



MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR ONCOLÓGICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Josicléia Leôncio da Silva¹
Jéssica Costa Leite²

RESUMO

Introdução: A dor oncológica é o principal sintoma vivenciado por pacientes que estão em cuidados paliativos. Além disso, cerca de 40% a 50% desses indivíduos não respondem bem às terapias farmacológicas. Por isso, cada vez mais são investigadas terapêuticas não farmacológicas que possam auxiliar no controle da dor do câncer. Desse modo, esta pesquisa objetivou investigar as evidências existentes na literatura sobre o manejo não farmacológico da dor oncológica nos pacientes que estão em cuidados paliativos. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa, em outubro e novembro de 2020, nas bases de dados CENTRAL, LILACS, MEDLINE, PEDro e SciELO. Os termos usados foram: “*Neoplasms*” OR “*Cancer*” AND “*Palliative Care*” OR “*Hospice Care*” AND “*Complementary Therapies*” OR “*Non-pharmacological Interventions*” AND “*Cancer Pain*” OR “*Pain*”. Não houve restrição de ano ou idioma. Incluíram-se pesquisas com seres humanos, excluindo-se artigos de revisão, estudos sem relação com o tema ou indisponíveis. **Resultados e discussão:** Dos 178 registros identificados, nove atenderam aos critérios de elegibilidade. Ao todo, 401 voluntários participaram das pesquisas, uma delas foi realizada com crianças e jovens. As principais terapias investigadas foram: relaxamento, massoterapia, reflexologia, eletroestimulação, *Cannabis* medicinal e fisioterapia. Apenas duas pesquisas, que usaram exercícios terapêuticos e eletroestimulação, não relataram efeitos relevantes para redução da dor. Já as demais, evidenciaram desfechos significativos ($p < 0,05$) e positivos para analgesia. **Considerações finais:** As evidências desta revisão sugerem que a adoção de terapias não farmacológicas seja eficaz no manejo da dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Câncer, Cuidados paliativos, Dor do câncer, Terapias Complementares.

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem interdisciplinar que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes (e familiares) que convivem com doenças limitantes e/ou fatais. Esse cuidado objetiva prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicossocial ou espiritual (HUNT et al., 2020). Geralmente, é fornecido por uma equipe (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, capelães e fisioterapeutas) (SÁNCHEZ et al., 2020) que contribui com adequado manejo dos sintomas (dor, falta de ar, náusea, depressão, ansiedade e sofrimento existencial), bem como na mediação de possíveis conflitos (BERGLUND et al., 2020).

¹ Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Unifacisa - PB, josicleia.jo@hotmail.com;

² Orientadora: Mestre, Professora do Centro Universitário Unifacisa - PB, jessica.leite@maisunifacisa.com.br.



No que se refere ao câncer, o CP é indicado em qualquer fase da doença, independentemente do prognóstico. A própria *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) recomenda que a palição seja precocemente incluída aos planos de tratamento oncológico, mesmo que ainda não exista um modelo ideal de cuidado que possa ser ofertado (CROOMS et al., 2020). Nesses pacientes, a dor oncológica é o principal sintoma limitante, sendo ocasionada por múltiplos fatores como, por exemplo, a disseminação invasiva de células cancerígenas e os efeitos do tratamento (JOSE et al., 2020; SALINS et al., 2020).

Além disso, cerca de 40% a 50% dos pacientes com dor oncológica não respondem bem às terapias farmacológicas, devido à sua natureza multifatorial. Deve-se considerar também, que há uma carência de estratégias efetivas para o adequado manejo da dor, especialmente nos cuidados paliativos (LOPES-JÚNIOR et al, 2020). Motivo pelo qual tem se questionado sobre as limitações do uso dos opióides e de outras terapias medicamentosas durante a fase final de vida. Por isso, cada vez mais são investigadas as intervenções terapêuticas não farmacológicas para o controle dos sintomas (BOOTH et al., 2020).

Outra questão importante se dá pelo fato da alta incidência e prevalência desse tipo de dor em estágios avançados da doença, presente em até 80% dos casos, onde os pacientes relatam senti-la diariamente (AHMED et al., 2020a). Tudo isso, contribui para piora do sono, humor e qualidade de vida; impondo sofrimento ao paciente e seus cuidadores (LEBARON et al., 2020). Portanto, além das opções medicamentosas recomendadas pelas diretrizes, o complexo manejo da dor oncológica necessita da adoção de terapias complementares não farmacológicas capazes de amenizar o sofrimento dos pacientes (AHMED et al., 2020b).

Desse modo, compreender as possibilidades de abordagens terapêuticas que possam ser incluídas nos CPs da população oncológica, possui extrema importância considerando que isso irá auxiliar na concepção de modelos relevantes de cuidados, bem como irá facilitar na identificação das lacunas atuais que servirão para o embasamento de pesquisas futuras (MAYLAND et al., 2020). Nesse contexto, a presente pesquisa objetivou investigar as evidências existentes na literatura sobre o manejo não farmacológico da dor oncológica nos pacientes com câncer que estão em cuidados paliativos.



Inicialmente, para formular a questão norteadora da presente pesquisa, foi utilizada a estratégia conhecida pelo acrônimo ‘PICO’ (P: População; I: Intervenção; C: Comparação; O: *Outcomes*). Sendo assim, o ‘P’ referiu-se aos pacientes com câncer em cuidados paliativos; enquanto o ‘I’ foi representado pelas terapias complementares não farmacológicas; já o ‘C’ caracterizou-se pela comparação com um grupo controle ou com os dados avaliados na linha de base; e o ‘O’ constituiu-se pelo desfecho ‘dor relacionada ao câncer’.

Logo, esta pesquisa pretendeu responder a seguinte pergunta: “Quais são as evidências científicas existentes sobre a eficácia das terapias não farmacológicas no manejo da dor oncológica em pacientes que estão em cuidados paliativos?”.

Para isso, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, durante os meses de outubro e novembro de 2020, nas seguintes bases de dados eletrônicas: *The Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL/*Cochrane Library*); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed; *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro); e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

O cruzamento adotado nas buscas foi composto por uma combinação de vocabulários controlados e termos disponibilizados no *Medical Subject Headings* (MeSH), e também nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para expandir a estratégia de busca, os descritores foram associados por meio dos operadores booleanos AND e OR, respectivamente: [(“*Neoplasms*” OR “*Cancer*”) AND (“*Palliative Care*” OR “*Hospice Care*”) AND (“*Complementary Therapies*” OR “*Non-pharmacological Interventions*”) AND (“*Cancer Pain*” OR “*Pain*”)]. Na base PEDro, o cruzamento precisou ser adaptado para: (“*Palliative Care*” AND “*Complementary Therapies*” AND “*Cancer Pain*”).

Foram incluídas pesquisas de intervenção realizadas em seres humanos com diagnóstico de câncer que estivessem em cuidados paliativos. Esses estudos investigaram a eficácia de terapias não farmacológicas sobre o desfecho dor. Não houve restrição quanto ao idioma ou ano de publicação, nenhum filtro foi utilizado nas bases. Excluíram-se artigos de revisão, protocolos de pesquisas, estudos sem relação com o tema ou com texto indisponível.

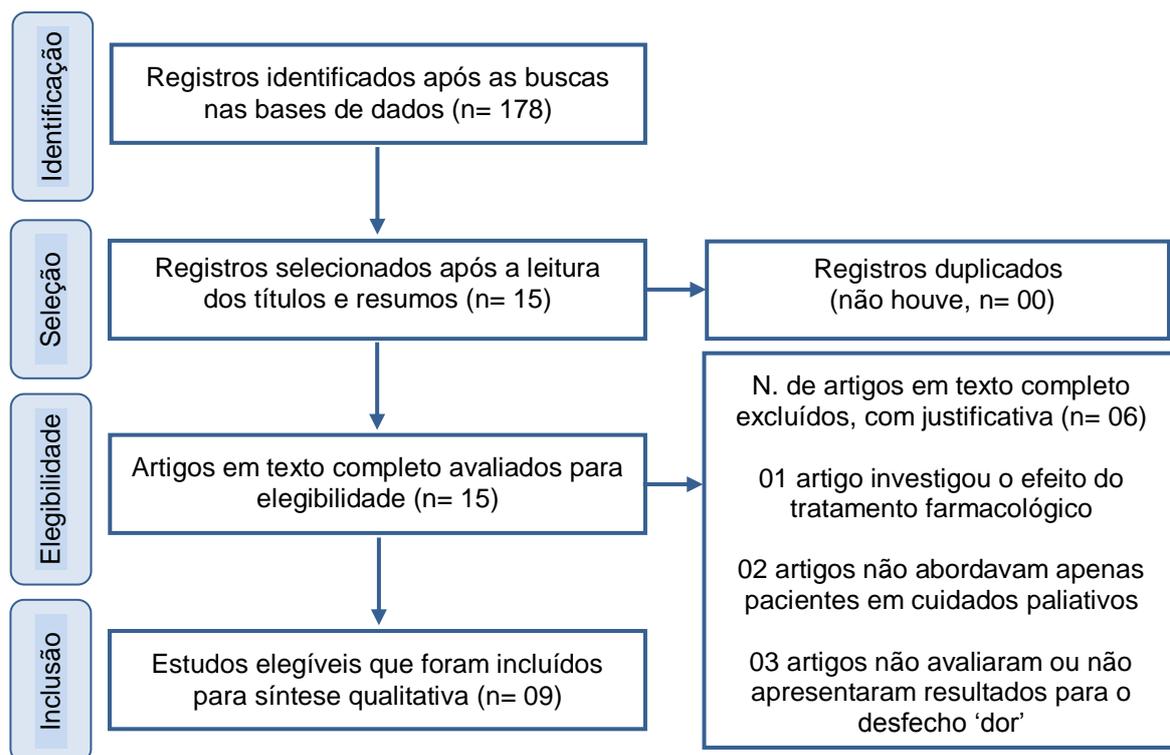
Portanto, a triagem dos estudos foi realizada mediante a leitura dos títulos e resumos; seguida pela avaliação na íntegra. Por fim, as pesquisas que atenderam aos critérios de elegibilidade, tiveram seus dados extraídos e resumidos para compor esta revisão integrativa.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as buscas nas bases de dados, foram identificados 178 resultados, precisamente: MEDLINE (79); CENTRAL (78); SciELO (00); LILACS (01); e PEDro (20). Destes, 163 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Logo, a exclusão por meio da leitura do título e resumo resultou na seleção de 15 estudos que foram lidos na íntegra. Após a leitura em texto completo, outros seis estudos foram excluídos, resultando, portanto, em nove artigos que foram incluídos para síntese qualitativa (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Com relação às características dos estudos incluídos, a data de publicação variou entre 2007 e 2020, e todos foram publicados na língua inglesa, embora tenham sido realizados em diferentes países. O número total de participantes foi de 401, com amostras variando entre 19 e 104. Apenas uma pesquisa foi desenvolvida com crianças e jovens (OFIR et al. 2019).

Quanto ao uso das terapias, verificou-se uma variação entre relaxamento, massoterapia, reflexologia, eletroestimulação, uso de *Cannabis* medicinal e fisioterapia. Todos os estudos investigaram como desfecho principal, ou secundário, o controle da dor oncológica em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos. Apenas duas pesquisas



não evidenciaram resultados significativos para redução da dor (LITTERINI ET AL., 2013; SIEMENS et al., 2020). A Tabela 1 apresenta uma síntese cronológica dos estudos.

Tabela 1. Caracterização dos estudos selecionados.

Estudo	Amostra	Intervenção	Resultados
Tsai et al., 2007, Taiwan -Ensaio clínico randomizado	24 participantes Idade: 40 - 61 anos G. <i>biofeedback</i> (n= 12) G. controle (n= 12)	Relaxamento assistido com <i>biofeedback</i> por eletromiografia: 45 minutos, 6 sessões, por 4 semanas - Ferramenta avaliativa: BPI	Redução significativa da dor no G. <i>biofeedback</i> ($p < 0,001$).
Kutner et al., 2008, Estados Unidos -Ensaio clínico randomizado	82 participantes G. massoterapia (n= 37) Idade: $65,2 \pm 14,4$ anos G. toque simples (n= 45) Idade: $64,2 \pm 14,4$ anos	Massoterapia versus o toque simples: 30 minutos, 2 vezes na semana, por 3 semanas - Ferramentas avaliativas: BPI e MPAC	Redução significativa da dor imediata em ambos os grupos, porém que não se manteve. A massoterapia foi superior ($p < 0,001$).
Bennett et al., 2010, Reino Unido -Ensaio clínico randomizado	19 participantes* Idade: $72,00 \pm 11,10$ anos G. TENS ativo (n= 19) G. TENS placebo (n= 19)	TENS versus placebo: 60 minutos, largura de pulso de 200 microssegundos e frequência de 80 Hertz - Ferramentas avaliativas: NRS e VRS	Redução significativa da dor no uso da TENS ativa (0,36 pontos).
Litterini et al., 2013, Inglaterra -Estudo piloto	52 participantes Idade: $62,35 \pm 12,49$ anos G. resistência (n= 34) G. cardiovascular (n= 32)	Exercícios resistidos versus cardiovasculares: 30/60 minutos, 2 vezes na semana, por 10 semanas - Ferramenta avaliativa: VAS	Redução não significativa da dor em ambos os grupos ($p =$ 0,38).
Pyszora et al., 2017, Polônia -Ensaio clínico randomizado	60 participantes G. fisioterapia (n=30) Idade: $72,4 \pm 9,5$ anos G. controle (n= 30) Idade: $69,3 \pm 13,7$ anos	Fisioterapia: 30 minutos, 3 vezes na semana, por 2 semanas - Ferramenta avaliativa: ESAS	Redução significativa da dor no G. fisioterapia ($p < 0,01$).
Ofir et al., 2019, Israel -Estudo experimental	50 participantes Crianças e adultos jovens Idade: 5 – 21 anos	<i>Cannabis</i> medicinal: gotas ou inalação, uma vez ao dia ou conforme a necessidade - Ferramentas avaliativas: NRS, VRS e FLACCS	Redução da dor em 70% dos casos.
Paolis et al., 2019, Itália -Ensaio clínico randomizado	104 participantes Idade: $71,83 \pm 11,57$ anos G. relaxamento (n= 53) G. controle (n= 51)	Relaxamento muscular progressivo guiado por imagens interativas - Ferramentas avaliativas: NRS e ESAS	Redução significativa da dor em ambos os grupos ($p < 0,0001$), com maior efeito no G. relaxamento.
Mantoudi et al., 2020, Grécia -Estudo experimental	80 participantes G. reflexologia (n= 40) Idade: $58,5 \pm 11,5$ anos G. relaxamento (n= 40) Idade: $59,3 \pm 13,6$ anos	Reflexologia versus relaxamento: 30 minutos, 1 vez na semana, por 6 semanas - Ferramenta avaliativa: BPI	Redução significativa da dor no grupo reflexologia ($p =$ 0,020).
Siemens et al., 2020, Alemanha -Estudo piloto	20 participantes G. TENS ativo (n= 11) Idade: $58,3 \pm 16,2$ anos G. TENS placebo (n= 09) Idade: $59,2 \pm 9,4$ anos	TENS versus placebo: 24 horas, frequência de 100 Hertz - Ferramentas avaliativas: BPI e NRS	Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Legendas: BPI: *Brief Pain Inventory*; ESAS: *Edmonton Symptom Assessment Scale*; FLACCS: *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale*; G.: Grupo; MPAC: *Memorial Pain Assessment Card*; NRS: *Numerical Rating Scale*; TENS: *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*; VAS: *Visual Analog Scale*; VRS: *Verbal Rating Scale*. * Todos receberam a intervenção.



O ensaio clínico de Tsai et al. (2007) avaliou o efeito analgésico de seis sessões de relaxamento assistido com *biofeedback* por eletromiografia em pacientes adultos com câncer avançado (n= 12) que estavam em cuidados paliativos. Os dados obtidos foram comparados aos de um grupo controle em cuidados habituais (n= 12). A intervenção ocorreu ao longo de quatro semanas e foi conduzida por uma enfermeira que instruiu os participantes realizarem respirações diafragmáticas profundas durante 45 minutos.

Nesse estudo, o treino respiratório foi captado por um equipamento de eletromiografia conectado a um dispositivo de *biofeedback* que emitia sinais sonoros e visuais que guiava o paciente na adequação da respiração. O nível de dor foi mensurado pelo *Brief Pain Inventory* (BPI). Após análise comparativa dos resultados, os autores relataram que a intervenção foi significativamente eficaz ($p < 0,001$), provavelmente por reduzir a excitação fisiológica. Portanto, poderia ser uma maneira de amenizar a dor oncológica (TSAI et al., 2007).

De modo semelhante, Paolis et al. (2019) também associaram o relaxamento com *biofeedback* (imagens interativas), e avaliaram seu efeito no alívio da dor em uma amostra de 104 pacientes paliativos com câncer terminal que foram randomizados em dois grupos: intervenção (n= 53) e controle/cuidados habituais (n= 51). As ferramentas de avaliação utilizadas foram a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) e a NRS. Nesse estudo, a diferença de intensidade da dor foi significativa em ambos os grupos ($p < 0,0001$).

Ainda sim, a pesquisa de Mantoudi et al. (2020) também fez uso do relaxamento (sem o *biofeedback*), porém comparando-o a reflexologia em uma amostra aleatória de 88 pacientes submetidos a seis sessões semanais de 30 minutos. A mensuração da dor se deu pelo BPI. Após avaliação dos resultados, ambas as intervenções mostraram benéficas, no entanto, a dor foi significativamente reduzida no grupo de reflexologia (de $p = 0,207$ para $p = 0,020$), sendo, portanto, essa terapêutica considerada mais eficaz.

Já Kutner et al. (2008) investigaram a eficácia da massoterapia para diminuir a dor em 82 pacientes oncológicos paliativos adultos. As intervenções incluíram seis sessões de massoterapia (grupo experimental, n= 37) ou toque simples (grupo controle, n= 47) por 30 minutos, durante duas semanas. A massoterapia incluiu manobras de *effleuragem*, *petrissage* e liberação do ponto gatilho miofascial. A abordagem do grupo controle consistiu apenas na colocação de ambas as mãos em várias regiões corporais do participante, por 3 minutos.

As mensurações foram realizadas com auxílio do *Memorial Pain Assessment Card* e do BPI. Ambos os grupos demonstraram melhora imediata na dor, contudo, a massagem mostrou-se superior ($p < 0,001$). Não houve manutenção da analgesia ao longo do tempo. Ainda



sim, os autores apoiaram o uso da massoterapia para o alívio imediato da dor, e também alegaram que devem ser considerados os benefícios terapêuticos potenciais do toque simples, que poderia ser fornecido por cuidadores, como um complemento (KUTNER et al., 2008).

Bennett et al. (2010) realizaram um estudo multicêntrico que analisou a viabilidade e o efeito do uso da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) em 19 pacientes com dor óssea oncológica em cuidados paliativos. Os participantes receberam TENS ativa e também placebo por 60 minutos no local da dor, com intervalo médio de três dias entre as aplicações. As mensurações foram realizadas por meio de escalas numérica (*Numerical Rating Scale - NRS*) e verbal (*Verbal Rating Scale - VRS*), com escores variando de zero a dez pontos.

A intervenção foi realizada por um médico, e a TENS foi aplicada no local da dor com os seguintes parâmetros: modo contínuo, largura de pulso de 200 microssegundos, frequência de 80 Hertz e intensidade forte, porém confortável. Já o placebo foi entregue usando dispositivos sem saída de corrente. Após análise dos dados, os pesquisadores constataram que a TENS ativa foi efetiva, especialmente para diminuir a intensidade da dor em movimento, com baixa de 0,36 pontos nos escores das escalas NRS e VRS (BENNETT et al., 2010).

Usando uma abordagem similar, porém com desfecho diferente, Siemens et al. (2020) realizaram um estudo piloto para avaliar a eficácia e segurança da TENS em 20 pacientes adultos internados com dor oncológica. Os participantes usaram TENS ativa (modo contínuo, frequência de 100 Hertz, intensidade forte) ou placebo. As mensurações foram realizadas com a NRS e BPI. Nesse estudo, a dor não diferiu entre os grupos, no entanto, as taxas de resposta positivas foram maiores para TENS ativa (85% versus 50%, $p= 0,0428$).

Já o estudo piloto de Litterini et al. (2013) comparou os exercícios resistidos (realizados em equipamentos de musculação ou pesos livres) com os cardiovasculares (bicicleta estacionária, esteira, cicloergômetro de membros superiores, piscina) em uma amostra de 52 indivíduos adultos com câncer avançado que foram submetidos a dez sessões de 30 a 60 minutos, duas vezes por semana. A intervenção foi supervisionada e conduzida por fisioterapeuta especialista em oncologia, e também por personal *trainers*.

Nessa pesquisa, a dor foi avaliada pela *Visual Analog Scale* (VAS). Após análise dos dados, observou-se que todos os participantes relataram menos dor após a intervenção, porém o efeito principal do tempo não foi significativo ($p= 0,50$). Além disso, não houve um efeito diferencial dos exercícios cardiovasculares e de resistência no nível de dor ($p= 0,52$). Contudo, para outros desfechos, a exemplo da funcionalidade ($p= <0,001$), ambas as modalidades de exercício mostraram-se efetivas ($p= <0,001$) (LITTERINI et al., 2013).



Diferentemente do que foi evidenciado na pesquisa de Pyszora et al. (2017), onde os autores usaram na intervenção um programa de fisioterapia que reduziu significativamente a dor ($p < 0,01$) em pacientes paliativos que tinham sido randomizados em dois grupos (tratamento, $n = 30$ e cuidados habituais, $n = 30$). A terapia ocorreu três vezes por semana (30 minutos) durante duas semanas. A sessão incluiu exercícios ativos de membros superiores e inferiores, liberação miofascial e técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o BFI e a ESAS.

Por fim, Ofir et al. (2019) usaram em sua pesquisa uma intervenção por meio do uso da *Cannabis* medicinal em pacientes oncológicos pediátricos que não estavam obtendo sucesso nas terapêuticas habituais. Ao todo, 50 participantes (crianças, adolescentes e adultos jovens) receberam o tratamento que foi fornecido via gotas de óleo (60%) ou fumo (22%), além da inalação/vaporização, cápsulas ou combinações, todas contendo delta-9-Tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) e componentes do canabidiol, em doses iniciais de 20 gramas por mês, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde de Israel.

Os autores usaram como ferramentas avaliativas: a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale* (FLACC); *Numerical Rating Scale* (NRS); e a *Verbal Rating Scale* (VRS), bem como o relato dos pais. Foram evidenciados efeitos positivos para redução da dor em 70% dos casos. Além disso, o uso do *Cannabis* foi bem tolerado, com poucos relatos de toxicidade (queimação na garganta e ansiedade). Desse modo, os autores concluíram que o uso medicinal dessa erva pode servir como uma terapia complementar potencialmente útil para crianças com câncer que recebem os cuidados de final da vida (OFIR et al., 2019).

Esses achados estão de acordo com o que tem sido mostrado por evidências recentes que apontam para eficácia do uso de *Cannabis* e seus derivados no controle da dor oncológica (MENG et al., 2020), e também das náuseas e dos vômitos induzidos por quimioterapia. Acredita-se que seu efeito analgésico ocorra pela ativação de receptores canabinóides (CB1 e CB2), presentes no sistema nervoso e nas células imunes, que diminuem a liberação de neurotransmissores, bloqueando a dor; e também atuam sobre mediadores inflamatórios, reduzindo a produção de citocinas (JOSE et al., 2020; MCLAREN-BLADES et al., 2020).



conbracis

IV Congresso
Brasileiro de
CIÊNCIAS da
SAÚDE

Saúde Populacional:
Metas e Desafios
do Século XXI

ISSN 2525-6696

www.conbracis.com.br

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os achados desta revisão, as evidências atuais sobre o uso de terapias não farmacológicas no manejo da dor em pacientes com câncer que estão em cuidados paliativos são encorajadoras. De modo geral, os estudos apoiam a incorporação das terapias complementares, como por exemplo, o relaxamento muscular, com ou sem o auxílio do *biofeedback*; a fisioterapia; reflexologia; massoterapia; e uso do *Cannabis* medicinal em um plano de cuidados que envolva a atuação de uma equipe multidisciplinar.

Ainda sim, o uso dos exercícios terapêuticos e do TENS, também parece ser benéfico, embora mais estudos de ensaios clínicos randomizados sejam necessários para comprovar ou refutar essa hipótese. Vale salientar, que para incluir ou excluir alguma terapêutica na prática clínica, principalmente se tratando de pacientes em palição, são imprescindíveis não apenas o conhecimento referente à presença ou ausência das evidências existentes, mas também sobre a força (certeza) da evidência, o tamanho do efeito, além dos riscos e benefícios envolvidos.

REFERÊNCIAS

AHMED, A. *et al.* Indian Society for Study of Pain, Cancer Pain Special Interest Group Guidelines on Complementary Therapies for Cancer Pain. **Indian J. Palliat. Care**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 198-202, 2020b.

AHMED, A. *et al.* Indian Society for Study of Pain, Cancer Pain Special Interest Group Guidelines on Interventional Management for Cancer Pain. **Indian J. Palliat. Care**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 203-209, 2020a.

BENNETT, M. I. *et al.* Feasibility study of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for cancer bone pain. **J. Pain**, Reino Unido, v. 11, n. 4, p. 351-359, 2010.

BERGLUND, K. *et al.* A Social Worker-Led Primary Palliative Care Model for Hospitalized Patients Admitted to the Hospital Medicine Service. **Palliat. Med. Rep.**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 234-241, 2020.

BOOTH, S. Hypnosis in a specialist palliative care setting - enhancing personalized care for difficult symptoms and situations. **Palliat. Care Soc. Pract.**, [s.l.], v. 20, n: 14, p. 1-11, 2020.

CROOMS, R. C. *et al.* Palliative Care in High-Grade Glioma: A Review. **Brain Sci.**, [s.l.], v. 10, n. 723, p. 1-26, 2020.

HUNT, M. *et al.* Addressing obstacles to the inclusion of palliative care in humanitarian health projects: a qualitative study of humanitarian health professionals' and policy makers' perceptions. **Confl. Health**, [s.l.], v. 14, n. 70, p. 1-14, 2020.



JOSE, A. *et al.* Cannabinoids as an Alternative Option for Conventional Analgesics in Cancer Pain Management: A Pharmacogenomics Perspective. **Indian J. Palliat. Care**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 129-133, 2020.

KUTNER, J. S. *et al.* Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. **Ann. Intern. Med.**, Estados Unidos, v. 149, n. 6, p. 369-79, 2008.

LEBARON, V. *et al.* Understanding the Experience of Cancer Pain From the Perspective of Patients and Family Caregivers to Inform Design of an In-Home Smart Health System: Multimethod Approach. **JMIR Form. Res.**, [s.l.], v. 4, n. 8, p. 1-23, 2020.

LITTERINI, A. J. *et al.* Differential effects of cardiovascular and resistance exercise on functional mobility in individuals with advanced cancer: a randomized trial. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Inglaterra, v. 94, n. 12, p. 2329-35, 2013.

LOPES-JÚNIOR, L. C. *et al.* Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.**, [s.l.], v. 28, n. e3377, p 1-17, 2020.

MANTOUDI, A. *et al.* Complementary Therapies for Patients with Cancer: Reflexology and Relaxation in Integrative Palliative Care. A Randomized Controlled Comparative Study. **J. Altern. Complement. Med.**, Grécia, v. 26, n. 9, p. 792-798, 2020.

MAYLAND, C. R. *et al.* The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: A scoping review. **Palliat. Med.**, [s.l.], v. 0, n. 00, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0269216320963892>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MCLAREN-BLADES, A. *et al.* Perioperative pain and addiction interdisciplinary network (PAIN): protocol for the perioperative management of cannabis and cannabinoid-based medicines using a modified Delphi process. **BMJ Open**, [s.l.], v. 10, n. 7, p. 1-6, 2020.

MENG, H. *et al.* Cannabis and cannabinoids in cancer pain management. **Curr. Opin. Support. Palliat. Care**, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 87-93, 2020.

OFIR, R. *et al.* Medical marijuana use for pediatric oncology patients: single institution experience. **Pediatr. Hematol. Oncol.**, Israel, v. 36, n. 5, p. 255-266, 2019.

PAOLIS, G. *et al.* The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patients: A multicentre randomised controlled non-pharmacological trial. **Complement. Ther. Clin. Pract.**, Itália, v. 34, n. 1, p.280-287, 2019.

PYSZORA, A. *et al.* Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. **Support Care Cancer**, Polônia, v. 25, n. 9, p. 2899-2908, 2017.

SALINS, N. *et al.* Indian Society for Study of Pain, Cancer Pain Special Interest Group Guidelines on Palliative Care Aspects in Cancer Pain Management. **Indian J. Palliat. Care**, v. 26, n. 2, p. 210-214, 2020.



SÁNCHEZ, A. F. *et al.* Revisiting Early Palliative Care for Patients With Hematologic Malignancies and Bone Marrow Transplant: Why the Delay? **Cureus**, [s.l.], v. 12, n. 9, p. 1-11, 2020.

SIEMENS, W. *et al.* Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain inpatients in specialist palliative care-a blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial. **Support Care Cancer**, Alemanha, v. 28, n. 11, p. 5323-5333, 2020.

TSAI, P. S. *et al.* Effects of electromyography biofeedback-assisted relaxation on pain in patients with advanced cancer in a palliative care unit. **Cancer Nurs.**, Taiwan, v. 30, n. 5, p. 347-53, 2007.