

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LETÍCIA MARQUES SANTOS

**MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS ADOTADAS PELA ENFERMAGEM PARA O
ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

BELO HORIZONTE

2013

LETÍCIA MARQUES SANTOS

**MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS ADOTADAS PELA ENFERMAGEM PARA O
ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Oncologia.

Orientadora: Mércia Heloísa Ferreira Cunha

BELO HORIZONTE

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Santos, Letícia Marques

Medidas não farmacológicas adotadas pela enfermagem para o alívio da dor em pacientes oncológicos [manuscrito] / Letícia Marques Santos. - 2013.

42 f.

Orientadora: Mércia Heloísa Ferreira Cunha.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Media e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Oncologia.

1.Manejo da dor. 2.Terapias complementares. 3.Enfermagem oncológica. 4.Paciente oncológico. I.Cunha, Mércia Heloísa Ferreira. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO




LETÍCIA MARQUES SANTOS

TÍTULO DO TRABALHO: *"Medidas não farmacológicas adotadas pela enfermagem para o alívio da dor em pacientes oncológicos"*.

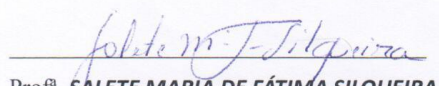
Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em *Oncologia* (Área de concentração).

APROVADO: 02 de agosto de 2013.



Prof.^a **MÉRCIA HELEÍSA FERREIRA CUNHA**

(Orientadora)
(UFMG)



Prof.^a **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**

(UFMG)



Prof.^a **FLÁVIA SAMPAIO LATINI VELASQUÉZ**

(UFMG)

AGRADECIMENTO

À Deus

Por mais uma preciosa oportunidade e conquista que ele tem me proporcionado.

À Prof.^a Mércia Heloísa Ferreira Cunha,

Por ter me acompanhado durante este estudo com zelo e paciência e por engrandecê-lo com seu conhecimento e sabedoria.

Às colegas da Especialização, em especial,

Ana Paula Lucas e Luana Otoni,

Que com sua amizade e cooperação deram leveza aos momentos difíceis e que já são parte da minha vida.

À Mariza Talim,

Bibliotecária da UFMG, pelo carinho, acolhimento, paciência e dedicação na ajuda das buscas dos estudos.

A todos meus amigos, familiares e principalmente a minha mãe Joana Auxiliadora e meus filhos Pedro Marques e João Marcos

Que colaboraram com seu amor e dedicação para que fosse possível completar mais esta etapa em minha vida e que em tantos momentos abriram mão de seus planos para que eu pudesse realizar mais este sonho.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A toda pessoa que enfrenta o Câncer, encarando-o como mais um desafio vivido em cada etapa de todo processo.

*À minha querida mãe e pai, **Joana Auxiliadora e Vanderlei Oliveira**, pelo exemplo de vida e, pelo amor, carinho e apoio que sempre têm me dado, principalmente, nas decisões da minha vida.*

*Aos meus filhos, **João Marcos e Pedro Marques**, pelo amor, apoio, compreensão e carinho de sempre nos momentos bons e difíceis, principalmente nesta fase final da Especialização.*

RESUMO

Esta revisão sistemática teve como objetivo identificar as medidas não farmacológicas de alívio da dor que podem ser utilizadas pela equipe de enfermagem para proporcionar o alívio da dor oncológica. Trata-se de uma revisão integrativa realizada a partir de levantamento nas bases de dados, LILACS, IBECs, MEDLINE, BDNF e Coleção SUS Brasil. Com base nos critérios de exclusão e de inclusão foram selecionados 06 (seis) estudos que possibilitaram a identificação das seguintes medidas complementares para alívio da dor do paciente oncológico: a terapia de calor, a crioterapia, a yoga, o toque terapêutico, a fitoterapia, a musicoterapia, a massoterapia, a aromaterapia, a hipnose, a terapia cognitivo comportamental que resultam na redução da ansiedade, alívio da dor e diminuição do estresse,. Conclui-se, que apesar dos benefícios apontados com a utilização dessas terapias faz-se necessária a condução de novos estudos relacionados ao aprimoramento das terapias complementares pela equipe de enfermagem no manejo da dor do paciente oncológico.

Palavras-chave: Manejo da Dor; Terapias Complementares; Enfermagem Oncológica; Paciente Oncológico.

ABSTRACT

This systematic review aimed to identify the non-pharmacological measures of pain relief that can be used by nursing staff to provide relief of cancer pain. It is an integrative review conducted survey from the databases, LILACS, IBECs, MEDLINE, and BDEF Collects SUS Brazil. Based on the criteria for inclusion were excusão and selected six (06) studies that allowed identification of the following additional measures to relieve the pain of cancer patients: heat therapy, cryotherapy, yoga, therapeutic touch, herbal medicine, the musicaterapia, massage therapy, aromatherapy, hypnosis, cognitive behavioral therapy that result in reducing anxiety, pain relief and stress reduction,. It is concluded that despite the benefits pointed to the use of these therapies is necessary to conduct further studies related to the improvement of complementary therapies by nursing staff in the management of pain in cancer patients.

Keywords: Pain Management, Complementary Therapies, Oncology Nursing, Oncology Patient.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
4.1. Referencial teórico	19
5 PERCURSO METODOLÓGICO	21
5.1 DESCRITORES	22
5.2 SELEÇÃO DOS ARTIGOS.....	25
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
6 RESULTADOS	26
7 DISCUSSÃO	30
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	35

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Níveis de Evidências.....	20
QUADRO 2 – Base de Dados, Estratégia de Busca dos Descritores e Publicações Identificadas.....	24
QUADRO 3 – Identificação Detalhada da Amostra.....	28
QUADRO 4 - Características dos Estudos Sobre Medidas Não Farmacológicas de Alívio da Dor.....	30

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Descrição da Estratégia de Pico para Elaboração da Pergunta Norteadora.....	22
--	----

1 INTRODUÇÃO

Na história da humanidade certas doenças e seus estigmas acompanham o homem desde a antiguidade até os dias atuais. Dentre elas podemos citar a hanseníase, a tuberculose, a sífilis, e, nos dias de hoje o câncer, sinônimo de dor, sofrimento e morte (GIROND; KEMPER, 2006).

Apesar de toda tecnologia e conhecimento utilizado no diagnóstico e tratamento do câncer verifica-se que um grande número de casos são identificados na fase avançada da doença, diminuindo a possibilidade de cura (GIROND; KEMPER, 2006).

No entanto, um prognóstico ruim não é sinônimo de ausência de tratamento, ao contrário, é justamente neste contexto que os cuidados se intensificam, especializando-se cada vez mais com a finalidade de resguardar o bem-estar e a dignidade humana.

O tratamento de pacientes portadores de doenças com prognóstico reservado ganhou força no final da década de sessenta, quando Cicely Saunders, médica e enfermeira inglesa fundou o Hospice ST. Christopher, em Londres. A partir daí houve uma grande transformação na assistência prestada aos pacientes e a seus familiares, que então puderam contar com cuidados especializados que visa proporcionar conforto, bem estar físico, espiritual e psicossocial (PACHECO; MARTINS;SALES, 2009).

Em oncologia, os cuidados paliativos devem estar presentes em todas as fases da doença e ser instituído o mais precocemente possível através de uma equipe multidisciplinar capacitada para atuar no contexto hospitalar, ambulatorial e domiciliar (PACHECO;MARTINS;SALES, 2009). Considera-se que a diversidade da equipe multidisciplinar qualifica a assistência, pois envolve as diversas áreas do saber e das práticas em saúde (MATOS;PIRES;SOUZA, 2010).

O enfermeiro tem uma importante atuação enquanto integrante desta equipe, pois colabora com o paciente e família na aceitação do diagnóstico e na compreensão e adesão ao tratamento, assim como participa da elaboração dos planos de cuidados que irão garantir, dentro de suas possibilidades, o máximo de dignidade e qualidade de vida (COSTA;CEOLIM, 2010).

Na década de 80, estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde - OMS definiu que a dor decorrente do câncer é uma emergência médica mundial (ARANTES, 2008).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2002); a dor está presente em um grande número de pacientes em tratamento da doença neoplásica, sendo que 30% queixam de dor intensa a moderada, valor este que aumenta consideravelmente na doença avançada, girando em torno de 60 a 90%.

A dor decorrente do câncer devido as suas especificidades e das perdas que ela acarreta foi conceituada como “dor total”, conceito este que busca dimensionar o tamanho do sofrimento do paciente com câncer, tais como: perda da perspectiva de futuro, da tolerância, do estilo de vida anterior e da autonomia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002). Assim, se considera que os pacientes acometidos por neoplasias têm seu maior temor relacionado à dor, uma vez que as queixas álgicas são frequentes e se intensificam a medida que a doença progride (STRAUB, 2005).

De acordo com Associação Internacional para o estudo da dor (IASP), a dor é conceituada como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesões reais ou potenciais ou descritas em termos de tais lesões (VITOR *et al.*, 2008).

A partir deste conceito fica evidente que a dor é uma experiência única e individual, ou seja, a dor é sempre descrita e relatada por quem vivencia este sintoma e interfere na vida do paciente que se vê comprometido fisicamente, assim como, tem seu equilíbrio psíquico abalado.

A dor pode ser classificada como dor aguda, quando deixa de existir após ter cessado o estímulo doloroso e representa um importante sinal de que alguma anormalidade está acometendo este organismo e em dor crônica, que permanece mesmo após a cura da lesão e pode desencadear uma série de limitações e incapacidades que repercutem sobre o cotidiano do indivíduo (TEIXEIRA, 2006).

No Brasil, em torno de 62 a 90% dos pacientes oncológicos queixam de algum tipo de dor, quadro este que se intensifica a medida que a doença progride, sendo causa de grande sofrimento para o indivíduo e para sua família (TEIXEIRA, 2006).

Em relação à atuação da equipe de enfermagem na oncologia é imprescindível que os profissionais saibam fazer uso dos métodos de avaliação da

dor, pois permanecem junto do paciente a maior parte do tempo e podem lhe proporcionar maior conforto, além de obter informações importantes que colaboram para eficácia dos tratamentos adotados (NASCIMENTO, KRELING,2001).

Para se proceder a uma efetiva avaliação algica foram criadas escalas de medição da dor, que a princípio buscavam mensurar apenas a intensidade da queixa dolorosa, mas com o tempo tornaram-se mais abrangentes, possibilitando uma avaliação multidimensional, com uma abordagem afetiva, avaliativa e sensorial (SILVA *et al.*,2011).

Segundo Silva e Zago (2001), a intensidade e a forma como a dor é identificada está relacionado às particularidades de cada indivíduo tais como: idade, sexo, cultura, experiências algicas anteriores e espiritualidade. Portanto, os profissionais envolvidos no tratamento da enfermidade deverão ser capacitados para realizar uma abordagem holística e multidisciplinar que vise atender dentro de seus recursos e possibilidades as demandas destes indivíduos.

O aumento da expectativa de vida e o número cada vez maior de pessoas acometidas por doenças crônicas colaboraram para que ocorram mudanças importantes no manejo da dor. No entanto, apesar do enfoque que a dor tem obtido nos últimos anos e do avanço da tecnologia farmacêutica dos medicamentos destinados para este fim, uma grande parcela dos pacientes com câncer não têm sua dor devidamente tratada (SILVA *et al.*,2011).

Vale ressaltar que o cuidado de enfermagem no manejo da dor do portador de doença oncológica não está bem consolidado nos serviços de saúde. Observam-se limitações na avaliação e implementação das terapias tradicionais e, em especial, das terapias complementares. Essas dificuldades decorrem principalmente da falta de recursos humanos qualificados e materiais, dentre outros, acarretando sérios obstáculos à implementação das ações de enfermagem embasadas por princípios de qualidade nos serviços de atenção oncológica, ocasionando condutas que não correspondem às expectativas e necessidades do portador de câncer.

Tais considerações induzem a questionamentos sobre o atendimento que está sendo oferecido ao portador de neoplasia para que se possa aproximar o máximo possível de uma prática humanizada e de qualidade, por meio de um processo de cuidar sistematizado e contextualizado, com vistas ao manejo adequado da dor através de terapias complementares pela enfermagem.

Dessa forma o objetivo com este estudo foi Identificar quais as medidas não farmacológicas podem ser utilizadas pela equipe de enfermagem para proporcionar alívio da dor no paciente oncológico.

Considera-se que o olhar da enfermagem contribui sobremaneira para a assistência oncológica, uma vez que pode servir como dispositivo importante a ser utilizado pelos serviços que prestam assistência aos portadores de câncer com queixas de dor, de forma a realizarem uma atuação articulada da rede de atenção com os serviços especializados. Isso implicará na melhoria do cuidado, com reflexos na melhoria da qualidade de vida do portador de câncer e de seus familiares.

Espera-se, ainda contribuir para qualificar a assistência dos serviços de atenção oncológica e reforçar a adoção de terapias complementares como forma de incrementar o atendimento pela equipe interdisciplinar ao portador de câncer.

2 OBJETIVO

- Identificar as medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas pela enfermagem para proporcionar o alívio da dor no paciente oncológico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2011), o perfil geográfico do câncer modificou-se nas últimas décadas. O que antes era considerado uma doença prevalente de países desenvolvidos, passa a ter nas últimas quatro décadas uma nova formatação, aumentando sua incidência e o grande ônus que representa em países em desenvolvimento.

A dimensão alcançada pelo câncer o transformou em um problema mundial de saúde pública, dados da organização Mundial de Saúde apontam para um crescente número de novos casos e estimam que, no ano de 2030, haverá em torno de 27 milhões de pessoas vivas com a doença e 17 milhões de mortes por ano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER,2011).

O impacto do câncer no Brasil não é diferente do panorama mundial e segue essa mesma vertente. As estimativas para o ano de 2013 são de 518.510 casos novos, sendo que os que mais acometem a população são os tumores de pele não melanoma. Quanto à incidência por gêneros podemos identificar no sexo masculino os cânceres de próstata, pulmão, cólon, reto e estômago. Já no sexo feminino os de mama, cólon do útero, cólon, reto e glândula tireoide são os mais prevalentes (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER,2011).

Devido a proporção alcançada por esta doença em todo o mundo, considera-se ser de extrema importância que a população, incluindo aí as autoridades, os profissionais de saúde e áreas afins, lance mão de todo o conhecimento e tecnologia disponíveis para minimizar o impacto e o sofrimento causado pelo câncer.

A dor oncológica é um fenômeno complexo e multifatorial em que fatores fisiológicos, culturais e psíquicos podem estar relacionados. A causa da dor pode ter sua origem no tratamento instituído para tratar a doença, na agressividade e localização do tumor e no fato de que os pacientes com câncer em muitas circunstâncias sentem-se deprimidos, fadigados e sentenciados á morte (WILSON *et al.*,2009).

Em um estudo realizado por Pimenta (1998), com 92 pacientes apontou que a maioria dos doentes com câncer (66,7%) queixavam de dor moderada (intensidade de 4 a 7). E, em (17,5%) dos casos, a dor foi relatada como intensa (intensidade de

8 a 10). O período em que a dor estava presente foi relatada por 36 (63,2%) que se queixavam há mais de 6 meses e 12 (21,1%), há mais de 1 ano.

De acordo com Rangel e Telles (2012), (75%) de queixas de dor do paciente oncológico é decorrente do próprio tumor e das metástases ósseas que estão presentes frequentemente em neoplasias de pulmão, mieloma, próstata e mama. A invasão tumoral de vísceras e de estruturas nervosas também são responsáveis pelas queixas álgicas destes pacientes.

Em oncologia, a dor nociceptiva prevalece em (71,6%) dos casos, seguida pela dor neuropática, com uma prevalência de 33% a 39%, muitas vezes decorrente do próprio tratamento instituído como a radioterapia e a quimioterapia, e a dor mista, mecanismo fisiopatológico comumente visto nesta doença (CARACENI; PORTENOY,1999).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2002), tanto a dor somática quanto a dor visceral são classificadas como dor nociceptiva . Em relação à dor somática ela aparece a partir da lesão da pele ou tecidos mais profundos e é usualmente localizada. Já a dor visceral se origina em vísceras abdominais e/ou torácicas. Ambos tipos de dor usualmente respondem aos analgésicos Opiáceos e não Opiáceos, com excelente resposta quando a dor é somática e boa resposta quando a dor é visceral. A dor nociceptiva é pouco localizada e descrita como uma sensação de ser profunda e com pressão. Algumas vezes é “referida” e sentida em uma parte do corpo distante do local de estimulação nociceptiva. A dor visceral é freqüentemente associada com outros sintomas como náusea e vômito.

A dor neuropática ocorre por lesão do Sistema nervoso periférico ou sistema nervoso central com dano nervoso sendo determinado por trauma, infecção, isquemia, doença degenerativa, invasão tumoral, injúria química ou radiação. A queixa de dor característica é do tipo de irradiação neurodérmica e em queimação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER,2002).

Embora muito já se conheça a respeito da dor oncológica, ela ainda se constitui em um mecanismo complexo que sofre variações conforme o tipo de tumor e o local afetado. No entanto, o arcabouço científico disponível permite que os especialistas identifiquem com maior precisão o tipo de dor da qual o paciente se queixa e institua a terapêutica mais eficaz (II CONSENSO NACIONAL DE DOR ONCOLÓGICA,2010).

A dor pode estar presente em diferentes momentos da doença, na fase aguda, decorrente de procedimentos invasivos ou mesmo nos períodos de reabilitação e reintegração do paciente. Os quadros algícos agudos são resolvidos após ser solucionado o fator causal, já a dor crônica, comumente presente no paciente oncológico, se estende além do período esperado para resolução de sua causa (II CONSENSO NACIONAL DE DOR ONCOLÓGICA,2010).

A dor tem grande repercussão na vida do indivíduo e buscar seu alívio deve ser uma prioridade para todos os profissionais envolvidos neste processo.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2002), o controle da dor proposto pela World Health Organization (WHO) tem conseguido através de 6 princípios aliviar a dor dos pacientes, em cerca de 80% dos casos. Esses princípios incluem a utilização da via oral, horário fixo, seguir uma escada analgésica para guiar o uso sequencial de drogas, ser individualizado, introduzir o uso de adjuvantes e orientar de forma clara e precisa o cuidador e o paciente a respeito dos medicamentos e de sua correta administração.

Uma avaliação criteriosa da queixa do paciente oncológico permite ao médico lançar mão dos analgésicos atualmente disponíveis, sendo que sua utilização adequada garante o alívio da dor na maioria dos casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER,2002).

No entanto, o impacto ocasionado pela dor na vida do indivíduo com câncer exige que os profissionais envolvidos no cuidado deste paciente utilizem de medidas não farmacológicas como tratamento complementar para dor.

é desejável o uso de intervenções múltiplas que possibilitem melhor resposta analgésica interferindo simultaneamente na diminuição da geração do impulso nociceptivo, alterando os processos de transmissão e de interpretação do fenômeno doloroso e estimulando o sistema supressor da dor (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002. p.70).

Segundo Barbosa (1994), a procura por formas alternativas de tratamento de saúde sempre esteve presente na história e sua procura se dá muitas vezes devido a insatisfação com os tratamentos convencionais.

O enfermeiro, assim como toda a equipe de enfermagem são peças fundamentais para que ocorra o efetivo controle dos sintomas indesejáveis decorrentes do câncer. Segundo Smeltzer;Bare (2002), a enfermagem deve fazer

uso das medidas não farmacológicas de alívio da dor, que além de oferecerem baixo risco, podem juntamente com a terapia medicamentosa proporcionar maior conforto e bem estar ao paciente oncológico.

O Instituto Nacional do câncer (2002) reconhece a importância das terapias não medicamentosas e em seu manual de controle da dor ressaltou:

o controle da dor é mais efetivo quando envolve intervenções que atuem nos diversos componentes da dor, compreendendo medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental que podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores. Deve-se avaliar as crenças dos doentes, e familiares sobre o valor das terapêuticas propostas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002,p.70)

A utilização de terapias complementares e alternativas é reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução nº 197, que define esta prática como uma especialidade do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM,1997).

Portanto, cabe aos profissionais que prestam assistência ao paciente oncológico, em especial a equipe de enfermagem, utilizar todos os recursos disponíveis na tentativa de alcançar o alívio da dor desde que não infrinjam os valores morais e culturais do paciente e de seus familiares.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Referencial Teórico

O presente estudo foi desenvolvido utilizando como referencial a prática baseada em evidências.

A Prática baseada em evidências trata-se de um movimento que teve início no Canadá na década de 80, e que contou com a iniciativa de um grupo da Universidade Mc Master; o qual tinha o objetivo elevar a qualidade do ensino e da assistência em saúde (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

No entanto, foi a partir da década de 90 que o movimento ganhou força e passou a ser difundido em outros países como Estados Unidos e Reino Unido. No Brasil, a medicina foi pioneira a dar ênfase à prática baseada em evidências, movimento ainda discreto na enfermagem, que conta com poucas publicações nacionais a respeito do assunto (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Vale ressaltar que a enfermagem baseada em evidências fortaleceu a credibilidade da profissão, pois possibilitou através de uma avaliação criteriosa dos dados obtidos a partir dos problemas estabelecidos, implementar ações referenciadas em resultados de pesquisa científicas e de dados obtidos de forma sistemática; qualificando assim a assistência prestada aos pacientes e a sua família (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

No entanto, a aplicabilidade dos resultados obtidos através de pesquisa científica no campo de atuação da enfermagem somente será possível mediante o incremento do conhecimento e da capacitação do enfermeiro para captar, interpretar e avaliar os resultados e os integrando a sua prática clínica (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Na prática baseada em evidências, a metodologia adotada para elaborar o estudo classifica-o em níveis hierárquicos de evidência que são descritos a seguir:

QUADRO 1 – Níveis de evidências

NÍVEL I	Metanálise de múltiplos estudos controlados
NÍVEL II	Estudos experimentais individuais (ensaio clínico randomizado)
NÍVEL III	Estudos quase experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós-teste, séries temporais e caso-controle.
NÍVEL IV	Estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisas com abordagem metodológica qualitativa e estudos de caso.
NÍVEL V	Dados de avaliação de programas, obtidos de forma sistemática
NÍVEL VI	Opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislação.

Fonte: STETLER *et al.*, (1998) citado por FERREIRA (2007).

Whitemore e KnafI (2005) citam quatro tipos de métodos que podem ser utilizados para realização de uma revisão bibliográfica sistemática da literatura: a revisão sistemática, a meta-análise, a revisão integrativa e a revisão qualitativa. Sendo que todas partilham de vários pontos em comum, mas cada qual com seu objetivo.

A revisão integrativa é um importante instrumento para aprimorar a prática clínica dos profissionais da saúde, e, em especial do enfermeiro, pois através deste estudo é possível dar respaldo científico as decisões por ele tomadas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo adotou como referencial metodológico a revisão integrativa da literatura, que segundo Silva; Souza; Carvalho (2010), trata-se de uma abordagem que permite ao pesquisador ampliar seu leque de pesquisa e utilizar como critério de inclusão estudos primários e secundários, revisão de teoria e evidências, definição de conceitos e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

A revisão integrativa como metodologia científica segue o seguinte percurso: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA,2008).

A primeira etapa da revisão integrativa consiste em definir o problema do estudo que segundo Santos, Pimenta, Nobre (2007), deve ter estabelecido de forma clara e bem definida sua pergunta de pesquisa e utilizar um método lógico para realizar sua busca bibliográfica.

Para elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, pode-se utilizar como estratégia o PICO, formada por P de paciente ou população, I de intervenção ou indicador, C de comparação ou controle e O de “outcome”, que em português significa desfecho clínico, resultado (NOBRE,BERNARDO,JATENE,2003).

Neste estudo, após a escolha do tema do estudo, foi elaborado o PICO para convergir ao problema. Os passos são apresentados na Tabela 1:

TABELA 1: Descrição da Estratégia de Pico Para Elaboração da Pergunta Norteadora.

Abreviação	Significado	Descrição
P	Paciente/População	Pacientes em tratamento neoplásico que sentem dor decorrente do câncer ou do tratamento instituído.
I	Intervenção/Indicador	Intervenções não farmacológicas realizadas pela enfermagem que podem contribuir para amenizar a dor do paciente com câncer.
C	Comparação/Controle	Pacientes em uso de medidas complementares para o alívio da dor e pacientes que utilizam apenas o tratamento farmacológico.
O	Outcome/Desfecho	Alívio da dor e melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico.

A partir da elaboração da estratégia de PICO, foi delimitada a seguinte questão norteadora: Quais medidas não farmacológicas têm sido adotadas pela enfermagem para proporcionar o alívio da dor do paciente oncológico?

5.1 Descritores

Para selecionar os estudos da amostra optou-se por utilizar descritores controlados ou descritores do assunto que são ferramentas utilizadas para indexar os artigos nas bases de dados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Os descritores controlados utilizados para realizar a busca bibliográfica foram os da Base de dados Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os descritores selecionados estão expostos abaixo:

* Manejo da dor – Forma de terapia que emprega uma abordagem coordenada e interdisciplinar para acalmar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de quem sente dor.

* Enfermagem Oncológica – Pode ser conceituada como cuidados de enfermagem prestados a pacientes com câncer. A especialidade de enfermagem oncológica focaliza no câncer como um dos principais problemas de assistência a saúde.

*Terapias Complementares – Todas as terapias podem ser consideradas complementares e/ou alternativas. Tanto a terapia tradicional (farmacológica) quanto as demais podem prescindir de outras terapias. Quando a terapia atua individualmente, ela será eleita como terapia alternativa de tratamento. Quando as terapias, necessitarem do auxílio de outras modalidades elas são consideradas terapias complementares.

* Paciente Oncológico – Termo livre utilizado para compor a busca.

Para o levantamento bibliográfico foram consultadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), The Cochrane Library e Coleção SUS Brasil.

Para realizar a estratégia de busca, os descritores utilizados sofreram interseção entre os operadores booleanos. Os operadores booleanos são representados pelos termos AND que corresponde à intercessão entre dois conjuntos, OR corresponde aos dois conjuntos por completo, combinação de adição e AND/NOT uma parte do conjunto que não utiliza do outro conjunto, nem mesmo a intercessão.

Após o estabelecimento da estratégia de busca foram selecionados os artigos em diferentes bancos de dados.

No Quadro 2 são apresentadas o número de artigos encontrados nas bases de dados acima citadas:

QUADRO 2 – Base de Dados, Estratégia de Busca dos Descritores e Publicações Identificadas

ESTRATÉGIA DE BUSCA	BASE DE DADOS	ARTIGOS IDENTIFICADOS	ARTIGOS SELECIONADOS
1º Estratégia: (("Manejo da Dor" OR "Manejo del Dolor" OR "Pain Management" or "alívio da dor" OR "pain relief" OR dor OR Dolor OR Pain) AND ("Enfermagem Oncológica" OR "Enfermería Oncológica" OR "Oncologic Nursing" OR "paciente oncológico" OR "paciente oncologico" OR "oncology patients")) AND (MH: E02.190\$ OR "Terapias Complementares" OR "Complementary Therapies" OR "Terapias Alternativas").	MEDLINE	48	02
	LILACS	4	0
	BEDENF-ENFERMAGEM (BRASIL)	2	0
	DARE- REVISÕES SISTEMÁTICAS AVALIADAS	3	0
	CENTRAL-REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS CONTROLADOS	4	0
2º Estratégia: ("Manejo da Dor" OR "Manejo del Dolor" OR "Pain Management" or "alívio da dor" OR "pain relief" OR dor OR Dolor OR Pain) AND ("Enfermagem Oncológica" OR "Enfermería Oncológica" OR "Oncologic Nursing" OR "paciente oncológico" OR "paciente oncologico" OR "oncology patients")	MEDLINE	603	02
	LILACS	90	02
	BEDENF-ENFERMAGEM (BRASIL)	39	0
	DARE- REVISÕES SISTEMÁTICAS AVALIADAS	3	0
	CENTRAL-REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS CONTROLADOS	50	0

2 Seleção dos Artigos

As estratégias utilizadas disponibilizaram um total de 240 publicações nas bases de dados utilizadas, com um número maior de publicações na base LILACS. Tais publicações foram submetidas a leitura do título e do resumo sendo excluídos 220 por não abordarem o tema do estudo. Os 20 estudos restantes foram selecionados para serem lidos na íntegra, e, após leitura, 14 foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos. Sendo assim, compuseram a amostra deste estudo 06 (seis) publicações que foram lidas e analisadas..

5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

No presente estudo foram utilizados como critério de inclusão:

- Estudos que abordaram o paciente com idade maior ou igual a 18 anos com doença oncológica, independente do estadiamento e da origem tecidual, e que sentem dor devido ao câncer ou que esteja relacionada ao tratamento convencional.
- Artigos que trataram de medidas não farmacológicas de alívio da dor oncológica.
- Foram consideradas as intervenções aplicadas nos ambulatórios, no domicílio, nos hospitais gerais e nos centros especializados em cuidados paliativos.
- Artigos em inglês e português publicados nos últimos 10 anos.

Como critérios de exclusão:

- Estudos que não corresponderem ao tema proposto.
- Com recorte temporal superior ao tempo estabelecido.
- Estudos com animais.

A escolha dos artigos se deu respeitando primeiro: a leitura do título avaliando se abordava o tema proposto: em seguida foi realizada a leitura do resumo e, por fim a leitura na íntegra do estudo.

6. RESULTADOS

Nesse estudo foram analisados seis artigos na íntegra por meio da análise temática e para facilitar a identificação dos estudos foi utilizada a letra Q seguida dos números cardinais: Q1, Q2, Q3, Q4, Q5 e Q6. Segue abaixo as informações referentes á amostra como: código correspondente, título do artigo, país da realização do estudo, ano de publicação e delineamento do estudo.

QUADRO 3 – IDENTIFICAÇÃO DETALHADA DE CADA AMOSTRA

Código do estudo	Título do estudo	Ano de publicação	País de Origem	Idioma	Delineamento
Q1	Manejo não farmacológico da dor em pacientes com câncer	2009	Brasil	Português	Revisão de literatura
Q2	Integrating Yoga Into cancer care	2007	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura
Q3	A utilização de terapias complementares associadas ao tratamento convencional para alívio da dor em pacientes oncológicos	2004	Brasil	Português	Descritivo, exploratório e de campo
Q4	When medication Is not enough: no pharmacologic management of pain	2007	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura
Q5	Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer?	2007	Estados Unidos	Inglês	Revisão de literatura
Q6	Music therapy in relief of pain in oncology patients	2009	Brasil	Inglês	Descritivo, exploratório transversal

Quanto ao idioma, dois artigos (33%) foram publicados na língua portuguesa e quatro (66%) na língua inglesa. Os artigos foram selecionados na maioria na base de dados MEDLINE (66%), seguido da LILACS (33%).

Em relação à autoria, os seis artigos (100%) foram escritos por enfermeiros e em (66%) houve a participação de uma especialista em enfermagem oncológica. Cumpre esclarecer que em dois estudos (33%) houve a participação do profissional médico.

Quanto ao tipo de revista científica, (66,6%) correspondem a periódicos de circulação internacional e (33,4%) de circulação nacional.

No que se refere as modalidades de publicação, (66,6%) artigos foram do tipo de revisão da literatura e (33,4%) do tipo descritivo, exploratório e de campo.

Quanto ao ano de publicação, foi detectado que todos os artigos selecionados foram publicados nos últimos dez anos, sendo que (83,3%) foram publicados nos últimos seis anos.

Em relação a força de evidência, constatou-se que os seis artigos incluídos na revisão têm nível IV de evidência.

A síntese dos artigos incluídos no presente estudo encontra-se disposto no Quadro 4:

QUADRO 4: CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SOBRE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR, BELO HORIZONTE, 2013

CÓDIGO	OBJETIVO	AMOSTRA	INTERVENÇÃO ESTUDADA	RESULTADOS/CONCLUSÕES
Q1	Identificar quais evidências existe na literatura científica, relacionadas ao manejo não farmacológico da dor em pacientes com câncer.	Seis artigos	Estratégias educativas; Intervenção cognitivo comportamental; Aromaterapia; Massagem.	Em todas as modalidades estudadas houve redução significativa da dor.
Q2	Avaliar os efeitos da prática da yoga nos pacientes com câncer e seus sobreviventes	Estudos de Caso, Estudo randomizado Controlado e Estudos de intervenção. Estudo piloto prospectivo.	Controle da respiração, visualização, técnica de consciência, movimentos simples e suaves; Aulas com professores, através de vídeos e livros.	Melhoria na qualidade do sono, do humor, da depressão e ansiedade. Melhora considerável da dor, mobilidade e qualidade de vida.
Q3	Identificar quais são as práticas complementares utilizadas pelos pacientes portadores de patologia oncológica quanto ao tipo, duração, motivo e percepção dos pacientes quanto aos resultados alcançados	30 pacientes adultos portadores de patologia oncológica .	Fitoterapia; Relaxamento; Acupuntura; Cromoterapia.	Dos 30 pacientes que participaram do estudo apenas 14 fazem uso de terapias complementares. Destes, (57%) relatam melhora total da dor, (29%) melhora parcial da dor e (14%) tiveram aumento da disposição física.
Q4	Avaliar o risco/ benefício das medidas complementares de alívio da dor.	Revisão de 18 estudos clínicos randomizados que abordavam terapias complementares para o alívio da dor oncológica.	Massagem terapêutica; Terapia do calor;	Todas as modalidades apresentaram benefícios tais como: diminuição da dor e ansiedade, prevenção de úlceras de

			<p>Crioterapia;</p> <p>Posicionamento;</p> <p>Aromaterapia;</p> <p>Terapia Mente Corpo;</p> <p>Relaxamento</p> <p>;Meditação</p> <p>;Hipnose;</p> <p>Imagens.</p>	<p>pressão, redução de edema e melhoria da qualidade do sono quando devidamente empregadas.</p>
Q5	<p>Avaliar a eficácia do toque terapêutico na diminuição da ansiedade e da dor no paciente com câncer.</p>	<p>12 estudos identificados nas bases de dados Pub Med, Cochrane e CINAHL</p>	<p>Toque terapêutico;</p> <p>Toque de cura.</p>	<p>Os estudos apontaram para a melhora do humor e da fadiga. Os estudos enfatizaram os benefícios para o estado emocional do paciente.</p>
Q6	<p>Avaliar a percepção dos pacientes oncológicos com dor crônica quanto aos efeitos da música no alívio da dor.</p>	<p>Estudo realizado com 10 pacientes adultos com câncer e dor crônica.</p>	<p>Uma sessão de música de 20 a 30 minutos aplicada em três dias diferentes.</p>	<p>Redução dos níveis pressóricos, da frequência respiratória, da frequência cardíaca e, em 100% dos casos houve melhora significativa da dor..</p>

7 DISCUSSÃO

Nos artigos analisados os autores apresentaram diferentes formas de tratamentos, sob a égide do alívio da dor no paciente com câncer, com a utilização das seguintes medidas não farmacológicas: medidas físicas, recursos psicológicos e medidas complementares.

Em (Q4), relacionado às modalidades físicas Potter;Perry (2004) ressaltam a importância do enfermeiro na avaliação do posicionamento do paciente, pois é através da obtenção destas informações tais como: dificuldades de locomoção, presença de feridas ou áreas de atrito, idade do paciente, peso, uso de drenos ou bombas de infusão dentre outras será possível adotar posições que proporcionem maior conforto ao paciente.

Estudos de Ingram; Lavery (2005), presente em (Q4) têm sugerido a terapia do calor como forma de amenizar a dor e o desconforto. O uso do calor local aumenta o aporte sanguíneo para a pele e conseqüentemente os tecidos ficam mais nutridos e oxigenados. No entanto, deve-se ficar atento para o risco de queimaduras e aplicação de calor em locais submetidos a radioterapia (CHANDLER,PREECE; LISTER,2002).

Um estudo realizado com 49 adultos com queixa de dor leve, que utilizou um cobertor aquecido durante uma hora na região afetada, apresentou níveis significantes de diminuição da dor (ROBINSON; BENTON,2002).

Em (Q4), segundo Gatlin;Schulmeister (2007) o uso da crioterapia, pode ser utilizada nos casos dos pacientes que apresentam lesões em tecidos moles e dores de cabeça, pois seu uso diminui o desconforto. No entanto, deve-se atentar quanto ao seu uso indevido em áreas que apresentam sensibilidade ao frio, nas áreas que foram irradiadas ou que apresentam restrição circulatória.

As intervenções psicológicas foram incluídas como estratégias educativas, bem como as intervenções cognitivo comportamentais, a hipnose, a meditação, a musicoterapia, o relaxamento e a terapia com imagens.

Em (Q1) Aubin *et al.* (2006), apontam os benefícios das intervenções psicossociais em um estudo realizado com 80 pacientes do tipo quase experimental em regime de internação domiciliar. O grupo experimental usou como intervenção vídeos e panfletos que abordavam questões referentes à analgesia oncológica.

Também fazia parte do estudo a elaboração de um diário onde todas as observações referentes á dor deveriam ser registradas pelo paciente. Após o período de quatro semanas o grupo experimental apresentou redução significativa da dor e melhor controle algico em relação ao grupo controle.

Em (Q6), a musicoterapia tem sido indicada como recurso terapêutico eficaz e capaz de complementar o tratamento convencional instituído na dor aguda e crônica. Esta modalidade de terapia foi inserida pela primeira vez em 1977, no Centro de cuidados paliativos do Royal Victoria Hospital, Quebec, Canadá. (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

Em (Q6) um estudo realizado com 10 pacientes adultos com câncer que tinham queixa de dor crônica realizado em um hospital de grande porte de São Paulo, utilizou sessões de 20 a 30 minutos por dia de músicas de Dvorak, a Serenata para cordas em C maior de Johann Strauss, o Danúbio Azul e os Concertos de Vivaldi. Verificou-se após análises realizadas que houve redução nos níveis pressóricos dos pacientes, na frequência respiratória e, em 100% ocorreu redução considerável da dor (FRANCO; BEZERRA, 2009).

Segundo Manefee; Montin (2005), em (Q4) o relaxamento se apresenta como uma medida que pode ser amplamente utilizada no tratamento da dor dos pacientes oncológicos. Para os autores o relaxamento tem sido mais eficaz na dor aguda e geralmente é realizada juntamente com outras modalidades como a meditação e a musicoterapia. Destaca que na meditação, a respiração controlada juntamente com a mentalização de orações, frases ou palavras, podem levar o indivíduo a um estado pleno de relaxamento e interiorização dos pensamentos programados.

Já a hipnose, como medida complementar ao tratamento da dor, levaria o indivíduo a alterar seus sentidos, levando-o a diminuição da percepção periférica e da função motora (MONTI; YANG, 2005).

Rajasekaran, Edmonds, Higginson (2005), concluíram através de uma revisão de 27 artigos em periódicos internacionais (um estudo randomizado, controlado; um estudo observacional e 24 estudos de caso), que a hipnose como medida alternativa para tratar os sintomas decorrentes do câncer e de seu tratamento, inclusive a dor; apresentam um baixo nível de evidência e sugerem que sejam realizados mais estudos sobre o tema. (Q4).

No que se refere ao emprego de modalidades complementares, Gatlin, Schulmeister (2007) diz que a aromaterapia utiliza essências aromáticas de cheiro agradável com o intuito de melhorar o humor e a saúde do indivíduo.

Em um estudo realizado por Fellowes, Barnes & Wilkinson (2008) com 52 pacientes constatou-se que o grupo experimental que utilizou a aromaterapia como intervenção obteve melhora significativa no alívio da dor em relação ao grupo que não recebeu a intervenção, com citado em (Q1).

A yoga tem sido utilizada como medida alternativa para o alívio da dor. Uma revisão de literatura realizada por Bawer *et al.* (2005), ressaltam como benefícios da yoga para o paciente com câncer: melhora da qualidade do sono, da fadiga, do humor, do estresse e da angústia decorrente da doença e de seu tratamento. No entanto, os referidos autores apontam para as limitações metodológicas dos estudos utilizados no que se refere a falta de um grupo controle, representatividade da amostra, tempo limitado de acompanhamento e intervenção (Q2).

Outra modalidade empregada com a finalidade de tratar os sintomas decorrentes do câncer é o toque terapêutico, que tem suas raízes na medicina oriental e, em 1970 foi introduzida como uma intervenção de enfermagem não invasiva por Dolores Krieger e Dora Kuntz (KELLY *et al.*, 2004) (Q5).

Sobre o toque terapêutico, Jackson *et al.* (2007) em uma revisão de literatura que tinha como finalidade identificar a eficácia do toque terapêutico para minimizar a dor e a ansiedade de pacientes com câncer, concluíram que o toque terapêutico e outras terapias de toque de energia têm eficácia no alívio dos sintomas físicos e psicológicos dos pacientes com doença oncológica. No entanto, os estudos demonstraram que são escassos os trabalhos relevantes sobre este tema realizados no campo da enfermagem e que os cursos de graduação deveriam incorporar este tipo de terapêutica em sua grade curricular (Q5).

Quanto a massagem terapêutica Abreu *et al.* (2009), analisaram dois estudos que apresentaram diferenças estatisticamente significantes na variável relativa a redução dos níveis de dor. Em um estudo realizado com 103 pacientes houve redução de 34 a 39% da dor após massagem dos pés, sendo que no outro, que utilizou em 28 pacientes a massagem sueca foi constatado em 30% dos homens uma significativa da dor (FELLOWES, BARNES, WILKINSON, 2008).

A utilização da fitoterapia como medida complementar para o tratamento da dor foi citada por Alves; Silva (2004) em um estudo realizado com 30 pacientes

adultos com câncer do ambulatório de dor do hospital das clínicas de São Paulo. Este objetivou identificar as práticas não farmacológicas utilizadas por pacientes com câncer para proporcionar alívio da dor. Dentre os pacientes que faziam uso de algum recurso alternativo a fitoterapia apareceu em primeiro lugar com cerca de (46%), seguida do relaxamento (27%), acupuntura (18%) e cromoterapia (9%). Dos pacientes que faziam uso destes recursos (57%) relataram melhora total da dor. (29%) melhora parcial e (14%) relataram aumento da disposição física, de acordo com o estudo(Q3).

O investimento na realização de estudos que buscam evidências científicas por meio de revisão da literatura, em temas específicos sobre medidas não farmacológicas no tratamento da dor oncológica, ainda é incipiente. Na medida em que todos os estudos levantados, os autores relataram haver necessidade de realizar mais pesquisas referentes a essas modalidades terapêuticas, e principalmente no campo da enfermagem. Sendo portanto necessário o desenvolvimento de estudos para que as medidas utilizadas na prática clínica da enfermagem sejam cientificamente efetivas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença que atinge todas as idades, raças, culturas e classes sociais com um enorme contingente de indivíduos acometidos por esta doença em todo mundo. Traz como suas implicações perdas significativas na qualidade de vida dos doentes e de seus familiares e desperta o interesse não só dos profissionais da saúde, mas de toda a sociedade em descobrir meios de amenizar o sofrimento causado por esta enfermidade.

Este estudo possibilitou dimensionar e analisar a produção do conhecimento que esta sendo desenvolvido pelos enfermeiros sobre o tema.

Neste contexto, destaca-se que os estudos que compuseram esta revisão enfatizam que a enfermagem deve aprimorar seu conhecimento a respeito das medidas complementares de alívio da dor oncológica e sua implicação na qualidade de vida do indivíduo com câncer. E, os autores sugeriram o aumento da produção científica à respeito do assunto abordado.

Conclui-se que, apesar da pequena representatividade da amostra, o presente estudo contribuiu para o alcance do objetivo proposto, porém sugere-se a realização de novos estudos nessa área para subsidiar o planejamento e as ações de enfermagem no cuidado prestado ao paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Araújo Vahia, et al. **Manejo não farmacológico da dor em pacientes com câncer: Revisão Sistemática.** 2006.

ALVES, Andréia Regiane; SILVA, Maria Júlia Paes. **A utilização de terapias complementares associadas ao tratamento convencional para alívio da dor em pacientes oncológicos,** v.76, 2004. São Paulo: Revista Nursing. Acesso em 19 de julho de 2013.

ARANTES, A.C L.Q.;CARVALHO.V.A., **Dor e câncer. Temas em Psico-Oncologia.** São Paulo:Summus.2008,p.287-293.

BARNES,P.M; BLOOM,B; & NAHIN.R.L. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children:United States,. **National Health Statistics Reports,** v.12, n.10,p.1-24, 2007.

BERGOLD,L.B; ALVIM, N.A.T; CABRAL, I.E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto & Contexto Enfermagem** [Internet]. 2006 Abr-Jun [citado 2007 Fev 18]; 15(2) [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415210.pdf>. Consultado em 18 de julho de 2013.

BOWER,J.et al. **Yoga for cancer patients and survivors.** Cancer Control. 2005.12(3), 165–171. Consultado em 18 de julho de 2013.

CARACENI, A.; PORTENOY, R. **An international survey of cancer pain characteristics and syndromes.** IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. Pain. 1999 Sep; 82(3):263-74. Consultado em 18 de junho de 2013.

CHANDLER, A.; PREECE. J.; LISTER, S. **Using heat therapy for pain management.** Nursing Standard, 2002. /7(9), 40-42. Consultado em 18 de julho de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.79.498/86. **Dispõe sobre a regulação do serviço de enfermagem e dá outras providências.** São Paulo,p.36-41,2001.

II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.; 2011. Disponível em: www.moreirajr.com.br. Consultado em 16 de junho de 2013.

COSTA. T.F; CEOLIM.M.F; A Enfermagem nos Cuidados Palativos a Criança e adolescente com Cancer: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) vol.31 no.4 Porto Alegre Dec. 2010 <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400023>. Consultado em 15 de junho de 2013.

DISTASIO, Susan A. Integrating Yoga Into Cancer Care. **Clinical Journal of Oncology Nursing.** 2007, v.12, n.1. Consultado em 18 de julho de 2013.

FELLOWES, D.; BARNES, K.; WILKINSON. S. Aromaterapia y masajes para el alivio sintomático de los pacientes oncológicos (Cochrane Review). In:La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=CCB&searchExp=dor%20and%20intervencao%20and%20cancer&lang=pt> Consultado em: 18 de julho de 2013.

FRANCO, M.; BEZERRA, R.A. **Music Therapy in relief of pain in oncology patients.**2009. v. 7. Consultada em: 18 de julho de 2013.

GALVÃO, C.M; SAWADA N.O; TREVIZAN M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidencias na prática e enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, maio-junho 2004. 12(3):549-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Consultado em: 01 de dezembro de 2012.

GALVAO,C.M; SAWADA,N.O; MENDES, I.A.C. **A busca das melhores evidencias.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2003 v.37,n.4,p.43-50. Consultado em 01 de dezembro de 2012.

GATIIN, C.G.; SCHULMEISTER, L. **When Medication Is Not Enough: nonpharmacologic Management of Pain.** Revista Clinical Journal of Oncology Nursing, 2007, v. 7, n.5. Consultado em 19 de julho de 2013.

GONÇALVES, A.P.; FARIA, R.R.M. PRADO, C. **O profissional de Enfermagem no Cuidado da Dor de Pacientes Oncológicos.** Revista Nursing, 2009, v. 12. Consultado em 19 de julho 2013.

INGRAM, P.& LAVERY, I. **Peripheral intravenous therapy: Keyrisks and plications for practice**. Revista Nursing Standard, 2005,v. 9. Consultado em 19 de julho de 2013.

Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor..** Rio de Janeiro: INCA; 2012 [on line]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. Consultado em 20 de maio de 2013.

Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [on line]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. Consultado em 17 de junho de 2013.

JACKSON, E. et al. **Does Therapeutic Touch Help Reduce Pain and Anxiety in Patients With Cancer?**. 2007. Revista Clinical Journal of Oncology Nursing. v. 12, n. 1. Consultada em 18 de Julho de 2013.

KELLY, A.E.,et al. **Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: Perceptions of women with breast cancer**. Oncology Nursing Forum. 2004 31(3), 625–631. Consultado em 15 de julho de 2013.

LEAL et al. **Dor e Dignidade: o cotidiano da enfermeira na avaliação da dor oncológica**. 2008, Revista Nursing, v.10. consultado em 18 de julho de 2013.

MANEFE.L.A.& MONTI.D.A. **Nonpharmacologic and complementary approaches to cancer pain management**./owr-««/ of the American Osteopathic Association, 2005, /C>5(11, Suppl.5), S15-S20. Consultado em 17 de julho de 2013.

MENDES; K.D.S ; SILVEIRA, R. C.C.P; GALVAO, C.M. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem**. Texto e Contexto- Enfermagem, Florianópolis, v.17,n.4,p758-764,out.-dez.2008. Consultado em 23 de novembro de 2013.

MONTI, D.A., & YANG, J. **Complementary medicine in chronic cancer care**. Seminars in Oncology, 32. 225-231. National Association for Holistic Aromatherapy. (2006). Scop, 2006, from http://www.naha.org/rdt_statement.htm. Consultado em 18 de julho de 2013.

NASCIMENTO, L., A; KRELING, M. C.,G., D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem*. **Acta paul. enferm.** vol.24 no.1 São

Paulo 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100007>. Consultado em 06 de dezembro de 2012.

NOBRE .R.C; BERNARDO W. M; JATENE F.B. **A Prática Clínica Baseada em Evidências. Parte 1 Questões Clínicas bem Construídas.** Rev Assoc Med Bras, 2003. 49(4): 445-9. Consultado em: 20 de novembro de 2012.

NOBRE .R.C; BERNARDO W. M; JATENE F.B. **A Prática Clínica Baseada em Evidências: Parte III Avaliação Crítica das Informações de Pesquisas Clínicas.** Rev Assoc Med Bras, 2004. 50(2): 221-8. Consultado em: 02 de dezembro de 2012.

PATROCINIO, M.; CLAUDIO.A.V.; SILVANA. M.M; **Psicofisiologia da Dor: uma revisão bibliográfica.** – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.87-96, jan.-jun. 2008. Consultado em 05 de dezembro de 2012.

Pacheco, L.S; Martins.L; S,V.;M; **Cuidados Paliativos em Oncologia. Respeito aos Princípios da Vida.** Revista Cuidarte Enfermagem- julho 2009. Dezembro-166.175. Consultado em 02 de dezembro de 2012.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos.** 4. ed.São Paulo: Edições Loyola, 2009.

PIMENTA.C.A.M.Conceitos culturais e a experiência dolorosa.**Rev.esc.enferm.USP.**vol.32 no.2 São Paulo Aug.1998. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234199800020001>. Consultado em 22 de junho de 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentals of nursing.** 6 ed.St. Louis,MO: Elsevier,p.751-792,2004. Consultado em 17 de julho de 2013.

RAJASEKARAN, M.. EDMONDS, P.M., HIGGINSON, I.L. **Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients.** Palliative Medicine, 2005. 19, 418-426. Consultado em 19 de julho de 2013.

ROBINSON, S., & BENTON, G. **Warmed blankets: An intervention to promote comfort for elderly hospitalized patients.** Geriatric Nursing. 2002. 23, 320-323. Acessado em 18 de julho de 2013.

SANTOS,C.M.C; PIMENTA.C.A.M; NOBRE.M.R.C; A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am**

Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3) www.eerp.usp.br/rlae. Consultado em 16 de novembro de 2012.

SILVA, L.M.H; ZAGO.M.;F. **O cuidado do Paciente Oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro**, Rev.Latino Americana. Enfermagem vol.9. n 4. Ribeirao Preto 2001.Scielo. disponível em HTTP: dx.doi.org-101590-50104-11692001000400008. Consultado em 01 dezembro de 2012.

SILVA, K; S. KRUSE.M.H.L; **As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras** . Rev Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):183-9. Consultado em 15 de dezembro de 2012.

SILVA T.O.N; SILVA.V.R; MARTINEZ.M.R; GRADIM C.V.C; **Avaliação da Dor em pacientes oncológicos**, Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):359-63. • p.359. Consultado em: 29 de novembro de 2012.

SMELTEZER SC & BARE BG. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SOUZA M.T.; SILVA M.D.; CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, 2010(1 Pt . 1):102-6.

STRAUB, R. O. **Medicina Complementar e Alternativa**. In R. O. Straub (Org.), Psicologia da Saúde. 2005. (pp. 497-530). Porto Alegre: Artmed. Consultado em 27 de novembro de 2012.

KELLY, A.E., et al. **Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: perceptions of women with breast cancer**. 2004. oncology nursing forum, 200 31(3), 625–631. Consultado em 19 de julho de 2013.

TEIXEIRA; Manuel Jacobsen, **Dor e Depressão**. Citação: Teixeira MJ. Dor e depressão. Rev Neurocienc 2006; 14(2):044-053. Consultado em 02 de dezembro de 2012.

VITOR, A. O; et al. **Psicofisiologia da Dor: uma revisão bibliográfica**. 87RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.87-96, jan.-jun., 2008. 03 de dezembro de 2012.

WILSON, K.G et al. **Prevalence and correlates of pain in the nadian National Palliative Care Survey**. Pain Res Manag. 2009 Sep-Oct; 14(5):365-70. Consultado em 21 de junho de 2013.