções importantes após 15 minutos (1,684 <math>\pm 1,701</math>; 4,474 <math>\pm 1,679</math> e 4,579 <math>\pm 2,364</math>, respectivamente), mantendo-se baixas aos 60 minutos apenas nos grupos intervenção. No terceiro turno, o padrão persistiu: a média inicial de dor era de 3,316 (N-BS), 3,947 (fones) e 4,000 (controle); após 15 minutos, o grupo N-BS chegou ao valor mínimo de 0,737 <math>\pm 1,368</math>, enquanto o controle permaneceu com média de 4.000 <math>\pm 1.915</math> e o grupo fone de ouvido 3,895 <math>\pm 2,025</math>. A dor nas 24 horas subsequentes (ou seja, após as novas aplicações das intervenções), mostra que os efeitos analgésicos</p>
---	---	--	---	---

			<p>As mães designadas para o grupo controle foram orientadas a descansar por um período semelhante. A coleta de dados ocorreu em momentos específicos: imediatamente antes da intervenção, 15 e 60 minutos após seu término.</p>	<p>se manteve. No primeiro turno dessa nova etapa, antes da intervenção, as médias de dor estavam em <math>4,211 \pm 3,536</math> (N-BS), <math>3,105 \pm 2,272</math> (fones) e <math>3,421 \pm 2,122</math> (controle). 15 minutos depois, a dor caiu drasticamente para <math>0,895 \pm 0,274</math> (N-BS) e <math>0,2895 \pm 2,109</math> (fones), enquanto o controle teve média de <math>3,368 \pm 2,101</math>. Aos 60 minutos, o grupo N-BS obteve média de <math>1,632 \pm 0,874</math>, enquanto o de fones de ouvido manteve a sua média em <math>2,895 \pm 2,109</math> em contraste com o grupo controle, com <math>3,053 \pm 1,922</math>. Nos turnos seguintes, os valores se repetem, demonstrando que as intervenções não farmacológicas foram eficazes de maneira consistente ao longo do tempo, com destaque para o grupo N- BS, que frequentemente apresentou os menores escores médios de dor.</p>
<p>A11 (Jin, Ying <i>et al.</i>) 2023</p>	<p><i>Efficacy of electroacupuncture combined with intravenous patient-controlled analgesia after cesarean delivery: a randomized clinical trial</i></p>	<p>Ensaio clínico randomizado, simples-cego e de centro único, realizado em um hospital universitário na China entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2021. Foram incluídas pacientes do sexo feminino submetidas a parto cesáreo e que receberam fentanil como analgesia intravenosa controlada pela paciente para analgesia pós-operatória.</p>	<p>O estudo incluiu 158 participantes, as quais foram distribuídas aleatoriamente em 3 grupos: analgesia controlada pelo paciente por via intravenosa (PCIA) + eletroacupuntura (EA) de 2 Hz (n=53), PCIA + EA de 20/100 Hz (n=53) ou EA simulada (n=52). Os 2 grupos de eletroacupuntura receberam tratamento com eletroacupuntura nos pontos ST36 e SP6, enquanto que, no grupo de eletroacupuntura simulada, foi realizado em pontos não meridianos com instrumentos de</p>	<p>Ao longo das 48 horas, os escores de dor variaram de forma estatisticamente relevante entre os três grupos. Nas primeiras 6h após a cesariana, não houve diferenças significativas nas pontuações de dor, sugerindo uma possível interferência da anestesia na percepção da dor nesse intervalo (<math>p = 0,266</math>). 6h após a primeira intervenção, ou seja, 12h após a cirurgia, os escores de dor foram significativamente menores nos dois grupos EA em comparação ao grupo EA simulado, com pouca diferença entre os grupos de 2 Hz e 20/100 Hz (<math>p &gt;.05</math>). Em 24h e 48h</p>

			<p>eletroacupuntura não energizados. As pacientes de todos os grupos receberam 4 sessões de tratamento, cada uma com duração de 25 minutos, administradas em 6, 12, 24 e 48 horas após a cirurgia, com possibilidade de medicação de resgate para dor intensa. Os escores de dor, consumo de fentanil e o número de compressões da bomba analgésica (NAPC) também foram avaliados em 6, 12, 24 e 48 horas após a cirurgia. No grupo de EA, foram utilizadas agulhas estéreis e estimulação nos pontos ST36 e SP6, com frequências de 2 Hz ou 20/100 Hz, enquanto o grupo ERA simulada recebeu agulhas placebo sem penetração ou estimulação elétrica.</p>	<p>após a cirurgia, ou seja, respectivamente, 12h após a 2ª intervenção e 24 após a 3ª intervenção, os escores de dor de todos os grupos obtiveram diminuição, no entanto, os grupos de EA foram significativamente menores que a EA simulada (<math>p &lt; 0,01</math>). O consumo de fentanil foi significativamente menor nos 2 grupos EA do que no grupo EA simulado em todos os momentos (<math>p &lt; 0,05</math>), com uma diferença significativa entre os grupos de 2 Hz e 20/100 Hz apenas 24 horas após a cirurgia (<math>p = 0,0031</math>).</p>
<p>A12 (Aksu, Ashlan <i>et al.</i>) 2024</p>	<p><i>Effects of Acupressure on Pain and First Mobilisation Distance After Caesarean Section: A Double-Blind Randomised Controlled Study</i></p>	<p>Ensaio clínico prospectivo, randomizado, duplo-cego e controlado, realizado na Turquia entre julho e outubro de 2022, com dois grupos paralelos. O estudo contou com a participação de 64 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 45 anos; histórico de cesarianas repetidas sob raqui-anestesia; ausência de riscos à saúde materna</p>	<p>As participantes foram divididas em dois grupos com 32 pacientes: grupo acupressão e grupo acupressão placebo. Em ambos os grupos, foram utilizadas a Escala Visual Analógica (EVA) para mensuração da dor, com pontuações de 0 (nenhuma dor) a 10 cm (pior dor possível), a qual foi aplicada em quatro momentos: antes da acupressão (T0), 1 min após a acupressão (T1), 2h após a acupressão (T2) e 4h após a acupressão (T3). Todas as mulheres realizaram a sessão de acupressão</p>	<p>As pontuações de EVA em T0 não houveram diferenças significativas entre os dois grupos. Em T1, ambos os grupos apresentaram redução na média da dor, mas apenas o grupo acupressão teve diferença estatisticamente significativa (<math>p &lt; 0,001</math>). Em T2 e T3, o grupo acupressão permaneceu com diminuições significativas em relação a T0, embora tenha ocorrido um leve aumento (<math>p &lt; 0,001</math>). No grupo placebo, a EVA diminuiu em T1 e aumentou em T2 e T3 em comparação a T0, mas isso não foi estatisticamente</p>

		ou fetal; idade gestacional entre 37 e 40 semanas; não utilização de analgesia controlada pela paciente no pós-operatório; ausência de sensibilidade nos pontos de acupressão; e capacidade de comunicação em língua turca.	ou placebo 2h após a cesárea. O grupo acupressão recebeu massagem por 20 a 30 segundos ao redor dos pontos SP6, P6 e LI4 direitos e esquerdos e, em seguida, foi aplicado pressão com o polegar nesses pontos específicos por cerca de 2 minutos (5 segundos de pressão e 2 segundos de descanso), totalizando aproximadamente 15 minutos para os seis pontos. No grupo de acupressão placebo, a pressão foi aplicada a 1,5 cm de distância dos pontos de acupressão reais, com o mesmo procedimento.	significativo (p=0,160).
A13 (Şimşek, Hülya Elmali; Şule Ecevit Alpar) 2022	<i>The effect of aromatherapy and Su Jok interventions on post-cesarean pain</i>	Ensaio clínico randomizado, conduzido entre 9 de fevereiro e 2 de outubro de 2019, na Turquia, com a participação de 120 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: mulheres que deram à luz por cesariana sob anestesia regional, apresentavam dor, estavam nas primeiras 48 horas de pós-operatório e se voluntariaram para participar do estudo. Caso tivessem recebido analgésico, foram incluídas apenas após um intervalo mínimo de 3 horas da administração, para que o efeito do medicamento diminuísse ou cessasse.	As participantes foram distribuídas em quatro grupos, com 30 pacientes cada: aromaterapia; terapia Su Jok; combinação de Su Jok e aromaterapia; e grupo controle. Em todos os grupos, a dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA), de 0 (nenhuma dor) a 10 cm (pior dor possível), aplicada em três momentos: antes da intervenção (EVA 1), imediatamente após (EVA 2) e 30 minutos depois (EVA 3). Nos grupos que aplicaram a aromaterapia, cada participante escolheu entre os óleos de lavanda, rosa ou eucalipto; três gotas do óleo escolhido foram aplicadas em gaze estéril, fixada próxima ao pescoço, para inalação por 30 minutos. Nos grupos Su Jok, utilizou-se a	Antes da intervenção, a pontuação da EVA não teve diferenças significativas entre os grupos (p=0,338). Em EVA 2 e 3, os grupos intervenções tiveram diminuições significativas da EVA, sendo Su Jok (p=0,000), aromaterapia (p=0,001) e Su Jok combinado com aromaterapia (p=0,000), enquanto o controle teve um aumento da pontuação, comparando a EVA 1.

			<p>terapia de sementes com trigo sarraceno, aplicada nas mãos por serem mais apropriadas no pós-cesárea. O ponto de acupuntura correspondente à dor foi identificado, massageado pelo pesquisador por alguns minutos e, em seguida, a semente foi fixada com bandagem. A paciente foi orientada a continuar a massagem, completando um total de 30 minutos. O grupo da combinação de Su Jok e aromaterapia receberam as práticas simultaneamente. O grupo de controle não recebeu nenhuma intervenção adicional além dos cuidados hospitalares de rotina.</p>	
<p>A14 (Hadi, Niaz; Ali Akbar Hanid)  2011</p>	<p><i>Lavender Essence for Post-cesare an Pain</i></p>	<p>Trata-se de um ensaio clínico cego simples randomizado, realizado no Irã, no período de junho de 2010 a junho de 2011. Incluiu 200 gestantes a termo submetidas à cesárea eletiva. Os critérios de inclusão foram a utilização de raquianestesia, ausência de manipulação/adesão intra-abdominal, ausência de operação concomitante e duração de operação menor que 20 minutos.</p>	<p>As pacientes foram randomizadas em 2 grupos (intervenção e controle) de 100 participantes e levadas para duas salas diferentes 6-8 h após a operação. A intensidade da dor foi medida de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA), medidas pelo menos 3 horas após receber analgésicos intravenosos semelhantes (EVA basal) e 30 min após a intervenção (estágio 1). Os mesmos processos foram repetidos 8 (estágio 2) e 16 (estágio 3) horas depois. 2 gotas de essência de lavanda a 2% foram aplicadas com um cotonete no</p>	<p>O escore médio de dor medido com a EVA foi de <math>6,16 \pm 2,03</math> no grupo de caso vs. <math>5,78 \pm 1,97</math> no de controle. Os 2 grupos eram comparáveis neste aspecto (<math>p = 0,18</math>). No 1º estágio, a diminuição da pontuação da dor foi significativamente maior no grupo de caso do que nos controles (<math>p &lt; 0,001</math>). No 2º estágio, foi novamente significativamente maior no grupo de caso do que nos controles (<math>p &lt; 0,001</math>). A diminuição do escore de dor no 3º estágio foi significativamente maior no grupo de caso do que nos controles (<math>p &lt; 0,001</math>). Na análise intra-grupo, o escore médio de dor diminuiu significativamente em ambos os grupos, da linha de base até o final do</p>

			interior de uma máscara facial de oxigênio no grupo de intervenção. As pacientes do grupo controle receberam oxigênio por meio de uma máscara facial com o placebo (material aromático artificial semelhante à essência de lavanda). A máscara foi usada por 3 min. Meia hora depois, o EVA foi documentado novamente.	período de estudo ( $p < 0,001$ para ambos).
A15 (Kiliçli ID, Ayşegül; Simge Zeyneloglu ID) 2024	<i>Effect of Reflexology on Pain, Fatigue, Sleep Quality, and Lactation in Postpartum Primiparous Women After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial</i>	Ensaio clínico randomizado controlado de dois braços e grupos paralelos, conduzido na Turquia entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de janeiro de 2021. Participaram 80 mulheres com os seguintes critérios de inclusão: ter tido parto cesáreo, ser primíparas, ter entre 19 e 35 anos de idade, ser alfabetizadas, ter tido um parto único com 37 semanas de gestação ou mais, ter recebido raquianestesia e residir no centro de Şanlıurfa.	As mulheres foram divididas em dois grupos com 40 participantes cada: grupo de reflexologia e grupo de controle. Em ambos os grupos, a dor foi mensurada por meio da Escala Visual Analógica (EVA), variando de 0 (sem dor) a 10 cm (pior dor possível), aplicada em três momentos distintos, com repetição semanal ao longo de 8 semanas: antes da reflexologia, imediatamente após a reflexologia e 60 minutos após. No grupo intervenção, a reflexologia foi realizada 6h após o parto e aplicada uma vez por semana durante 8 semanas (a primeira sessão no hospital e as outras 7 em casa). Cada sessão teve duração de 40 minutos (20 minutos para cada pé). Aplicações específicas foram realizadas três vezes em pontos dos pés relacionados à dor, fadiga, sono e lactação, aplicando pressão em pequenos círculos ou	Na semana 1, os escores iniciais de dor, medidos pela EVA, foram semelhantes entre os grupos (reflexologia: 7,9; controle: 7,4). No entanto, imediatamente após a intervenção, o grupo reflexologia apresentou uma redução significativa da dor (3,1), que se acentuou ainda mais após 60 minutos (1,0). Em contraste, o grupo controle registrou um aumento na dor, com escores de 8,1 logo após a intervenção e 8,8 após 60 minutos. Na semana 2, a dor voltou a diminuir no grupo reflexologia (de 6,7 para 2,4 imediatamente e 0,8 após 60 minutos), enquanto o grupo controle apresentou aumento (de 7,2 para 8,2 e 8,3, respectivamente). Na semana 3, os escores do grupo reflexologia começaram em 2,9, caíram para 0,2 imediatamente após a intervenção e chegaram a 0,03 após 60 minutos. Já o grupo controle iniciou com 5,5, com leve redução para 5,4 e 5,3. Na semana 4, o grupo reflexologia partiu de um escore de 0,3 e atingiu 0

			<p>movimentos (por aproximadamente 30 segundos a 1 minuto por ponto). No grupo controle, as participantes não receberam a intervenção de reflexologia, mas foram entrevistadas 1 vez por semana durante as primeiras 8 semanas pós-parto.</p>	<p>tanto imediatamente quanto 60 minutos após a intervenção. O grupo controle começou com 3,9 e teve leve queda para 3,7 e 3,5. Nas semanas 5, 6 e 7, o grupo reflexologia manteve escores de dor em 0 em todas as medições, enquanto o grupo controle continuou apresentando escores acima de zero.</p>
<p>A16 (Olapour, Alireza <i>et al.</i>) 2013</p>	<p><i>The Effect of Inhalation of Aromatherapy Blend containing Lavender Essential Oil on Cesarean Postoperative Pain</i></p>	<p>Trata-se de um ensaio clínico triplo-cego, randomizado e controlado por placebo, realizado pela primeira vez em Ahvaz, uma cidade localizada na parte sudoeste do Irã. Foram incluídas 60 gestantes internadas em um hospital geral para cesárea, com classe ASA I e II, ausência de hipertensão, distúrbios de coagulação, enxaquecas e cefaleias crônicas, sem história de alergia a plantas medicinais, sem história de anosmia.</p>	<p>As participantes foram divididas aleatoriamente em 2 grupos: intervenção (n=30) e placebo (n=30). A gravidade da dor foi documentada com base na Escala Visual Analógica (EVA), régua de 10 cm que inclui 10 números que começam em 0 (sem dor) e terminam em 10 (dor mais intensa). Os diferentes estados de um rosto humano em resposta em resposta à gravidade da dor foram representados no outro lado da régua. Foi pedido que as pacientes escolhessem um deles de acordo com a gravidade da dor. No grupo intervenção, as pacientes inalaram cerca de 3 gotas de essência de óleo de Lavanda a 10%, e o grupo placebo inalou 3 gotas de mistura de aromaterapia sem essência de lavanda após o início da dor pós-operatória, quatro, oito e 12 horas depois, durante 5 minutos a uma distância de 10 cm. A dor da paciente foi mensurada pela EVA antes e depois de</p>	<p>Após o uso do medicamento em comparação com antes da utilização, houve maior diminuição na pontuação EVA no grupo lavanda do que no grupo placebo. Esses valores foram significativos em 4, 8 e 12 horas após a primeira intervenção. No grupo lavanda, o nível de satisfação com o medicamento foi de 90%, enquanto no grupo placebo, foi relatada uma satisfação de 50% ( p = 0,001). No grupo lavanda, o uso do supositório Diclofenaco para completar a analgesia foi de 43,3%, e no grupo placebo foi de 76,7% ( p = 0,008).</p>

			<p>cada intervenção. Não foi utilizado opióide ou benzodiazepínico como sedação após a cirurgia. A pontuação da dor foi novamente medida utilizando a EVA e, se a EVA fosse superior a 3, era administrado, na 1ª vez, analgésico, , Diclofenaco sódico 75 mg e, nas vezes, supositórios de Diclofenaco 100 mg. O nível de significância foi fixado em <math>p \leq 0,05</math>.</p>	
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da análise dos artigos, observou-se que aqueles incluídos possuíam publicações de 2011 a 2024, com maior concentração nos anos mais recentes. Desse modo, o ano de 2024 destacou-se entre os outros, com o total de 4 estudos (A3, A6, A12 e A15), sendo o período de maior número de publicações entre os avaliados. Em seguida, os anos de 2011 e 2022 apresentaram dois estudos cada (A9, A14, A4 e A13, respectivamente). Os anos de 2012, 2013, 2015, 2016, 2019, 2020, 2021 e 2023 contabilizaram apenas uma publicação.

Em relação aos países onde os estudos foram realizados, verificou-se uma predominância de pesquisas conduzidas nos continentes asiático e africano, sendo o primeiro de maior predominância, com 94%. A Turquia destacou-se com o maior número de estudos (A2, A5, A8, A9, A12, A13 e A15), seguido pelo Irã (A1, A3, A7, A10, A14 e A16). Além disso, foram identificados estudos desenvolvidos na Tailândia (A4), Tunísia (A6) e China (A11). Por outro lado, não houve registros de pesquisas provenientes da América, Europa, Oceania e Antártida.

No que concerne às PICS, destacou-se a massoterapia como uma das mais utilizadas, sendo avaliada em 4 ensaios clínicos randomizados. As regiões de aplicação incluíram mãos e pés (A1, A7 e A9) e a região superior das costas (A5). Nessa perspectiva, verificou-se que a acupressão e a aromaterapia também foram aplicadas em 4 estudos, cada uma. No caso da acupressão, os locais de aplicação foram os seguintes:

região auricular (A3 e A4), pés e mãos nos pontos SP6, P6, L14 (A12) e apenas nas mãos (A2). No que concerne à aromaterapia, foram utilizados os óleos essenciais de lavanda (A6, A13, A14 e A16), rosa (A13) e eucalipto (A13).

Nesta perspectiva, a reflexologia podal foi avaliada em dois estudos (A3 e A15). Por outro lado, a acupuntura - na modalidade da eletroacupuntura (A11), utilizando os pontos SP6 e ST36 - a musicoterapia (A10), o Reiki (A8) e a terapia de Su Jok (A13) foram, cada uma, estudadas em apenas um ensaio clínico randomizado.

Quanto à categoria profissional dos autores das pesquisas analisadas, identificaram-se enfermeiros e médicos como principais realizadores dos estudos. Aproximadamente 37,5% dos trabalhos foram conduzidos exclusivamente por médicos (A4, A5, A6, A11, A14 e A16), enquanto 25% foram realizados apenas por enfermeiros (A1, A2, A13 e A15). Os demais 37,5% dos estudos contaram com a participação conjunta de médicos e enfermeiros (A3, A7, A8, A9, A10 e A12).

Dos 16 estudos da presente análise, todos apresentaram escores de redução da dor superiores nos grupos que utilizaram as PICS, em comparação com os grupos controle (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15 e A16). Além disso, cerca de 38% dos estudos (n=6) compararam a redução do uso de analgésicos entre os grupos controle e intervenção, sendo que os artigos evidenciaram uma maior diminuição no grupo intervenção (A1, A2, A6, A8, A11 e A16).

Ainda, através da Escala de Tempo da Resposta à Intervenção e da Escala de Duração do Efeito Terapêutico, os estudos selecionados foram analisados. Os escores atribuídos variaram entre 1 e 5, conforme os resultados identificados pelos revisores, e podem ser observados no quadro 4.

Quadro 4: Classificação dos estudos selecionados através da Escala de Tempo da Resposta à Intervenção e da Escala de Duração do Efeito Terapêutico.

<b>ESCALA DE TEMPO DA RESPOSTA À INTERVENÇÃO</b> Escore de 1 a 5		<b>ESCALA DE DURAÇÃO DO EFEITO TERAPÊUTICO</b> Escore de 1 a 5	
<b>ESCORES</b>	<b>ARTIGOS</b>	<b>ESCORES</b>	<b>ARTIGOS</b>

1 (Muito lento)	A4	1 (Muito curta)	A6 e A13
2 (Lento)	-	2 (Curta)	A1, A2, A3, A7 e A9
3 (Moderado)	A11 e A16	3 (Moderada)	A12
4 (Rápido)	A5	4 (Longa)	A5, A10, A14 e A16
5 (Muito rápido)	A1, A2, A3, A6, A7, A8, A9, A10, A12, A13, A14 e A15	5 (Muito longa)	A4, A8, A11 e A15

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à Escala de Tempo da Resposta à Intervenção, observou-se que, dentre os 16 artigos, apenas A4 foi classificado com pontuação “1 – Muito lento”, no qual a melhora da dor ocorreu somente após 12 horas da intervenção. Quanto ao escore “2 – Lento”, este não foi atribuído em nenhum estudo. Por outro lado, o escore “3 – Moderado”, correspondente a intervenções com efeitos percebidos de 2 a 6 horas, foi observado em 2 (13%) estudos (A11 e A16).

Ainda, 6% (n = 1) foi avaliado com pontuação “4 – Rápido”, com alívio da dor de 1 a 2 horas após a intervenção (A5). Em contrapartida, a maioria dos ensaios clínicos randomizados, equivalente a 75% (n = 12), foi classificada com pontuação “5 – Muito rápido”, o que revela que as intervenções promoveram alívio quase imediato da dor, ou seja, em menos de 1 hora (A1, A2, A3, A6, A7, A8, A9, A10, A12, A13, A14 e A15), destacando o alto potencial terapêutico de técnicas como a aromaterapia, reflexologia, acupressão e Reiki.

Quanto à duração do efeito terapêutico, 2 (13%) artigos foram classificados com “1 – Muito curta”, pois evidenciaram o alívio breve e o retorno da dor em menos de 1 hora (A6 e A13). Posteriormente, 5 (31%) apresentaram escore “2 – Curta”, com efeitos sustentados de 1 a 3 horas (A1, A2, A3, A7 e A9). O escore “3 – Moderada”, atribuído a intervenções com efeitos de 3 a 6 horas, foi aplicado a 1 (6%) estudo (A12). O escore “4 – Longa” também foi observado em 25% (n = 4), os quais apresentaram duração terapêutica de 6 a 12 horas (A5, A10, A14 e A16). Por fim, o escore “5 – Muito longa” foi designado a 4 (25%) artigos, os quais indicaram que o alívio proporcionado pelas intervenções persistiu por mais de 12 horas ou até por dias (A4, A8, A11 e A15).

#### 4 DISCUSSÃO

Na análise dos 16 ensaios clínicos randomizados ficou evidenciado que as PICS apresentaram eficácia significativa no alívio da dor pós-cesárea, reforçando seu papel como estratégia não farmacológica complementar à analgesia convencional. Destaca-se que 100% dos estudos evidenciaram aumento na redução da dor nos grupos que utilizaram as PICS sejam isoladas ou combinadas.

Além disso, aproximadamente 38% das pesquisas avaliaram a necessidade de uso de analgésicos nos grupos controle e placebo, no entanto, no grupo intervenção houve uma diminuição em sua administração. As práticas integrativas e complementares utilizadas foram a massoterapia, acupressão, acupuntura, aromaterapia, reflexologia podal, reiki, terapia Su Jok e musicoterapia, as quais demonstraram efetividade na redução dos escores de dor em comparação aos grupos controle e placebo.

Dentre essas práticas, destaca-se a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) - considerada como o sistema de saúde mais antigo da Ásia - a qual abrange práticas corporais (acupuntura), meditação, orientação alimentar, e uso de plantas medicinais relacionadas à prevenção de agravos e doenças, promoção e recuperação da saúde (Cheung, 2011; Brasil, 2015). Desenvolvida ao longo de milênios com base em observações empíricas e sucessivos aprimoramentos, a MTC foi, até o século XIX, a principal forma de cuidado em saúde na China, antes da introdução da medicina ocidental por missionários europeus (Cheung, 2011).

Em contrapartida, observa-se a ausência de estudos provenientes do Brasil e de outros países do continente americano nesta revisão. No que se refere ao contexto brasileiro, essas abordagens integrativas no sistema de saúde tiveram início apenas a partir da década de 1980, sendo a PNPIC institucionalizada no país somente em 2006, por meio da Portaria n. 971 (Brasil, 2015). Esse fato pode justificar a ausência de estudos a respeito do tema, uma vez que o Brasil inseriu as primeiras PICS há pouco mais de quatro décadas, enquanto que a China, por exemplo, utiliza há séculos (Cheung, 2011; Brasil, 2015).

Embora seja um modelo de saúde relativamente atual no Brasil, o país obteve avanços em relação às legislações acerca das PICS, o que possibilitou a sua aderência pelas Secretarias de Saúde dos municípios, estados e do Distrito Federal. Entre os principais marcos normativos do Ministério da Saúde, destacam-se a Portaria n.

971/2006, que instituiu a PNPIC, bem como as Portarias n. 849/2017 e n. 702/2018, que, em conjunto, ampliaram para 29 o número de práticas oficialmente reconhecidas.

Todavia, é importante salientar que, nesta pesquisa, foram incluídas algumas práticas ainda não contempladas pela PNPIC, mas que demonstraram resultados positivos, como a acupressão, massoterapia e a terapia de Su Jok, especialmente no alívio da dor pós-operatória de cesarianas (A2, A3, A4, A12 e A13). No entanto, apesar de não estarem explicitamente listadas entre as PICS oficialmente reconhecidas no país, elas possuem princípios associados à reflexoterapia e acupuntura - as quais estão inseridas na PNPIC - sendo a primeira associada à estimulação de pontos para reativar a homeostase e restaurar o equilíbrio nas regiões com algum tipo de bloqueio, enquanto a segunda estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos (Brasil, 2023).

Diante disso, a acupressão mostrou-se eficaz no manejo terapêutico da dor pós-cesárea. Como demonstrado na Escala de Tempo da Resposta à Intervenção em três estudos (A2, A3 e A12) - nos quais esta prática foi avaliada - o tempo de resposta da intervenção foi quase imediato, menor que 1h. Somente A4 obteve resposta muito lenta.

Ainda, no que se refere à duração terapêutica, é importante destacar que A2 e A3 foram analisados apenas em intervenções de curta duração, já que os estudos incluídos limitaram-se a observar os efeitos até a segunda hora após a aplicação. Assim, a ausência de dados sobre efeitos em períodos mais prolongados não implica ineficácia, mas reflete a limitação temporal das pesquisas avaliadas, bem como a influência de avaliações realizadas tardiamente, que podem não captar adequadamente a janela terapêutica.

No que concerne à massoterapia, esta prática foi analisada nos estudos A1, A5, A7 e A9, demonstrando efeitos rápidos no alívio da dor pós-cesárea, com resposta quase imediata na maioria dos casos. Em A1, A7 e A9, os efeitos foram de curta duração, possivelmente devido ao tempo de avaliação limitado a até 90 minutos. Já o estudo A5, avaliou a dor apenas após 60 minutos da aplicação e estendeu a observação até 12 horas, identificando um efeito mais duradouro em comparação ao grupo controle.

De modo semelhante aos estudos analisados acerca da massoterapia, a pesquisa de Dogan, Çaltekin e Günel (2022) também demonstrou uma redução significativa da dor

pós-operatória, no entanto, foi observada em mulheres submetidas à histerectomia. Foi realizada a estimulação de todas as áreas do tecido conjuntivo posterior (sacral, lombar, torácica inferior, escapular, interescapular e cervical), a qual foi aplicada duas vezes na terceira e 24<sup>a</sup> hora pós-operatória. Desse modo, o grupo que recebeu a intervenção apresentou escores de dor inferiores aos do grupo controle, o que reforça a eficácia de técnicas manuais como estratégia complementar para o manejo da dor cirúrgica.

No que diz respeito às práticas incluídas na PNPIC, a aromaterapia foi a que obteve maior destaque quanto à sua frequência nos estudos, com quatro ensaios clínicos. Os óleos essenciais utilizados foram lavanda, rosa e eucalipto, com destaque para a lavanda, presente em todos os estudos (A6, A13, A14 e A16). Os resultados mostraram redução significativa nos escores de dor nos grupos que receberam a intervenção, em comparação aos grupos controle ou placebo. Aproximadamente 75% dos estudos relataram tempo de resposta inferior a 1 hora, enquanto cerca de 25% apontaram efeitos de 2 a 6 horas. A duração do efeito terapêutico, segundo a Escala de Duração do Efeito Terapêutico, variou entre muito curta (A6 e A13) e longa (A14 e A16).

Em concordância com esses resultados, o estudo de Silva *et al.* (2024) também avaliou o uso do óleo essencial de lavanda em pacientes no período pós-operatório, entretanto, especificamente após cirurgias cardíacas. Nesta pesquisa, ao aplicar o óleo essencial puro de *Lavandula angustifolia* - com uma gota em um colar difusor de cerâmica a uma distância de 15-20 cm do nariz do paciente por 30 minutos - verificou-se uma redução significativa nos níveis de dor após o término da inalação no grupo experimental. Tais achados reforçam a potencial eficácia da aromaterapia como recurso não farmacológico no manejo da dor em contextos pós-cirúrgicos.

No tocante à reflexologia podal, os estudos incluídos (A3 e A15) demonstraram que ela obteve resultados significativos no que concerne à redução da dor pós-cesárea. Em ambos os estudos, o tempo de resposta da intervenção foi considerado muito rápido - menor que 1 hora - enquanto a duração do efeito terapêutico variaram entre curta (A3) e muito longa (A15). Não diferente deste cenário, o estudo clínico quase-experimental de Valiani *et al.* (2010) verificou a redução da dismenorrea em mulheres que foram submetidas à intervenção com reflexologia podal em 20 sessões diárias (40 minutos cada) durante dois ciclos menstruais consecutivos. Além disso, tal pesquisa verificou que

a reflexologia alcançou efeitos terapêuticos superiores ao ibuprofeno na redução da dismenorrea.

Não distante dos resultados das outras PICS já mencionadas anteriormente, a acupuntura (A11) - na modalidade eletroacupuntura - reiki (A8), musicoterapia (A10) e terapia de Su Jok (A13), apesar de terem sido citadas em apenas um artigo, também se mostraram eficazes para a redução da dor pós-cesárea. Os estudos, em quase sua totalidade, possuíram resposta terapêutica menor que 1 hora, e apenas A11 teve resposta de 2 a 6 horas após intervenção nos pontos SP6 e ST36.

Dessa forma, observa-se que os diferentes tipos de PICS - apesar do número ainda limitado de estudos em alguns países - apontam uma considerável eficácia na redução da dor pós-cesárea. A resposta rápida e os efeitos terapêuticos, mesmo em intervenções de curta duração, sugerem que essas práticas podem representar estratégias viáveis e seguras dentro e fora do contexto hospitalar, especialmente quando integradas ao cuidado convencional. Contudo, as variações nos tempos de resposta e duração do efeito entre os estudos reforçam a necessidade de aprofundamento das investigações, considerando fatores como o tipo de prática utilizada, o protocolo de aplicação e o momento da avaliação da dor.

Sob essa ótica, a efetividade das PICS no alívio da dor pós-cesárea, conforme demonstrado nos estudos analisados, reforça a importância de um cuidado integral à saúde da mulher no puerpério - a qual não deve limitar-se a terapia medicamentosa - mas incluir também intervenções que abranjam os aspectos biopsicossociais envolvidos em sua vivência e recuperação. Dessa forma, destaca-se o papel dos profissionais de saúde na adoção dessas práticas para a continuidade do cuidado, considerando as PICS como recursos terapêuticos complementares capazes de ampliar e integrar as possibilidades terapêuticas na promoção de uma assistência mais humanizada e holística (Tesser, Barros, 2008).

Nesse sentido, em 1946, a OMS definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças. Não distante disso, a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, ressalta a importância de um ambiente acolhedor que abranja as dimensões físicas, mentais, sociais e espirituais no processo de cura. A integração dessas abordagens teóricas possibilita a compreensão das

múltiplas dimensões envolvidas no período puerperal pós-cirúrgico, considerando não apenas a enfermidade, mas também os aspectos biopsicossociais da mulher (Parker; Smith, 2010).

Nesse contexto, também é relevante destacar a Rede Alyne - instituída pela Portaria GM/MS n. 5.350/2024 - uma vez que foi criada com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil, além de organizar e qualificar a atenção à saúde materno-infantil no âmbito do SUS. A sua estrutura organiza-se a partir de variados componentes, incluindo o puerpério, etapa em que se insere o cuidado à mulher no pós-operatório da cesariana. Dessa forma, ao contemplá-lo, contribui para fortalecer estratégias de cuidado direcionadas ao manejo da dor e à melhoria das condições de recuperação no pós-operatório imediato (Brasil, 2024a, 2024b).

## 5 CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que as PICS apresentaram eficácia significativa na redução da dor pós-cesárea, com destaque para técnicas como massoterapia, aromaterapia, acupressão, reiki, musicoterapia, terapia de Su Jok, eletroacupuntura e reflexologia podal.

Os estudos analisados evidenciaram resposta terapêutica rápida e, em alguns casos, efeitos prolongados, além da redução do uso de analgésicos no grupo intervenção. Embora a maioria das pesquisas tenha sido realizada em países asiáticos, os resultados indicam potencial de aplicação em contextos diversos, como o brasileiro.

Assim, reforça-se a importância de ampliar a produção científica nacional sobre o tema, incentivando a incorporação qualificada dessas práticas nos serviços de saúde como forma de promover o alívio da dor, a humanização do cuidado e a valorização de abordagens não farmacológicas no período pós-cesárea.

## REFERÊNCIAS

ABBASPOOR, Zahra; AKBARI, Malihe; NAJAR, Shanaz. Effect of foot and hand massage in post-cesarean section pain control: a randomized control trial. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 132-136, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904212001270>. Acesso em: 12/03/2025.

AKGÜN, Mehtap; BOZ, İlkey. The effects of acupressure on post-cesarean pain and analgesic consumption: a randomized single-blinded placebo-controlled study.

**International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 9, p. 609-617, 2020.

Disponível em:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/32/9/609/5900574?login=false>. Acesso em: 12/03/2025.

AKSU, Aslihan *et al.* Effects of acupressure on pain and first mobilisation distance after caesarean section: A double-blind randomised controlled study. **EXPLORE**, v. 21, n. 1, p. 103102, 2025. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S155083072400209X>. Acesso em: 27/03/2025.

BARBOSA, Dulce *et al.* Método PICO, alicerce para o projeto de RS. **Enfermagem baseada em evidências**. 1. ed. São Paulo/SP: Editora Atheneu, 2014, p.30

BETRAN, Ana Pilar *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**. Reino Unido, 2021. Disponível em:

<https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671.full?ijkey=JgilzebteZPF03j&keytype=ref>. Acesso em: 05/09/2024.

BORGES, Natalia Carvalho *et al.* Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana. **Revista Enfermería Global**. Espanha, 2017. Disponível em:

[https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/pt\\_1695-6141-eg-16-48-00354.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/pt_1695-6141-eg-16-48-00354.pdf). Acesso em: 05/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 - *dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de. Disponível em:

<https://www.ufpb.br/nepfh/contents/documentos/resolucoes/terapia-floral/inclusao-de-novas-praticas-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-pnpi.c.pdf>. Acesso em: 28/08/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 21 de março de 2018a. Disponível em:

<https://www.ufpb.br/nepfh/contents/documentos/resolucoes/terapia-floral/inclusao-de-novas-praticas-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-pnpi.c.pdf>. Acesso em: 28/08/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 04/03/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006. Disponível em:

[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html). Acesso em: 04/03/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 5350, de 12 de setembro de 2024. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2024a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350\\_13\\_09\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html). Acesso em: 27/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recursos Terapêuticos PICS**. Brasília - Distrito Federal, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/recursos-terapeuticos>. Acesso em: 19/08/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em: 27/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**, 2018b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_praticas\\_integrativas\\_complementares.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf). Acesso em: 04/03/2025.

BRITO, A. M. G. *et al.* Aromaterapia: da gênese a atualidade. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. Campinas - SP, v.15, n.4, p.789-793, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbpm/a/4pHPp9cWzmBrTHqtzhqGFyH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30/08/2024.

CHEUNG, F. TCM: Fabricado na China. *Nature* 480, S82–S83 (2011). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/480S82a>. Acesso em: 13/05/2025.

COSTA JÚNIOR, João Florêncio da *et al.* Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 1, p. 360-376, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4009>. Acesso em: 30/05/2025.

DEGIRMEN, Nuriye *et al.* Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. **Applied nursing research**, v. 23, n. 3, p. 153-158, 2010. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189708000815>. Acesso em: 25/03/2025.

DIAS, Barbara Almeida Soares *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, 2022; 38(6):e00073621. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dWSp5tyhCLmGZRttNQ6n3hg/?format=pdf>. Acesso em: 01/09/2024.

DOGAN, Hanife; ÇALTEKIN, Melike Demir; GÜNAL, Ayla. Short-Term Effects of Connective Tissue Massage After Hysterectomy: A Randomized Controlled Study. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 45, n. 1, p. 9-19, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35753879/>. Acesso em: 28/04/2025.

FARZANEH, Mehran *et al.* Comparative effect of nature-based sounds intervention and headphones intervention on pain severity after cesarean section: a prospective double-blind randomized trial. **Anesthesiology and pain medicine**, v. 9, n. 2, p. e67835, 2019. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6614917/>. Acesso em: 26/03/2025.

GÜNEY, Esra; UÇAR, Tuba. Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 43, p. 101320, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388121000190>. Acesso em: 17/03/2025.

HADI, Niaz; HANID, Ali Akbar. Lavender essence for post-cesarean pain. **Pakistan journal of biological sciences: PJBS**, v. 14, n. 11, p. 664-667, 2011. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/22235509>. Acesso em: 28/03/2025.

JIN, Ying *et al.* Efficacy of electroacupuncture combined with intravenous patient-controlled analgesia after cesarean delivery: a randomized clinical trial. **American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM**, v. 5, n. 2, p. 100826, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933322002567>. Acesso em: 26/03/2025.

KILIÇLI ID, Ayşegül; ZEYNELOGLU ID, Simge. Effect of Reflexology on Pain, Fatigue, Sleep Quality, and Lactation in Postpartum Primiparous Women After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Human Lactation**, v. 40, n. 2, p. 221-236, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08903344241232982>. Acesso em: 30/03/2025.

LEVETT, Kate M. *et al.* Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. **BMJ open**, v. 6, n. 7, p. e010691, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691>. Acesso em: 04/03/2024.

MIDILLI, Tulay Sagkal; ESER, Ismet. Effects of Reiki on post-cesarean delivery pain, anxiety, and hemodynamic parameters: A randomized, controlled clinical trial. **Pain Management Nursing**, v. 16, n. 3, p. 388-399, 2015. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904214001520>. Acesso em: 19/03/2025.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; Filho, Jorge Rezende. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. Editora Guanabara Koogan. 13ª edição, 2014. Acesso em: 05/09/2024.

MOUSAVI, Fatemeh S. *et al.* Comparison of two methods of complementary medicine on postoperative pain and anxiety: A randomized clinical trial. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 12, n. 1, p. 458, 2023. Disponível em: [https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2023/12220/comparison\\_of\\_two\\_methods\\_of\\_complementary.458.aspx?context=latestarticles](https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2023/12220/comparison_of_two_methods_of_complementary.458.aspx?context=latestarticles). Acesso em: 12/03/2025.

NOUIRA, Mariem *et al.* Aromatherapy Using Lavender Oil Effectiveness on Pain and Anxiety After C-Section: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 14, n. 4, p. 1536-1544, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44197-024-00305-6>. Acesso em: 17/03/2025.

OLAPOUR, Alireza *et al.* The effect of inhalation of aromatherapy blend containing lavender essential oil on cesarean postoperative pain. *Anesthesiology and pain medicine*, v. 3, n. 1, p. 203, 2013. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3821145/>. Acesso em: 31/03/2025.

OPENAI. ChatGPT (GPT-4). [S. l.]: OpenAI, 2025. Disponível em: <https://chat.openai.com/>. Acesso em: 12/04/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constitution of the World Health Organization*. New York, 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 22/05/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 05/09/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso**, afirma OMS. 16 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 28/08/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório global da OMS sobre medicina tradicional e complementar 2019. Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, 2019. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal\\_chile/3/7/5373.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal_chile/3/7/5373.pdf). Acesso em: 04/03/2025.

PAGE, Matthew J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Revista panamericana de salud publica**, v. 46, p. e112, 2023. Disponível: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9798848/>. Acesso em: 30/08/2024.

PARKER, Marilyn E.; SMITH, Marlaine C. Nursing theories and nursing practice. 3. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2010. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50202965/Nursing\\_Theories\\_and\\_Nursing\\_Practice\\_Third\\_Edition\\_-F.A.\\_Davis\\_Company\\_2010-libre.pdf?](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50202965/Nursing_Theories_and_Nursing_Practice_Third_Edition_-F.A._Davis_Company_2010-libre.pdf?) Acesso em: 22/05/2025.

POSSO, Maria Belén Salazar. Práticas Integrativas e Complementares no tratamento da dor. BrJP, v. 4, p. 97-98, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/wvmc9z8V4SbDxLhb6Tp6wTs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 04/03/2025.

RAKCHANOK, Tanitsookarn *et al.* Effectiveness of auricular point acupressure with magnetic plate for pain management in acute postpartum cesarean section patients in Thammasat University Hospital: a randomized clinical controlled trial. **Journal of Traditional Chinese Medicine**, v. 42, n. 4, p. 611, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9924732/>. Acesso em: 17/03/2025.

RAYYAN. Rayyan: systematic reviews made easier. Cambridge, MA: Rayyan, 2025. Disponível em: [https://rayyan.ai/users/sign\\_in](https://rayyan.ai/users/sign_in). Acesso em: 05/09/2025.

SAATSAZ, Sussan *et al.* Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: a randomized clinical trial. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 24, p. 92-98, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388116300457>. Acesso em: 19/03/2025.

SILVA, Ilisdayne Thallita Soares da *et al.* O uso da aromaterapia no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Brasil, 2020; 22:59677, 1-12. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1141527>. Acesso em 30/08/2024.

SILVA, Louise Constancia de Melo Alves *et al.* Efficacy of aromatherapy with Lavandula angustifolia oil on postoperative pain after cardiac surgery: A randomized clinical trial. **Explore (NY)**; 20(6): 103034, 2024 Jul 09. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550830724001411?via%3Dihub>. Acesso em: 28/04/2025.

SILVA, Maria Andréia da *et al.* Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. **Revista de enfermagem da UFPE On line**. Recife-PE,13(2):455-63, fev., 2019. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010322>. Acesso em: 30/08/2024.

ŞİMŞEK, Hülya Elmali; ALPAR, Şule Ecevit. The effect of aromatherapy and Su Jok interventions on post-cesarean pain. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 49, p. 101642, 2022. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388122001104>. Acesso em: 28/03/2025.

SOUSA, I. M. C.; ALBA, R. D. Mapeamento das medicinas tradicionais, complementares e integrativas na região das Américas e do Caribe: relatório da primeira etapa. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível:

<https://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/07/Resumo-do-Mapeamento-das-MTCI-nas-Americas-e-Caribe.pdf>. Acesso em: 04/03/2025.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.

**Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 914-920, 2008. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2008.v42n5/914-920/pt>. Acesso em: 27/05/2025.

VALIANI, Mahboubeh *et al.* Comparing the effects of reflexology methods and Ibuprofen administration on dysmenorrhea in female students of Isfahan University of Medical Sciences. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 15, n. Suppl1, p. 371, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3208937/>. Acesso em: 15/05/2025.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. Editora Manole Ltda. 3ª edição, 2016. Acesso em: 05/09/2024.