



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Medicina
Trabalho de Conclusão de Curso

**Avaliação e manejo farmacológico da dor oncológica
no pronto-socorro**

Gama-DF
2023

KENY SOARES RODRIGUES JÚNIOR

**Avaliação e manejo farmacológico da dor oncológica
no pronto-socorro**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Prof MSc. Denis Carvalho Parry

Gama-DF
2023

KENY SOARES RODRIGUES JÚNIOR

Avaliação e manejo farmacológico da dor oncológica no pronto-socorro

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 26 de Novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. MSc. Denis Carvalho Parry
Orientador

Prof. MSc. Alessandro Ricardo Caruso Da Cunha
Examinador

Prof. Dr. Carlos de Almeida Baptista Sobrinho
Examinador

Avaliação e manejo farmacológico da dor oncológica no pronto-socorro

Keny Soares Rodrigues Júnior¹

Resumo:

Objetivos: A revisão apresentada busca a melhor conduta terapêutica para pacientes admitidos no pronto-socorro com queixa de dor oncológica, além de frisar a necessidade de uma avaliação adequada do paciente. **Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica por meio da busca ativa nas bases de dados Pubmed, Scielo e BVS, com a utilização de descritores com o operador booleano AND: “cancer pain” AND “treatment” AND “emergency”. Foram analisados 45 artigos em português, inglês e espanhol publicados nos últimos 16 anos. Com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram utilizados 19 artigos de maior relevância para o assunto abordado. **Resultados:** O estudo elabora uma estratégia de avaliação da dor oncológica no paciente admitido no pronto-socorro, abrangendo uma anamnese detalhada associada ao uso de ferramentas multidimensionais que visam um entendimento individualizado de cada caso. Com isso, é utilizado um esquema farmacológico baseado no uso de AINEs, opioides fracos e fortes, associados às drogas adjuvantes. Além disso, é descrito um manejo de resgate para crises álgicas admitidas na emergência. Não obstante, o trabalho entra no âmbito das principais dificuldades enfrentadas nesse processo, propondo soluções para cada uma das adversidades apresentadas. **Conclusão:** Em síntese, o trabalho busca corroborar com uma iniciativa incisiva para a reversão desse cenário negativo da dor oncológica como uma urgência médica mundial. Desse modo, a pesquisa traz meios eficazes para tal objetivo, elaborando diretrizes concretas de avaliação e manejo na prática clínica, e buscando soluções para as adversidades encontradas na busca da analgesia eficaz em pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Dor do câncer; Tratamento; Emergência.

Abstract:

Objectives: This review seeks to determine the best therapeutic approach for patients admitted to the emergency department complaining of cancer pain, as well as emphasizing the need for a proper assessment of the patient. **Methods:** A bibliographic review was carried out by actively searching the Pubmed, Scielo and BVS databases, using descriptors with the Boolean operator AND: "cancer pain" AND "treatment" AND "emergency". 45 articles in Portuguese, English and Spanish published in the last 16 years were analyzed. Based on the inclusion and exclusion criteria established, 19 articles of greatest relevance to the subject matter were used. **Results:** The study devises an strategy for assessing cancer pain in patients admitted to the emergency room, encompassing a detailed anamnesis associated with the use of multidimensional tools aimed at an individualized understanding of each case. This is followed by a pharmacological regimen based on the use of NSAIDs, weak and strong opioids, associated with adjuvant drugs. In addition, rescue management is described for pain crises admitted to the emergency department. However, the paper goes into the main difficulties faced in this process, proposing solutions for each of the adversities presented. **Conclusion:** In summary, this study seeks to corroborate an incisive

¹Graduando do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: kenyljunior@medicina.uniceplac.edu.br

initiative to reverse this negative scenario of cancer pain as a global medical emergency. In this way, the research provides effective means for this objective, drawing up concrete guidelines for evaluation and management in clinical practice, and seeking solutions to the adversities encountered in the search for effective analgesia in cancer patients.

Keywords: Cancer pain; Treatment; Emergency.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças mais expressivas no cenário mundial, principalmente por essa trazer uma prevalência que vem crescendo a cada ano devido ao envelhecimento populacional, com estimativas trazidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2030 de 27 milhões de casos incidentes, além de 17 milhões de mortes (LOPES JÚNIOR et al., 2020). Essa patologia é baseada em uma mutação genética desencadeada por agentes cancerígenos que provocam modificações nos DNA da célula, que a partir disso passa a receber instruções erradas para suas atividades. Ademais, as células defeituosas passam a se multiplicar desordenadamente, com um grau disseminativo alarmante, podendo chegar a se espalhar por diversos sistemas do organismo humano e gerar sinais e sintomas diversos no paciente que desenvolve a doença (GONÇALVES et al., 2018). Dentre as manifestações clínicas mais presentes no doente oncológico, a dor se destaca por sua alta incidência nesses enfermos, além de seu impacto multidimensional, afetando não só fisicamente, mas também comprometendo os domínios social, psicológico e espiritual do paciente (AHMEDZAI et al., 2018).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) trouxe em 2020 a definição da dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (OLIVEIRA et al., 2013; GRANER et al., 2010; ALVES COSTA et al., 2007; ARCE GÁLVEZ et al. 2021, SWARM et al., 2019). Dito isso, pressupõe-se que o quadro algico não se restringe apenas a um fenômeno biológico associado aos neurônios sensoriais, mas traz consigo implicações na vivência cotidiana do enfermo, além de envolver circunstâncias de adaptação, perda parcial ou total da funcionalidade e impacto no bem-estar psicológico (LOPES JÚNIOR et al., 2020; ARCE GÁLVEZ et al., 2021). No entanto, para o conhecimento amplo e significativo da dor como um todo, é necessário o discernimento concreto de sua fisiologia no organismo humano.

Tendo em vista que o processo doloroso se inicia a partir de uma lesão real ou potencial, presume-se que o quadro algico se instaura a partir de uma reação inflamatória, pois todo dano tecidual, seja ele térmico, físico ou químico gera uma inflamação. A partir do processo inflamatório, são liberadas diversas substâncias químicas, como a bradicinina, histamina, prostaglandinas e os íons H^+ , estas que vão estimular as terminações nervosas livres do sistema nervoso periférico, conhecidas como nociceptores. A partir dessa conexão nervosa, a transmissão do sinal doloroso será feita até o corno dorsal da medula pelas fibras nervosas A-Delta e C, sendo a primeira uma fibra mielinizada responsável pela condução rápida e a segunda uma fibra não mielinizada que transmite a condução lenta do estímulo da dor. Chegando à medula, o sinal corre até o tálamo, onde o impulso doloroso é definido espacialmente e é programado em estruturas do sistema límbico e em regiões corticais. A interação do estímulo com o sistema límbico atribui à dor o aspecto emocional de desconforto e sofrimento, e a ação de todos os sistemas reunidos gera a interpretação do organismo inteiro da dor e suas respostas (OLIVEIRA et al., 2013; ALVES COSTA et al., 2007).

Um meio de diferenciar a dor quanto a sua patogênese é classificando-a em nociceptiva e neuropática. A dor nociceptiva é baseada na lesão tecidual que gera um estímulo nos receptores da dor nas terminações nervosas, já a dor neuropática é derivada da lesão de fibras nervosas, sendo o impulso nervoso iniciado diretamente na linha de transmissão neuronal, podendo afetar desde os tecidos mais periféricos até o sistema nervoso central (OLIVEIRA et al., 2013; GRANER et al., 2010; ALVES COSTA et al., 2007). Ambos os tipos de dores são encontrados em pacientes com câncer, a depender do local que o tumor se instaurou e do grau metastático em que a doença se

encontra, prevalecendo nos pacientes oncológicos o conjunto das duas, a dor mista (NEDEL et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

O paciente oncológico enfrenta o quadro algico em diversos períodos a partir da instauração do processo tumoral, tendo uma prevalência aproximada de 40% dos pacientes relatando dor à data do diagnóstico ou em fase precoce da doença, 59% durante o tratamento oncológico, 70% na fase mais avançada da doença e até 33% após o tratamento curativo (ALVES COSTA et al., 2007; VIEIRA et al., 2019; SWARM et al., 2019; LARA SOLARES et al., 2017). Além disso, as dores relatadas pelo enfermo com câncer podem apresentar diferentes mecanismos, sendo o principal relacionado à própria neoplasia, por meio da infiltração local, do processo metastático ou de compressão de estruturas, afetando entre 60 a 90% dos casos (NEDEL et al., 2014; GRANER et al., 2010; ALVES COSTA et al., 2007; VIEIRA et al., 2019; SOUZA et al., 2022). Bem como este, a dor também é gerada em 5 a 20% dos casos pelas sequelas ao tratamento aplicado ao tumor, seja ele quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico, e em 3 a 10% dos casos a dor não tem relação alguma ao câncer, sendo ela proveniente de alguma outra patologia associada, como por exemplo, a osteoartrite ou a neuropatia diabética (GRANER et al., 2010; ALVES COSTA et al., 2007; VIEIRA et al., 2019; TEGEGN et al., 2017).

A dor oncológica, hoje tratada como uma urgência médica mundial traz dados alarmantes que demandam uma atenção especial no cenário da saúde global, acometendo de 60 a 80% de todos os pacientes diagnosticados com câncer e com uma crescente nessas estatísticas nos últimos anos (NEDEL et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013). A queixa dolorosa é um dos sintomas mais avassaladores do câncer e um dos mais temidos pelos enfermos e seus familiares, comprometendo sua funcionalidade, ânimo, autonomia, relacionamentos, bem-estar e qualidade de vida geral (SWARM et al., 2019; LARA SOLARES et al., 2017). Contudo, o quadro algico oncológico não é inevitável, considera-se que com o diagnóstico e definição da dor corretos e o manejo adequado, essa pode ser controlada em até 90% dos casos (GULATI, 2021).

Múltiplos aspectos sociais, emocionais e físicos dos pacientes com câncer são comprometidos pela dor, diante disso observa-se que o controle adequado da mesma corrobora para uma evolução nos domínios motivacionais, emocionais e psicológicos do enfermo. Em virtude dessa melhora, não só a qualidade de vida e o bem-estar atual do paciente são beneficiados, mas o tratamento como um todo, tendo em vista que a disposição e o ânimo do paciente influenciam na aderência terapêutica, e consequentemente contribuem para um melhor resultado na proposta terapêutica (HOCHBERG et al., 2020; PERINI et al., 2021). No entanto, hoje um dos problemas mais acentuados nesse contexto é a precária avaliação, e o consequente subtratamento da dor oncológica, podendo chegar a dados que mostram que quase 50% dos pacientes com câncer não têm o alívio adequado da dor (OLIVEIRA et al., 2013; VIEIRA et al., 2019; LOPES JÚNIOR et al., 2020).

Sob o mesmo ponto de vista do manuseio da dor oncológica como um todo, uma problemática importante que abre um leque de questões é a abordagem farmacológica do quadro algico no doente oncológico no pronto-socorro. A dor se destaca como uma das queixas mais presentes nos serviços de emergência com pacientes diagnosticados com algum tipo de neoplasia, trazendo muitos enfermos, apresentando diversos estágios e especificidades de câncer, desde o recém-diagnosticado até o paciente em estágio terminal (ARCE GÁLVEZ et al. 2021, LARA SOLARES et al., 2017). Ademais, diante desse quadro torna-se ainda mais necessário a avaliação e seguimento corretos de cada caso específico, tendo em vista que a clínica de dor tem grande impacto nesses pacientes, promovendo comprometimento de sua qualidade de vida e podendo até mesmo significar agravamento do estágio e prognóstico da doença (ALVES COSTA et al., 2007; MAKHLOUF et al., 2020).

Em síntese, esse estudo traz consigo a problemática das dificuldades apresentadas pelos serviços de pronto-socorro no atendimento ao paciente que traz uma queixa de dor oncológica, buscando trazer uma conduta farmacológica eficaz e direta para essa questão que se torna cada vez mais frequente no cenário da saúde mundial. Por conseguinte, essa investigação procura chegar a uma conclusão que auxilie na resolução definitiva da avaliação insatisfatória e do subtratamento da dor no paciente com câncer, sintetizando uma análise detalhada com o melhor manejo medicamentoso para o alívio do quadro algíco nesse enfermo, melhorando sua qualidade de vida e consequentemente chegando a um melhor prognóstico para seu quadro.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi fundamentado em um trabalho de revisão bibliográfica baseado na busca ativa de estudos realizada nas bases de dados MEDLINE/PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O processo foi guiado pelo uso de descritores combinados com o operador booleano AND, sendo estes: “cancer pain” AND “treatment” AND “emergency”. Foram analisados artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 16 anos. Desse modo, foram selecionados 45 artigos, dos quais a partir da análise do título e resumos, foram excluídos estudos que se afastaram da temática proposta pela revisão. Diante disso, foi realizada a leitura na íntegra dos artigos remanescentes dos quais com base na maior relevância e contribuição para o estudo, e qualidade e comprobabilidade metodológica, foram escolhidos 19, sendo estes 10 da plataforma Pubmed, 6 da Scielo e 3 da BVS. Os critérios de inclusão utilizados foram estudos que se aproximaram do objetivo do trabalho, sendo estes as medidas de avaliação da dor oncológica, o manejo farmacológico adequado para pacientes admitidos no pronto-socorro, e as dificuldades encontradas para um prognóstico eficaz de analgesia nestes pacientes. Diante dos diversos estudos analisados, foi denotada ênfase em métodos de avaliação da dor com maior índice de eficácia, baseados em estudos experimentais, e os esquemas terapêuticos mais recentes que foram comprovados por meio da prática clínica. Além disso, foram investigados impasses em um âmbito multidimensional que demonstraram comprometimento importante com a eficácia da terapia analgésica. Foram excluídos artigos que fogem aos temas em questão, aqueles não disponíveis para o acesso e os que foram publicados anteriores ao ano de 2007. O estudo foi organizado em tópicos, dividindo-o em introdução, metodologia, referencial teórico e conclusão. A introdução da revisão de literatura demonstrou uma visão ampla dos cenários de pacientes que sofrem com dor oncológica e suas dificuldades ao serem admitidos no pronto-socorro. A metodologia explanou a estratégia de análise e seleção dos estudos utilizados como referência. O referencial teórico foi debatido ao ponto de esclarecer as principais dificuldades nesse âmbito da medicina, sanar dúvidas sobre avaliação e tratamento da dor, além de propor soluções para os impasses enfrentados. E finalmente, a conclusão resumiu os pontos mais relevantes do estudo, destacando a necessidade de um investimento maior no contexto da dor oncológica como emergência médica mundial.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Avaliação da dor

Ao admitir a entrada de um paciente previamente diagnosticado com doença neoplásica no pronto-socorro com um quadro algíco sugestivamente relacionado a patologia, é estritamente necessário que seja feita uma avaliação detalhada sobre o quadro do paciente, a fim de que a

classificação e origem da dor sejam criteriosamente investigadas e o seguimento mais eficaz seja definido. Desse modo, torna-se fulcral a elaboração de uma história clínica que abranja uma análise global do doente e da dor, incluindo a caracterização sistemática desta, o estado da doença e sua evolução, além de dores crônicas pré-existentes e tratamentos passados e em uso (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007).

A descrição da dor deve abranger aspectos multidimensionais da mesma, buscando extrair o máximo de informações possíveis e uma profunda definição já na anamnese. Sua entrevista deve constar com questionamentos quanto à localização, irradiação, intensidade, aspecto, início, duração, frequência, critérios de melhora ou piora e fator desencadeante (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007; ARCE GÁLVEZ et al., 2021; LARA-SOLARES et al., 2017; PERINI et al., 2021). Todavia, somente com a entrevista da dor, há grandes chances de se obter valiosas informações sobre o quadro, como a delimitação dos sítios de acometimento, o tipo da dor, seja neuropática, nociceptiva ou mista, suas possíveis causas e se ela está ou não relacionada ao câncer preexistente (COSTA et al., 2007; ARCE GÁLVEZ et al., 2021). Outrossim, também é importante a realização de um exame físico direcionado para a queixa, corroborando para a precisão do diagnóstico (LARA-SOLARES et al., 2017).

Ademais, ainda existem outros instrumentos utilizados para a classificação da dor oncológica, como as escalas unidimensionais e multidimensionais da dor. As escalas unidimensionais são definidas pela sua simplicidade e facilidade de aplicação, no entanto se restringem a apenas um dos critérios de avaliação da dor, sendo mais comumente utilizado o de intensidade. Dito isso, as três principais escalas unidimensionais utilizadas para a mensuração da dor são a Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Classificação Verbal (VRS) e a Escala de Classificação Numérica (NRS). Todas as três escalas se baseiam na mensuração da intensidade da dor, sendo utilizados critérios como a avaliação numérica da intensidade em uma escala de um a dez, uma descrição pessoal do paciente sobre sua dor, caso seja leve comparada a outras previamente ou a pior dor de sua vida, ou até uma análise visual por meio de gráficos ou desenhos para que a resposta seja a mais precisa possível (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007; ARCE GÁLVEZ et al., 2021; LARA-SOLARES et al., 2017).

Bem como existem instrumentos de avaliação da dor unidimensionais, também é importante lançar mão de escalas multidimensionais, tendo em vista que essas alcançam aspectos mais abrangentes do quadro, ampliando sua análise para outras dimensões da dor. Dentre essas escalas, algumas se destacam pela maior eficácia e comproabilidade por estudos, sendo três dessas amplamente utilizadas para a avaliação de dor oncológica: o Inventário Breve da Dor (IBD), Questionário de Dor de McGill e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). O primeiro busca englobar os focos de localização mais importantes da dor, sua intensidade, os impactos da mesma na vida diária do paciente e o histórico de tratamentos prévios ou em uso para este quadro. Já a escala de McGill se aprofunda em definir o aspecto dessa dor, sugerindo diversas características para a classificação da mesma como “pontada”, “aperto”, “ardor”, entre diversos outros, a fim de que o paciente identifique a que mais se encaixa em seu quadro. E por fim, o ESAS traz consigo uma série de perguntas sobre sintomas associados a essa dor e a intensidade de cada um, como por exemplo, náuseas, ansiedade, dispneia, entre outros (SILVA et al., 2020; LARA-SOLARES et al., 2017).

Além disso, apesar de um detalhamento criterioso da dor apresentada, também devemos investigar quanto a doença neoplásica de base com o objetivo de precisar o mais efetivamente possível como a patologia está provocando esse quadro. Por isso, existem informações sobre o câncer apresentado que devem ser sintetizadas com o aspecto da dor, como por exemplo, a identificação do tumor primário, seu grau de malignidade, estadiamento e evolução podem

corroborar com a etiologia da dor, seja ela por infiltração de células, compressão de estruturas ou pelo processo metastático. Os tratamentos em uso também são de extrema importância, tanto os curativos para o câncer, como por exemplo, a quimioterapia e radioterapia, que eventualmente provocam uma dor que pode ser diferenciada da dor causada pelo câncer, quanto os tratamentos analgésicos prévios que mostraram ou não certo grau de efetividade, ajudando para a definição da conduta mais efetiva possível (COSTA et al., 2007; LARA-SOLARES et al., 2017).

Em síntese, torna-se nítida uma avaliação bem-feita a ponto de que abranja o doente, a doença neoplásica preexistente e o quadro algíco relatado no pronto-socorro, de modo que a associação das informações colhidas traga um direcionamento coerente para o seguimento mais adequado. Dessa forma, constrói-se uma linha de raciocínio mais concreta sobre o caso individual de cada paciente, fundamentando uma estratégia de manejo mais concreta e com maiores chances de efetividade.

3.2 Manejo farmacológico

O manejo farmacológico ambulatorial para a dor preconizado pela OMS se baseia em alguns critérios que visam o melhor esquema possível para que tanto a qualidade de vida do paciente, quanto à eficácia do tratamento sejam maximizados. Essa estratégia prioriza as seguintes regras:

- Preferência pela administração medicamentosa pela via oral, pois gera mais independência e conforto para o paciente.
- Administração medicamentosa pelo relógio, ou seja, em intervalos regrados de tempo para que a analgesia gere um alívio constante.
- Analgesia conforme a intensidade, sujeitando a terapia sempre a reavaliações caso haja a necessidade de alteração da posologia, classe ou associação a outros medicamentos caso a analgesia seja ineficaz.
- Foco na individualidade do tratamento, tendo em vista que pessoas diferentes respondem de formas diferentes a tratamentos semelhantes, seja por tolerância ao medicamento, por reações adversas, ou devido a condições médicas preexistentes.
- Atenção aos pormenores: o esquema de tratamento escolhido deve sempre levar em consideração a rotina e os hábitos do paciente, visando uma melhor adaptação ao mesmo (COSTA et al., 2007).

Outrossim, com o intuito de elaborar um esquema direcionado e detalhado de analgesia para pacientes admitidos com quadro algíco, em 1986 a Organização Mundial da Saúde arquitetou um planejamento baseado na intensidade da dor denominado “Escada Analgésica”. Essa estratégia busca trazer o alívio efetivo da dor com base na acentuação da mesma, dividindo-a em três degraus, sendo o primeiro de dor leve, o segundo de dor moderada e o terceiro de dor intensa. Por conseguinte, cada etapa da escada traz consigo as terapias mais indicadas para o quadro em questão, sugerindo classes medicamentosas como opção de tratamento analgésico e drogas adjuvantes que podem ou não ser associadas (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007; SOUZA et al., 2022; ARCE GÁLVEZ et al., 2021; LARA-SOLARES et al., 2017; JOSEPH et al., 2021). Eventualmente, surgiram muitas críticas e dúvidas quanto a essa esquematização, no entanto, estudos já comprovaram uma eficácia de 70 a 90% do uso da escada analgésica em pacientes com dor importante (COSTA et al., 2007).

A Escada Analgésica torna-se então um grande aliado do profissional médico no seguimento do paciente admitido no pronto-socorro com uma queixa de dor oncológica, tendo em vista que a analgesia indicada deve ser visualizada no esquema de três degraus preconizado pela OMS. Em um atendimento de emergência, a intensidade da dor geralmente vem como papel principal nesses casos, por isso sua avaliação sintetizada com a analgesia correspondente será um bom preditor de resolução eficaz do quadro. Todavia, é fulcral identificar o tipo de analgésico, sua posologia e medicações adjuvantes já utilizadas pelo paciente, pois isso também será essencial na definição do degrau em que o enfermo se encontra (OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2020; SOUZA et al., 2022; JOSEPH et al., 2021).

Primordialmente, encontra-se o esquema farmacológico do primeiro degrau, ou seja, pacientes que se queixam de uma dor leve a moderada, que traz um incômodo para sua rotina, mas normalmente não passa de 3 em um Escala Numérica de Classificação da Dor. Esses pacientes geralmente não procuram o pronto-socorro devido ao seu quadro de dor, pois sua queixa é mais branda que os demais, sendo normalmente avaliado e seguido pelo atendimento ambulatorial. Diante disso, os medicamentos de escolha para esses enfermos serão majoritariamente os Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINE), haja vista que estes possuem um efeito analgésico que geralmente supre a demanda de pacientes com uma dor leve (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007; SOUZA et al., 2022; JOSEPH et al., 2021).

Os AINEs promovem a analgesia por meio da inibição da classe de enzimas ciclo-oxigenases (COX), que consequentemente suprime a síntese de prostaglandinas, compostos lipídicos com papel importante na inflamação e na percepção da dor. Esse tipo de medicamento é dividido em diversos subtipos, e estes são reconhecidos por uma grande gama de efeitos secundários diversos que podem afetar diversos sistemas do organismo humano, sendo as adversidades principais as gastrointestinais, renais e hematológicas. Em virtude disso, todas as drogas desta classe possuem um efeito teto, e seu uso crônico costuma ser contraindicado, além de muitas vezes ser associados a alguns protetores adjuntos a seu uso, como a associação com omeprazol para defesa contra repercussões gástricas por exemplo (COSTA et al., 2007) Como todos os outros degraus definidos por esse esquema, o uso conjunto de medicações adjuvantes pode ser indicado, sendo esses alguns anti-inflamatórios, antidepressivos, anticonvulsivantes, anestésicos ou corticosteroides (OLIVEIRA et al., 2013).

Em continuidade a progressão da dor, caso o paciente que se encontrava em uso da terapêutica preconizada pelo primeiro degrau relate analgesia ineficaz ou piora da dor, a primeira medida deve ser a otimização da dose do remédio indicado e deve ser considerada a associação a drogas adjuvantes, se mesmo assim a dor persistir a conduta ideal é seguir para o segundo degrau (SOUZA et al., 2022; ARCE GÁLVEZ et al., 2021).

Partindo para o próximo passo da escada analgésica, o segundo degrau é iniciado quando os seguimentos otimizados do degrau anterior já não surtem mais um efeito considerado ideal, ou seja, a dor ainda compromete a qualidade de vida do paciente (OLIVEIRA et al., 2013). Diante desse pressuposto, já se torna comum a admissão de pacientes com dor moderada a grave na ala de pronto-socorro, sendo esses com queixa de dores entre 4 e 6 na NRS (ARCE GÁLVEZ et al., 2021). Nesse momento a terapêutica da dor se abre para os medicamentos chave para a analgesia em pacientes com dor advinda do câncer, a partir do segundo degrau é iniciada a implementação das drogas opiáceas no manejo da dor.

Os opioides são a pedra angular no controle da dor em pacientes oncológicos, isso devido ao seu potente efeito analgésico que é demandado devido às dores de grande intensidade presentes nesses pacientes. Estes medicamentos simulam a ação dos peptídeos opioides endógenos, podendo agir contendo a ativação dos canais de cálcio dependentes das tensões pré e pós-sinápticas, ou

ativando os canais de potássio pós-sinapse. Partindo disso, esse mecanismo diminui a excitabilidade e suprime a liberação de transmissores dependente da atividade dos neurônios ou da ação da adenilciclase, resultando em uma diminuição de impulsos para o sistema nervoso central. Tais medicações agem em diversos tipos de receptores que diferenciam seu mecanismo, especificidade e intensidade de ação, sendo os quatro principais subtipos: o receptor opioide mu “ μ ” (MOP), o receptor opioide delta “ δ ” (DOP), o receptor opioide kappa “ κ ” (KOP) e o fator peptídico da nociceptina (NOP). A maioria dos opiáceos utilizados clinicamente tem preferência pelo receptor MOP, contudo ao administrar altas doses podem ter interação com outros subtipos (SILVA et al., 2020).

A escolha do opioide é embasada por diversos critérios que necessitam ser levados em consideração antes da escolha da terapêutica, é fulcral a avaliação da via de administração desejada, da necessidade de rodízio da droga por tolerância ou efeitos adversos, patologias prévias que podem tornar o enfermo mais sensível à determinada medicação, a meia-vida e a distribuição do medicamento e de seus produtos nos tecidos (COSTA et al., 2007). Tal qual a medicação deve ser criteriosamente escolhida em estados de urgência, sua via de administração e tipo de liberação também devem ser meticulosamente analisados. Como preconizado pela OMS, a via oral é a preferencial, mas existem casos que outras vias devem ser atribuídas, como a subcutânea em casos de contraindicação da via oral, como risco de broncoaspiração, disfagia e vômitos excessivos. No atendimento à dor no pronto-socorro, a via mais utilizada é a intravenosa devido tanto a sua possibilidade de administração de grandes volumes, quanto sua rapidez no efeito analgésico. Também no pronto-socorro, a via de liberação mais utilizada é a liberação rápida, pela necessidade de controle dos sintomas (ARCE GÁLVEZ et al., 2021).

Entretanto, a classe dos opioides ainda pode ser dividida quanto à intensidade de seu efeito analgésico, sendo separados em opioides fortes e opioides fracos, e esta diferenciação que divide o segundo e o terceiro degrau da escada analgésica. As drogas indicadas para dores moderadas são considerados opioides fracos, por não terem uma analgesia tão intensa quanto os demais, além de possuírem uma posologia máxima devido aos efeitos adversos que desbalanceiam o critério de risco/benefício quando ultrapassada a maior dose permitida (COSTA et al., 2007). Os dois representantes mais populares da classe dos opioides fracos são o tramadol e a codeína.

- CODEÍNA

É um medicamento agonista opioide fraco que se liga a MOP e também pode ser indicada como antitussígeno e antidiarreico. Possui a dose inicial oral de 15 a 30 mg, com uma ação ligeiramente rápida, iniciada em meia hora e com pico em duas horas. Possui boa ação na dor oncológica e demonstra grandes benefícios quando associada a AINEs. Sua equivalência com a morfina é de 1:10 (COSTA et al., 2007; LARA-SOLARES et al., 2017).

- TRAMADOL

O tramadol é um derivado sintético da codeína, também tendo uma afinidade maior com MOP inibindo a recaptção neuronal de serotonina. Sua dose oral inicial é de 50 mg e a dose máxima é de 400 mg/dia, pois sua ação reduz o limiar convulsivo. A metabolização do tramadol é hepática e a excreção é renal, por isso pacientes com insuficiência em algum desses sistemas possuem resposta maior em doses mais baixas. Sua equivalência com a morfina é de 1:10 (COSTA et al., 2007; LARA-SOLARES et al., 2017).

O uso de opioides fracos associados a adjuvantes em pacientes com dores oncológicas de intensidade moderada geralmente sanam sua necessidade analgésica diária, tendo os opioides dessa classe com uma intensidade ligeiramente semelhante. Porém, apesar da analgesia não destoar tanto quando aos medicamentos utilizados neste degrau, sua escolha ainda deve ser estudada para avaliar a tolerância de efeitos adversos e as peculiaridades de doenças crônicas e do tumor encontrado no paciente, como por exemplo, patologias renais, hepáticas e cardiovasculares (COSTA et al., 2007; SOUZA et al., 2022; ARCE GÁLVEZ et al., 2021). Ao ser identificado um quadro que a analgesia com opioides fracos se torna insuficiente, partimos para o terceiro e último degrau da escada analgésica, com o uso de opioides fortes.

Não é incomum a admissão de pacientes no pronto-socorro com queixas álgicas intensas de nível maior ou igual a 7 relacionadas a neoplasias, que usufruíam de uso contínuo de opioides fracos ou baixas doses de opioides fortes que não são mais eficazes, e com isso a administração de um analgésico mais potente se faz necessária (OLIVEIRA et al., 2013). A escolha de opioides fortes também deve seguir os mesmos critérios dos opioides em geral, no entanto estes possuem a peculiaridade de não possuir um efeito teto pré-estabelecido, sendo avaliada sempre a necessidade da dose com os riscos e benefícios que ela trará ao paciente conforme sua individualidade (ARCE GÁLVEZ et al., 2021). Geralmente os opioides fortes são avaliados conforme sua equivalência analgésica com a morfina, mensurando seu efeito conforme essa escala. Os opioides fortes mais utilizados em emergência para controle da dor oncológica são:

- MORFINA

É o opioide mais comumente utilizado devido ao seu alto poder analgésico e baixo custo, tendo sua potência utilizada como equivalência com outros medicamentos opioides para mudança terapêutica. É um excelente analgésico para dor nociceptiva, sendo eficaz em mais de 85% dos casos. É um medicamento com analgesia potente e meia vida curta, possuindo um intervalo de analgesia média de 4 a 6 horas e ação rápida pela via oral de 20 a 40 minutos devido à boa absorção gastrointestinal. É um composto com metabolização hepática e excreção renal, por isso é necessário um cuidado em pacientes com insuficiência renal e hepática. Geralmente não possui acúmulo em tecidos e a fração livre no plasma é dialisável (SILVA et al., 2020; ARCE GÁLVEZ et al., 2021).

- METADONA

Esta droga é um opioide sintético agonista forte que possui intimidade com os receptores MOP, KOP, DOP e o receptor de N-metil D-Aspartato (NMDA), atuando no bloqueio de recaptação de serotonina e norepinefrina. É um composto lipofílico com analgesia média de 6 a 8 horas e absorção oral rápida e quase completa. Detém uma ação na dor neuropática muito importante devido a sua interação com o receptor NMDA. Seu metabolismo também é realizado no fígado e a eliminação é realizada nas fezes e na urina, no entanto a excreção renal diminui com o tempo, por isso costuma ser seguro para pacientes nefropatas. Em relação a morfina, a metadona possui uma potência analgésica muito maior, tendo uma relação de até 12:1, além de ter efeitos adversos mais brandos, porém sua interação medicamentosa é mais expressiva (SILVA et al., 2020; ARCE GÁLVEZ et al., 2021).

- OXICODONA

Uma outra alternativa terapêutica é a oxicodeona, um agonista MOP que atua no sistema nervoso central, mas também tem uma ligeira ação em KOP. Diferencia-se por ser o único dessa lista que possui um metabolismo de primeira passagem, e por isso se torna a primeira opção em pacientes portadores de insuficiência hepática. É uma das medicações mais utilizadas quando a analgesia com a morfina não é efetiva (SILVA et al., 2020; ARCE GÁLVEZ et al., 2021).

- **HIDROMORFONA**

A hidromorfona atua como agonista forte em MOP e agonista fraco em KOP, possuindo destaque perante os outros opioides por ser o único com liberação monofásica controlada em sua terapia. Responde por uma analgesia dose-dependente contínua durante as 24 horas de intervalo entre duas doses. Caracteriza-se por ser moderadamente hidrossolúvel, possuir metabolização hepática e excreção urinária (SILVA et al., 2020).

O perfil clássico do paciente admitido no pronto-socorro com uma queixa álgica importante sugestiva de dor oncológica é de um paciente com tratamento contínuo prévio da dor que desenvolveu uma agudização expressiva. Normalmente o enfermo já faz utilização de opiáceos com medicações adjuvantes, por isso é necessário antes de tudo identificar os medicamentos e as posologias utilizadas para definir a conduta do alívio dos sintomas. O esquema clássico definido pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) em 2015 para crises de dor oncológica aguda traz a estratégia de administração de 2 a 5 mg de morfina endovenosa a cada 15 minutos, com um seguimento específico para cada desfecho. Caso a dor tenha aumentado ou não tenha diminuído, aumenta-se a dosagem em 50-100%, se a dor diminuiu, mas continua intensa, repete-se a dose em até 3 vezes, e caso a dor diminua, manter o esquema durante 24 horas e depois mudar para administração oral ou transdérmica (LARA-SOLARES et al., 2017).

Em seguida, após o alívio definitivo dos sintomas, deve ser realizado um novo cálculo da dose analgésica de acordo com o cronograma e a necessidade do paciente, constando com doses de resgate equivalentes a 10 a 15% da dose diária. Somente depois do controle efetivo da dor e conhecimento das necessidades diárias de opioides do paciente, pode-se começar a considerar uma via de liberação prolongada da medicação (LARA-SOLARES et al., 2017).

3.3 Dificuldades no tratamento e alternativas de solução

Diante de todo este cenário da dor oncológica sendo nomeada como uma importante urgência médica mundial pressupõe-se que existam diversos impasses que corroboram com este cenário, trazendo dificuldades para uma avaliação e tratamento farmacológico efetivos. Esses obstáculos englobam todos os âmbitos da avaliação da dor oncológica, sendo possível visualizar adversidades com o paciente, com o profissional da saúde, com cuidadores informais, caso existam, adversidades sistêmicas e até desafios de pesquisa (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007; GULATI et al., 2021). Independente do setor que o contratempo alcance, todos devem ser alvos de melhorias para um desenvolvimento gradual do manejo eficaz da dor oncológica no pronto-socorro.

3.3.1 Desafios do paciente

As dificuldades mais comumente encontradas no manejo farmacológico da dor oncológica são encontradas com os pacientes, e isso ocorre principalmente pelo medo e receio dos mesmos pelo uso de opioides. Essa postura é explicada pelo receio de efeitos adversos, dependência,

tolerância, por motivações culturais, ou até mesmo por preconceitos estabelecidos que associem o tratamento opioide com o caminho para o fim da vida (OLIVEIRA et al., 2013; COSTA et al., 2007; ARCE GÁLVEZ et al., 2021; JOSEPH et al., 2021). Em vista disso, estes pacientes podem adotar posturas que dificultam a avaliação correta da dor ou a implementação de uma analgesia eficaz, como por exemplo, esconder uma dor importante que a mesma esteja sentindo, ou negar que a equipe médica realize a administração da medicação.

No entanto, essas questões podem ser resolvidas se houver uma comunicação acolhedora entre médico e paciente e informação clara sobre a medicação, a fim de que sejam quebrados estigmas e preconceitos errôneos e uma solução seja fundamentada com o acordo de ambas as partes. Desse modo, é importante que esta comunicação esclareça de forma concreta e coesa os benefícios do opioide para o quadro do paciente, e que os argumentos sejam refutados de forma convincente (OLIVEIRA et al., 2013).

Quanto ao risco de tolerância e dependência, é importante reafirmar que a dependência de opioides mostra uma baixa prevalência em pacientes oncológicos, além de que caso ocorra pode ser controlada com um desmame gradual do medicamento utilizado. Por outro lado, também é muito relevante a questão de crenças religiosas e não religiosas sobre o uso de drogas opioides que normalmente culminam em uma barreira entre a comunicação médico-paciente. Diante desse quadro, compreender a cultura e as crenças dos pacientes pode fornecer ao profissional uma consideração sobre como o câncer é visto pelo paciente, e por consequência guiá-lo a uma abordagem mais efetiva para a demonstração dos benefícios da terapia analgésica sugerida para o paciente (COSTA et al., 2007; GULATI et al., 2021; MAKHLOUF et al., 2020).

Bem como estes impasses, um dos obstáculos mais referidos pelos pacientes como justificativa para a negação da terapia opioide é o medo dos efeitos adversos. Essa classe medicamentosa é conhecida pelos seus efeitos secundários indesejáveis, porém os mesmos costumam ser previsíveis e geralmente são bem controlados quando acometem o enfermo. Existem reações leves e comuns que atingem grande parte dos pacientes, como a obstipação, pela redução do peristaltismo, vômitos, pela ação direta na zona de gatilho quimiorreceptora, e a sedação. Contudo, além destes possuírem uma tolerância rápida, cerca de uma semana, também podem ser associados a medicamentos que aliviam os sintomas, como laxantes e antieméticos. Até um dos mais graves efeitos adversos pode ser bem controlado caso aconteça, a depressão respiratória possui uma tolerância rápida, além de ser rara se o desenvolvimento da dose for gradual e geralmente ser bem controlada com uso de antagonistas de opioides, como a naloxona (COSTA et al., 2007; ARCE GÁLVEZ et al., 2021;).

Logo, reitera-se que uma adoção de um programa educacional para os pacientes sobre as terapias analgésicas com opioides e seus benefícios em casos específicos pode ser de grande ajuda para a superação de vieses de conhecimento. Além de que uma implementação de uma postura comunicativa, compreensiva e convincente do médico com seu paciente também contribui para uma adesão mais eficaz no tratamento de escolha (GULATI et al., 2021).

3.3.2 Desafios dos profissionais de saúde

Além dos pacientes, também é possível identificar barreiras nos profissionais encarregados pelo manejo da dor, a equipe médica também possui grande relevância nas dificuldades do controle da dor oncológica no pronto-socorro. Os impasses mais relevantes encontrados neste âmbito são a má qualificação profissional e a consequente opiofobia (TEGEGN et al., 2017; MAKHLOUF et al., 2020). A escassez de conhecimento médico na área, inexperiência profissional e as crenças errôneas sobre analgesia da dor oncológica resultam em expressivas estatísticas de mau controle

desse quadro em âmbito mundial. A priori, todo paciente admitido com esse perfil deve ser submetido a uma avaliação eficaz da dor, no entanto ainda existem profissionais que não seguem essa orientação ou seguem de forma ineficaz. Seguidamente, o conhecimento analgésico dos opioides deve ser suficientemente concreto ao ponto de não impedir o profissional a estabelecer uma terapia por medo de efeitos e dependência (JOSEPH et al., 2021; GULATI et al., 2021; TEGEGN et al., 2017).

Desse modo, é crucial que haja um investimento na capacitação da equipe médica de pronto atendimento, a fim de que estes reconheçam uma avaliação multidimensional da dor nestes pacientes, com utilização de ferramentas multidimensionais em busca de maior precisão do quadro. Outrossim, também é viável a incrementação da educação sobre a dor na formação de profissionais da saúde, abrangendo diversos métodos de ensino para que a experiência e o conhecimento prevaleçam na hora de estabelecer a analgesia de um paciente oncológico (GONÇALVES et al., 2018; GULATI et al., 2021; TEGEGN et al., 2017).

3.3.3 Desafios dos cuidadores informais

Um outro fator de extrema importância que deve ser analisado quando um paciente é admitido com dor advinda do câncer no pronto-socorro é a presença ou não de cuidadores familiares ou informais. Não é incomum que um paciente com diagnóstico de neoplasia arrastada e queixas de dor crônica possua um cuidador que acompanhe de perto sua rotina e as repercussões da doença na sua vida diária. Contudo, muitas vezes em que é o caso do paciente ser acompanhado de um cuidador, as informações do mesmo são negligenciadas, não sendo levadas em conta para o diagnóstico da dor, sendo essa indiligência, um dos principais fatores negativos na avaliação da dor com relação aos cuidadores informais (GULATI et al., 2021).

Do mesmo modo, quando os cuidadores são questionados pela equipe médica, estes também podem trazer fatores confusionais para o detalhamento do quadro algico. Nem sempre as informações obtidas tanto do acompanhante, quanto do paciente, estarão congruentes, o que dificulta a análise clínica. Porventura, há casos em que o cuidador apresente relatos excessivos, podendo indicar que o paciente esteja ocultando alguns sintomas ou que a comunicação cuidador-paciente não seja ideal, e também há casos de sub-relato, quando o próprio cuidador possui algum dos medos que o paciente também possa ter, ou que o mesmo não tenha habilidade ou conhecimento nenhum para identificar a dor do paciente (GULATI et al., 2021).

Nesse sentido, também se torna importante a adoção de um programa educativo para cuidadores de pacientes portadores de dor crônica, pois estes são os que acompanham de perto a repercussão da doença na vida íntima do paciente. Esse projeto deve conter informações sobre a conscientização do seguimento adequado da terapia escolhida, instruções para uma boa comunicação paciente-cuidador, conteúdos que visem quebrar preconceitos e estigmas sobre os opioides, além de técnicas de análise da dor para que a mesma seja reavaliada continuamente (GULATI et al., 2021).

3.3.4 Desafios sistêmicos

As adversidades sistêmicas não se restringem a indicar impasses em uma pessoa ou equipe, pois estas compreendem uma gama muito maior que necessidade de reformas estruturais mais incisivas para que sejam superadas. Esses desafios podem ser encontrados no sistema de organização multidisciplinar de saúde, tendo em vista que muitas vezes a colaboração de diferentes áreas para resolução de um caso mais complexo é negligenciada e a terapia mais eficaz pode ser

abandonada. Como por exemplo, um paciente admitido com dor forte sugestiva de quadro algico originado de processo tumoral de difícil compreensão pode exigir a colaboração de um clínico geral, um oncologista e um médico especialista em dor para a resolução e controle completo do caso (GULATI et al., 2021).

Contudo, o desafio sistêmico mais importante a ser ressaltado provém de uma negligência econômica e política quanto ao sistema de saúde, a dificuldade de acesso aos medicamentos opioides. A disponibilidade inconsistente de opiáceos é um dos fatores mais agravantes na má resolução do quadro algico em locais com economias mais sensíveis (TEGEGN et al., 2017; PERINI et al., 2021). Dito isso, torna-se necessária que a legislação melhore o acesso aos opioides, seja por importação ou produção mais acentuada dos medicamentos, e melhor redistribuição para regiões que sofrem com a ausência dessas drogas (JOSEPH et al., 2021; PERINI et al., 2021). Não obstante, também deve fazer parte do treinamento médico uma reavaliação quanto a conjuntura multidisciplinar ao se deparar com casos atípicos, a fim de que a qualidade de vida do paciente seja restaurada o mais eficaz e rápido possível (GULATI et al., 2021).

3.3.5 Desafios de pesquisa

Os serviços adotados ao combate ao câncer são sustentados pela medicina baseada em evidências, pois essa reúne e embasa os conhecimentos necessários para uma aplicabilidade efetiva em seu manejo. Contudo, geralmente a qualidade dos estudos sobre avaliação do quadro algico de um paciente oncológico não costuma ser muito alta, onde poucos são validados e testados. Diversas pesquisas mostram metodologias vagas e imprecisas, tornando seu repertório insustentável, além de que o recrutamento deste tipo de estudo é baixo. Por isso, também é necessária uma reformulação no meio científico sobre a busca de informações sobre a avaliação e manejo da dor oncológica, dando ênfase também na realização de trabalhos bem elaborados e com forte embasamento clínico e científico (GULATI et al., 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, é essencial um investimento maior quando o assunto a ser abordado é a avaliação e o manejo da dor oncológica em pacientes admitidos no pronto-socorro, tendo em vista que essa área da medicina não possui o destaque adequado, apesar de ser considerada uma urgência médica mundial. A negligência trazida a esse setor contribui para a construção de um cenário inadequado, sendo amplamente visualizadas situações de má qualificação profissional, escassez de recursos e a disseminação de estigmas e preconceitos inverídicos que comprometem a eficiência dessa abordagem. Por isso, este estudo se compromete a sanar dúvidas e estabelecer uma estratégia para a reversão dessa conjuntura de impacto global.

A consolidação de um esquema eficaz e concreto de avaliação da dor no paciente admitido na emergência com quadro algico sugestivo de etiologia oncológica, é a linha primordial a ser estudada nesses casos. Diante disso, a equipe médica precisa de um embasamento cognitivo e experiência profissional necessários para lidar com estes enfermos. Uma abordagem multidimensional deve englobar uma história clínica detalhada tanto do paciente quanto da patologia tumoral de base, a implementação de ferramentas diagnósticas que auxiliem no seguimento do quadro, além da investigação da qualidade da vida diária e o retrospecto da dor no cotidiano do paciente, que pode ser relatado tanto pelo enfermo, ou por um cuidador familiar ou informal.

Por conseguinte, é de extrema importância que os provedores de saúde que admitem esse tipo de caso no pronto-socorro saibam utilizar das informações obtidas para a elaboração da terapêutica farmacológica adequada. O conhecimento aprofundado das referências que trazem esquemas terapêuticos eficazes, como por exemplo, a escada analgésica da OMS, faz uma enorme diferença no manejo do quadro algico dos pacientes. É vital que a equipe médica colha detalhadamente as características da dor, as medicações previamente utilizadas e as condições patológicas individualizadas de cada paciente para seguir adiante e sintetizar a analgesia adequada, com o mínimo de adversidades possível.

A partir da extração de todas as informações necessárias do paciente, e a sintetização com o conhecimento médico da analgesia da dor oncológica, segue-se para o estadiamento do quadro e a implementação da analgesia adequada. A depender da intensidade do quadro algico, a medicação analgésica é definida, sendo possível o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, opioides fracos e fortes, além da associação com drogas adjuvantes que auxiliam no processo de alívio da dor no paciente. O entendimento das classes, subtipos, posologias e especificações de cada medicação é estritamente importante para a escolha definitiva da terapia. Por isso, critérios como quais patologias restringem o uso de certas medicações, efeitos adversos e condições de dependência e tolerância definem uma aceitação e adesão do organismo do paciente para a droga de escolha, e consequentemente influenciam para um bom prognóstico do quadro.

Diante desse pressuposto, ainda é capaz de visualizarmos alguns impasses que prejudicam a definição de um esquema global efetivo do controle da dor oncológica em pacientes admitidos no pronto-socorro. Além das dificuldades já citadas, que envolvem a inadequada qualificação profissional e outros aspectos, existem problemáticas que envolvem outros aspectos dessa conduta, como vieses implantados pelo próprio paciente, de pesquisa e problemáticas sistêmicas, que englobam contextos estruturais maiores.

Os desafios para a implementação da conduta analgésica advinda dos pacientes podem envolver o medo de efeitos adversos, de tolerância e dependência, ou até estigmas implantados por sua crença e cultura que cria um bloqueio ao uso de opioides. No entanto, essas principais dificuldades são baseadas na falta de conhecimento sobre os benefícios e efeitos das drogas opiáceas, que podem ser resolvidos por meio de processos educativos a respeito desse tema, ou até mesmo por um diálogo convincente e acolhedor por meio do médico com seu paciente a fim de tranquilizá-lo a respeito da terapêutica. Já no caso dos obstáculos de pesquisa, como dito anteriormente, se embasa na falta de investimentos científicos para o estudo aprofundado deste tema, resultando em trabalhos de baixa confiabilidade e uma pouca taxa de concreticidade. E por fim, os conflitos sistêmicos abordados nesse contexto tem destaque para a inadequada cooperação multidisciplinar para casos complexos, e a negligência econômica para esses enfermos, resultando em diversas regiões com baixa disponibilidade de analgésicos efetivos para controle da dor oncológica.

Destarte, conclui-se que os cenários médico, político e econômico mundiais necessitam de um empenho maior ao tratar desse âmbito na área da medicina. Por sua vez, uma implementação de processos educacionais, tanto para a população em geral, quanto para profissionais da área da saúde, sobre os preconceitos e benefícios da utilização de medicação opioide para o alívio da dor oncológica em pacientes admitidos no pronto-socorro. Além disso, um afinco legislativo para o desenvolvimento de diretrizes efetivas de cobertura analgésica em regiões mais carentes é uma peça fundamental para o início de uma reformulação deste cenário.

REFERÊNCIAS

AHMEDZAI, Sam H et al. Optimizing cancer pain management in resource-limited settings. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 6, p. 2113-2114, jun. 2019.

ARCE GÁLVEZ, Leonardo et al Urgencias en Cuidado Paliativo Oncológico. **Dolor**, v. 31, n. 74, p. 26-34, set. 2021.

COSTA, Carla Alves et al. “Dor oncológica” [Oncologic pain]. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v.13, n.6, Nov-Dec 2007.

GONÇALVES, Marcela Moysés et al. Perfil dos atendimentos a pacientes oncológicos em uma unidade de pronto atendimento. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

GRANER, Karen Mendes; COSTA JUNIOR, Aderson Luiz; ROLIM, Gustavo Sattolo. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 345-355, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jun. 2023.

GULATI, Radhika Rani. The Challenge of Cancer Pain Assessment. **The Ulster Medical Journal**, v. 90, n. 1, p. 37-40, jan. 2021.

HOCHBERG, Uri et al. Interventional Pain Management for Cancer Pain: An Analysis of Outcomes and Predictors of Clinical Response. **Pain Physician**, v. 23, n. 5, p. E451-E460, set. 2020.

JOSEPH, Adedayo Olufemi et al. Cancer pain control in a Nigerian oncology clinic: treating the disease and not the patient. **Pan African Medical Journal**, v. 40, n. 104, out. 2021.

LARA-SOLARES, Argelia et al. Latin-American guidelines for cancer pain management. **Pain Management**, vol. 7, n. 4, p. 287-298, jul. 2017.

LOPES-JÚNIOR, L. C. et al. Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3377, 2020.

MAKHLOUF, Salim M et al. Managing Pain in People with Cancer-a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. **Journal of Cancer Education**, v. 35, n. 2, p. 214-240, abr. 2020.

NEDEL, D. N. et al. Dor Oncológica: Emergência Médica Mundial. In: **II Congresso Brasileiro de Medicina Hospitalar-II CBMH, Blucher Medical Proceedings**. 2014.

OLIVEIRA, Patrícia Mineiro; TRINDADE, Lilian Cristine Teixeira. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. **Revista do Médico Residente**, v. 15, n. 4, 2013.

PERINI, Guilherme Fleury; FERES, Carolina Cristina Pellegrino. Manejo da dor oncológica. **Eurofarma**, São Paulo, p. 1-7, 2021.

SILVA, Ledismar José da et al. The use of opioids in the treatment of oncologic pain in the elderly. **BrJP**, v. 3, n. 1, p. 63–72, jan. 2020.

SOUZA, Isadora Follak et al. Controle de dor de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: Uma revisão de literatura. **Revista Naval de Odontologia**, v. 49, n. 2, 2022.

SWARM, Robert A et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology**, v. 17, n. 8, p. 977-1007, Ago. 2019.

TEGEGN, Henok Getachew; GEBREYOHANNES, Eyob Alemayehu. Cancer Pain Management and Pain Interference with Daily Functioning among Cancer Patients in Gondar University Hospital. **Pain Research and Management**, jun. 2017.

VIEIRA, Cláudia et al. Opióides na Dor Oncológica e o seu Uso em Circunstâncias Particulares: Uma Revisão Narrativa [Opioids for Cancer Pain and its Use under Particular Conditions: A Narrative Review]. **Acta Medica Portuguesa**, v. 32, n. 5, Mai 2019.