



PUC GOIÁS

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANALGESIA MULTIMODAL NO CONTROLE DA DOR PÓS-
OPERATÓRIA EM ODONTOLOGIA:
REVISÃO INTEGRATIVA COM SÍNTESE NARRATIVA**

Julia Melauro Barbosa

Nayara Ferreira Leão

GOIÂNIA, JUNHO DE 2026



PUC GOIÁS

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANALGESIA MULTIMODAL NO CONTROLE DA DOR PÓS-
OPERATÓRIA EM ODONTOLOGIA:
REVISÃO INTEGRATIVA COM SÍNTESE NARRATIVA**

Julia Melauro Barbosa

Nayara Ferreira Leão

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para avaliação na disciplina MFB1159 — Trabalho de Conclusão de Curso III.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Maranhão
Pereira

GOIÂNIA, JUNHO DE 2026

RESUMO

Introdução: a dor pós-operatória associada a procedimentos odontológicos invasivos é causa frequente de desconforto, retorno não programado ao consultório e retardo na recuperação funcional. A monoterapia analgésica, ainda utilizada na prática cotidiana, apresenta limitações de eficácia e de segurança, o que favorece o uso de esquemas multimodais. **Objetivo:** sintetizar, por meio de revisão integrativa com síntese narrativa, as evidências sobre eficácia e segurança da analgesia multimodal no controle da dor pós-operatória em Odontologia. **Material e Métodos:** foram pesquisadas as bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e Cochrane Library, com atualização até dezembro de 2025. Incluíram-se ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos clínicos controlados e publicações de referência sobre combinações farmacológicas em cirurgia oral. A qualidade metodológica dos estudos empíricos foi analisada de forma crítica, orientada pelos domínios do RoB 2 para ensaios clínicos e do AMSTAR 2 para revisões sistemáticas, com resultado narrativo por domínio. Artigos conceituais e revisões narrativas foram incorporados como fundamentação contextual, sem aplicação de instrumento padronizado. A síntese foi qualitativa, estruturada por classe de combinação. **Resultados:** vinte publicações compuseram a análise. As combinações de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) com paracetamol apresentaram o maior corpo de evidência, com redução dos escores de dor na ordem de 25 % a 35 % nas primeiras 24 horas e menor demanda por medicação de resgate em relação à monoterapia. A dexametasona pré-operatória reduziu edema facial em cerca de 40 % a 50 % e atenuou o trismo em exodontia de terceiros molares inferiores. Protocolos não opioides mostraram-se viáveis como primeira linha em grande parte dos casos, com reduções expressivas na prescrição de opioides em amostras norte-americanas. Anestésicos locais de longa duração prolongaram a analgesia inicial em 4 a 8 horas em relação à lidocaína, e a fotobiomodulação apresentou benefício adjuvante, com evidência menos consolidada. **Conclusão:** a analgesia multimodal representa estratégia preferencial no manejo da dor pós-operatória em Odontologia, tendo a combinação ibuprofeno + paracetamol, a cada seis horas, por 48 a 72 horas, como esquema de primeira linha, complementada por dexametasona pré-operatória em cirurgias com maior componente inflamatório.

Palavras-chave: Analgesia. Dor pós-operatória. Anti-inflamatórios não esteroides. Acetaminofeno. Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Introduction: postoperative pain after invasive dental procedures is a frequent cause of discomfort, unplanned return visits, and delayed functional recovery. Analgesic monotherapy, still used in clinical practice, has efficacy and safety limitations, which supports the use of multimodal regimens. **Objective:** to synthesize, through an integrative review with narrative synthesis, the evidence on the efficacy and safety of multimodal analgesia for postoperative pain control in Dentistry. **Material and Methods:** PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library were searched, updated to December 2025. Randomized clinical trials, systematic reviews, meta-analyses, controlled clinical studies, and reference publications on pharmacological combinations in oral surgery were included. Methodological quality of empirical studies was critically analyzed using domain-guided assessments based on RoB 2 for randomized trials and AMSTAR 2 for systematic reviews, yielding a narrative judgment per domain; conceptual and narrative review articles were incorporated as contextual references without applying a standardized tool. Synthesis was qualitative and structured by combination class. **Results:** twenty publications were analyzed. NSAIDs combined with paracetamol showed the largest body of evidence, with pain score reductions of around 25 % to 35 % in the first 24 hours and lower rescue medication requirements when compared with monotherapy. Preoperative dexamethasone reduced facial edema by approximately 40 % to 50 % and attenuated trismus, mainly in impacted lower third molar surgery. Non-opioid protocols were viable as first-line regimens in most cases, with substantial reductions in opioid prescribing reported in North American samples. Long-acting local anesthetics prolonged initial analgesia by 4 to 8 hours compared with lidocaine, and photobiomodulation showed adjuvant benefit with less consolidated evidence. **Conclusion:** multimodal analgesia is the preferential strategy for managing postoperative pain in Dentistry, with ibuprofen + paracetamol every six hours for 48 to 72 hours as the first-line regimen and preoperative dexamethasone as an adjunct in surgeries with higher inflammatory burden.

Keywords: Analgesia. Postoperative pain. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. Acetaminophen. Oral surgery.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 Fisiopatologia da dor pós-operatória odontológica	8
2.2 Agentes e seus alvos farmacodinâmicos.....	8
2.3 Base racional da analgesia multimodal	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	12
4.1 Tipo de revisão e organização metodológica	12
4.2 Pergunta de pesquisa e estratégia PICO	12
4.3 Fontes de informação e estratégia de busca.....	13
4.4 Critérios de elegibilidade.....	13
4.5 Processo de seleção dos estudos	14
4.6 Extração e síntese dos dados.....	14
4.7 Avaliação crítica da qualidade metodológica.....	14
5 RESULTADOS	16
5.1 Seleção dos estudos.....	16
5.2 Características dos estudos incluídos	17
5.3 Avaliação da qualidade metodológica	20
5.4 Síntese das evidências por classe de combinação	22
5.5 Comparação entre protocolos multimodais	23
6 DISCUSSÃO.....	24
7 CONCLUSÕES.....	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Procedimentos odontológicos invasivos — entre eles exodontia de terceiros molares, cirurgias periodontais, implantodontia e enxertos ósseos — produzem dor aguda com intensidade variável nas primeiras 24 a 72 horas. O manejo inadequado desse quadro tem consequências clínicas e organizacionais que vão além do desconforto imediato: atraso no retorno às atividades, retorno não programado à clínica, uso abusivo de automedicação e, em casos específicos, desencadeamento de dor persistente (Dionne; Gordon; Moore, 2016; Moore; Hersh, 2013).

Durante décadas, o controle farmacológico da dor pós-operatória odontológica apoiou-se na monoterapia, em geral com um anti-inflamatório não esteroide (AINE) ou com paracetamol, e, em dor mais intensa, com opioides fracos. Essa prática ainda é prevalente no consultório, apesar de evidências crescentes de que combinações farmacologicamente racionais superam o agente isolado em eficácia e, quando bem desenhadas, melhoram também o perfil de segurança (Ong et al., 2010; Merry et al., 2010).

O conceito de analgesia multimodal foi proposto no início da década de 1990 no campo da anestesiologia, a partir da constatação de que fármacos com mecanismos distintos, usados em conjunto, produzem efeito aditivo ou sinérgico e permitem reduzir a dose de cada componente (Kehlet; Dahl, 1993). Aplicado à Odontologia, o princípio traduz-se pela associação de AINE e paracetamol como esquema de primeira linha, eventualmente complementado por corticosteroide perioperatório (dexametasona), anestésico local de longa duração e, mais recentemente, fotobiomodulação (Moore et al., 2018; Wong et al., 2021).

A motivação contemporânea para consolidar protocolos multimodais extrapola a busca por maior eficácia. A crise de opioides documentada nos Estados Unidos a partir da década de 2010 colocou em evidência o papel da prescrição odontológica como porta de entrada para o uso prolongado, especialmente em adolescentes e adultos jovens submetidos à exodontia de terceiros molares (Volkow; McLellan, 2016; Moore; Hersh, 2022). Ainda que o cenário brasileiro tenha particularidades regulatórias — o tramadol e a codeína circulam por controle especial e a morfina e a oxicodona são de uso hospitalar —, o princípio da prescrição parcimoniosa e da priorização de esquemas não opioides já se impõe como padrão ético e técnico.

Apesar do volume de publicações disponíveis, o material encontra-se disperso, com protocolos heterogêneos, desfechos mensurados de formas distintas e recomendações nem sempre transferíveis diretamente ao cenário ambulatorial odontológico. Uma revisão integrativa com síntese narrativa permite reunir esse conjunto de evidências — incluindo ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises e publicações conceituais — e discutir sua aplicabilidade clínica de forma compatível com os objetivos de um Trabalho de Conclusão de Curso.

Este trabalho busca organizar essa síntese, com foco em duas perguntas operacionais: quais combinações multimodais apresentam melhor suporte na literatura para dor odontológica aguda e em que medida esses esquemas podem contribuir para reduzir, de forma segura, a prescrição de opioides.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisiopatologia da dor pós-operatória odontológica

A dor pós-cirúrgica em Odontologia tem componente predominantemente nociceptivo-inflamatório. A lesão de mucosa, periósteo, ligamento periodontal e osso alveolar libera bradicinina, histamina, serotonina, prostaglandinas (PGE2) e citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-1 β , IL-6) na periferia, que reduzem o limiar das fibras A-delta e C e amplificam a transmissão medular. A manutenção do estímulo por horas sensibiliza neurônios do corno dorsal e pode produzir hiperalgesia secundária, fenômeno central que dificulta o controle tardio da dor quando a analgesia inicial é inadequada (Dionne; Gordon; Moore, 2016; Ong et al., 2010).

A exodontia de terceiros molares inferiores inclusos reúne osteotomia, odontosseção, deslocamento de retalho mucoperiosteal e, eventualmente, manipulação do saco pericoronário — combinação que explica por que esse procedimento é, de longe, o modelo experimental mais utilizado para testar analgésicos em cirurgia oral (Moore; Hersh, 2013). Os picos de intensidade ocorrem entre 6 e 12 horas após o procedimento, com resolução progressiva nas 72 horas seguintes.

2.2 Agentes e seus alvos farmacodinâmicos

Os AINEs — ibuprofeno, cetoprofeno, diclofenaco e, em menor escala, etoricoxibe — inibem a ciclo-oxigenase, bloqueando a síntese de PGE2 periférica e central. São especialmente úteis em dor com componente inflamatório evidente, como a exodontia cirúrgica. As limitações conhecidas são gastrintestinais, renais e cardiovasculares, com atenção particular aos hipertensos em uso de inibidores da ECA e aos pacientes em uso de anticoagulantes (Becker, 2010; Moore et al., 2018).

O paracetamol atua predominantemente no sistema nervoso central, por mecanismo que envolve inibição da COX central e modulação serotoninérgica descendente, sem ação anti-inflamatória periférica relevante. É seguro em doses terapêuticas (até 3 g/dia no adulto, com cautela em hepatopatas), mas, isoladamente, tem desempenho limitado em dor de maior intensidade (Ong et al., 2010; Moore; Hersh, 2013).

Os corticosteroides, representados sobretudo pela dexametasona, agem no vértice da cascata inflamatória, inibindo a fosfolipase A2 e a transcrição de genes pró-

inflamatórios. Seu efeito principal em cirurgia oral é reduzir edema e trismo, com impacto indireto sobre a dor por diminuição da pressão tissular e da sensibilização periférica (Graziani et al., 2006; Laureano Filho et al., 2008; Herrera-Briones et al., 2013).

Os anestésicos locais de longa duração, particularmente a bupivacaína, prolongam o bloqueio nociceptivo periférico por 4 a 8 horas adicionais em relação à lidocaína, estratégia coerente com o conceito de analgesia preventiva (Becker, 2010). A fotobiomodulação com laser de baixa potência tem como mecanismo proposto a modulação da microcirculação e da liberação de mediadores inflamatórios, com benefício marginal sobre edema e dor em alguns ensaios, porém com heterogeneidade significativa nos parâmetros físicos utilizados (Fernando et al., 2020).

Os opioides (codeína, tramadol) atuam em receptores μ centrais. Na dor odontológica aguda, seu benefício incremental em relação a AINEs ou à combinação AINE + paracetamol é pequeno ou ausente, enquanto o custo em eventos adversos (náuseas, constipação, sedação) e o risco de uso prolongado, mesmo em prescrições curtas, passaram a justificar a reserva dessa classe para casos selecionados (Dionne; Gordon; Moore, 2016; Volkow; McLellan, 2016; Moore; Hersh, 2022).

2.3 Base racional da analgesia multimodal

A racionalidade da abordagem multimodal está em combinar fármacos com alvos distintos, de modo a potencializar o efeito analgésico e reduzir a dose necessária de cada componente (Kehlet; Dahl, 1993; White; Kehlet, 2010). Em cirurgia oral, o esquema paradigmático associa um AINE (bloqueio periférico) e paracetamol (modulação central), podendo receber como adjuvantes dexametasona pré-operatória (bloqueio a montante da cascata inflamatória) e anestésico local de longa duração (bloqueio nociceptivo prolongado). Cada componente responde a um alvo diferente da via da dor, o que explica o ganho clínico observado em relação à monoterapia (El-Boghdadly; Pawa, 2017; Wong et al., 2021).

Do ponto de vista prático, a construção do protocolo exige ajuste ao perfil do paciente — função hepática, renal, cardiovascular, uso de anticoagulantes, gestação — e ao porte do procedimento. A ausência de protocolo padronizado universal é, ao mesmo tempo, uma fraqueza (dificulta comparações entre estudos) e uma

característica intrínseca da abordagem, que se quer flexível e individualizada (Moore et al., 2018; McCartney; Nixdorf; Law, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Sintetizar, por meio de revisão integrativa com síntese narrativa, as evidências disponíveis sobre a eficácia e a segurança da analgesia multimodal no controle da dor pós-operatória em procedimentos odontológicos invasivos.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar e caracterizar as combinações multimodais estudadas em Odontologia.
2. Comparar a eficácia e o perfil de segurança da analgesia multimodal frente à monoterapia.
3. Analisar o impacto dos protocolos multimodais sobre a prescrição de opioides em dor odontológica aguda.
4. Identificar lacunas metodológicas e áreas prioritárias para pesquisa futura.
5. Apresentar recomendações clínicas operacionais, ajustadas ao cenário ambulatorial brasileiro.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de revisão e organização metodológica

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com síntese narrativa, organizada a partir de etapas de busca, seleção, extração e análise crítica dos estudos. A escolha por esse delineamento se justifica pela heterogeneidade dos materiais incluídos, que abrangem ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, revisões clínicas e artigos conceituais relevantes ao tema. Por esse motivo, o trabalho não foi apresentado como revisão sistemática com metanálise nem registrado no PROSPERO, considerando seu caráter de Trabalho de Conclusão de Curso de graduação. Os elementos de reporte seguiram, quando aplicáveis, as recomendações da declaração PRISMA 2020 (Page et al., 2021), no que se refere à descrição da estratégia de busca, dos critérios de elegibilidade e do fluxograma de seleção. Cabe esclarecer que a síntese final compreende dois conjuntos distintos de publicações: (a) estudos empíricos (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, overviews e consensos) submetidos integralmente ao processo formal de triagem descrito nas seções subsequentes; e (b) artigos de fundamentação contextual (revisões narrativas, revisões farmacológicas e artigos conceituais de referência histórica ou de saúde pública) incorporados diretamente, sem passar pelo fluxo de triagem eletrônica, em razão de sua relevância estabelecida e amplamente reconhecida na literatura farmacológica e clínica da área. Essa distinção está explicitada no fluxograma de seleção (Figura 1) e na Tabela 2.

4.2 Pergunta de pesquisa e estratégia PICO

A pergunta orientadora foi: protocolos de analgesia multimodal são mais eficazes e seguros que esquemas de agente único para o controle da dor pós-operatória em procedimentos odontológicos invasivos?

A estruturação seguiu o acrônimo PICO:

1. P (População): indivíduos adultos submetidos a procedimentos odontológicos com potencial de dor pós-operatória moderada a intensa, com ênfase em exodontia de terceiros molares, cirurgia periodontal e implantodontia;
2. I (Intervenção): protocolos de analgesia multimodal, definidos como a administração simultânea de dois ou mais agentes analgésicos com mecanismos farmacodinâmicos

distintos, podendo incluir corticosteroide perioperatório, anestésico local de longa duração ou fotobiomodulação;

3. C (Comparador): monoterapia analgésica, placebo ou protocolo com agente único;

4. O (Desfechos): intensidade da dor (VAS, NRS), consumo de medicação de resgate, edema, trismo, eventos adversos e, quando reportada, exposição a opioides.

4.3 Fontes de informação e estratégia de busca

A pesquisa eletrônica foi conduzida em PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e Cochrane Library. A busca foi iniciada em janeiro de 2025 e atualizada em dezembro de 2025, abrangendo publicações de 2000 a 2025. Publicações anteriores a 2000, especialmente o artigo seminal de Kehlet e Dahl (1993), foram incorporadas ao referencial teórico por sua relevância conceitual, mas foram tratadas como fontes contextuais e não submetidas ao processo formal de triagem.

A estratégia no PubMed/MEDLINE combinou descritores MeSH e termos livres:

("combined modality therapy"[MeSH] OR "multimodal analgesia"[tiab] OR "combined analgesic"[tiab] OR "analgesic combination*"[tiab]) AND ("oral surgery"[MeSH] OR "dental surgery"[tiab] OR "third molar"[tiab] OR "wisdom tooth"[tiab] OR "tooth extraction"[MeSH] OR "dentoalveolar surgery"[tiab]) AND ("postoperative pain"[MeSH] OR "pain, postoperative"[MeSH] OR "acute pain"[tiab])*

Estratégias equivalentes foram adaptadas para as demais bases. Não houve restrição de idioma. As listas de referências dos estudos elegíveis em texto completo foram examinadas manualmente para rastreamento reverso (snowballing).

4.4 Critérios de elegibilidade

4.4.1 Critérios de inclusão

1. Ensaios clínicos randomizados que compararam analgesia multimodal com monoterapia ou placebo em procedimentos odontológicos invasivos.

2. Revisões sistemáticas, metanálises, overviews de revisões sistemáticas, revisões de ensaios clínicos e documentos de consenso com foco em combinações analgésicas em cirurgia oral ou dor odontológica aguda.

3. Publicações de fundamentação contextual — incluindo revisões narrativas, revisões farmacológicas e artigos conceituais de referência histórica ou de saúde pública —

incorporadas diretamente à síntese, sem submissão ao fluxo formal de triagem eletrônica, em razão de sua relevância estabelecida para a contextualização fisiopatológica, farmacológica ou epidemiológica do tema (ver seção 4.1).

4. Para os estudos submetidos ao processo formal de triagem (critérios 1 e 2): publicações com desfecho primário relacionado à dor pós-operatória aguda (até 7 dias). Este critério não se aplica às publicações de fundamentação contextual (critério 3), que foram incorporadas diretamente em razão de sua relevância histórica, farmacológica ou epidemiológica, independentemente do desfecho reportado.

4.4.2 Critérios de exclusão

1. Estudos restritos a dor crônica ou a dor de origem não odontológica.
2. Pesquisas em contexto hospitalar sem aplicabilidade direta à prática odontológica ambulatorial.
3. Relatos de caso, séries de casos sem grupo comparador, cartas ao editor e editoriais.
4. Artigos duplicados ou sem acesso ao texto completo nas bases consultadas e no Portal CAPES.

4.5 Processo de seleção dos estudos

A triagem foi realizada pelas autoras, em duas etapas. Na primeira, títulos e resumos foram avaliados quanto à aderência ao tema e aos critérios de elegibilidade. Na segunda, os artigos potencialmente relevantes foram lidos na íntegra. As dúvidas sobre inclusão ou exclusão foram discutidas com o orientador, especialmente nos casos de publicações conceituais ou revisões narrativas com relevância para a contextualização do tema. Referências foram gerenciadas em planilha eletrônica, com registro dos motivos de exclusão dos artigos avaliados em texto completo.

4.6 Extração e síntese dos dados

A extração utilizou formulário padronizado construído no Microsoft Excel, contemplando: autores, ano, país, delineamento, tamanho amostral, procedimento, intervenção multimodal (componentes, doses e tempo de administração), comparador, desfechos mensurados, resultados e limitações apontadas pelos autores.

Optou-se por síntese qualitativa estruturada por classe de combinação — AINE + paracetamol, corticosteroide adjuvante, anestésico local de longa duração, fotobiomodulação e esquemas poupadores de opioides. A impossibilidade de metanálise quantitativa decorreu da heterogeneidade clínica (diferentes procedimentos, doses, tempos de avaliação) e metodológica (distintas escalas de dor e de edema) entre os estudos incluídos.

4.7 Avaliação crítica da qualidade metodológica

1. Ensaios clínicos randomizados: análise crítica orientada pelos domínios da ferramenta Risk of Bias 2 (RoB 2) da Cochrane, considerando randomização (D1), desvios das intervenções (D2), dados faltantes (D3), mensuração do desfecho (D4) e seleção do resultado reportado (D5). A avaliação resultou em julgamento narrativo por domínio para cada ensaio, sem produção de tabela de pontuação formal, em consonância com o escopo de Trabalho de Conclusão de Curso de graduação.
2. Revisões sistemáticas e metanálises: análise orientada pelo checklist AMSTAR 2, com atenção ao registro de protocolo, estratégia de busca, justificativa para exclusões, avaliação de risco de viés e discussão da heterogeneidade. Assim como para os ECRs, o resultado foi uma avaliação narrativa por critério, não uma pontuação formal. Revisões clínicas, farmacológicas e artigos conceituais incorporados como fontes contextuais foram avaliados de forma descritiva (ver item 3 abaixo), sem aplicação de instrumento padronizado.
3. Estudos controlados, revisões clínicas e artigos conceituais: avaliação descritiva, considerando clareza metodológica, aplicabilidade ao contexto odontológico, coerência farmacológica e contribuição para a discussão clínica.

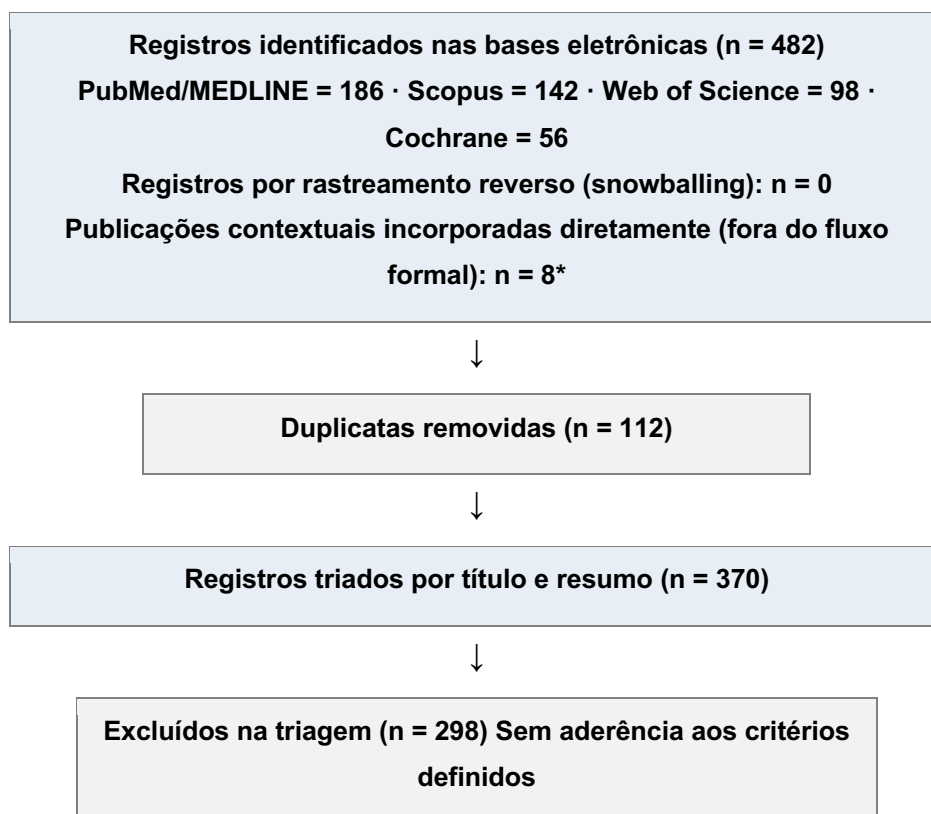
A avaliação crítica foi empregada para graduar a interpretação das evidências, sem exclusão automática de estudos com limitações metodológicas, pois o objetivo do trabalho foi integrativo e narrativo.

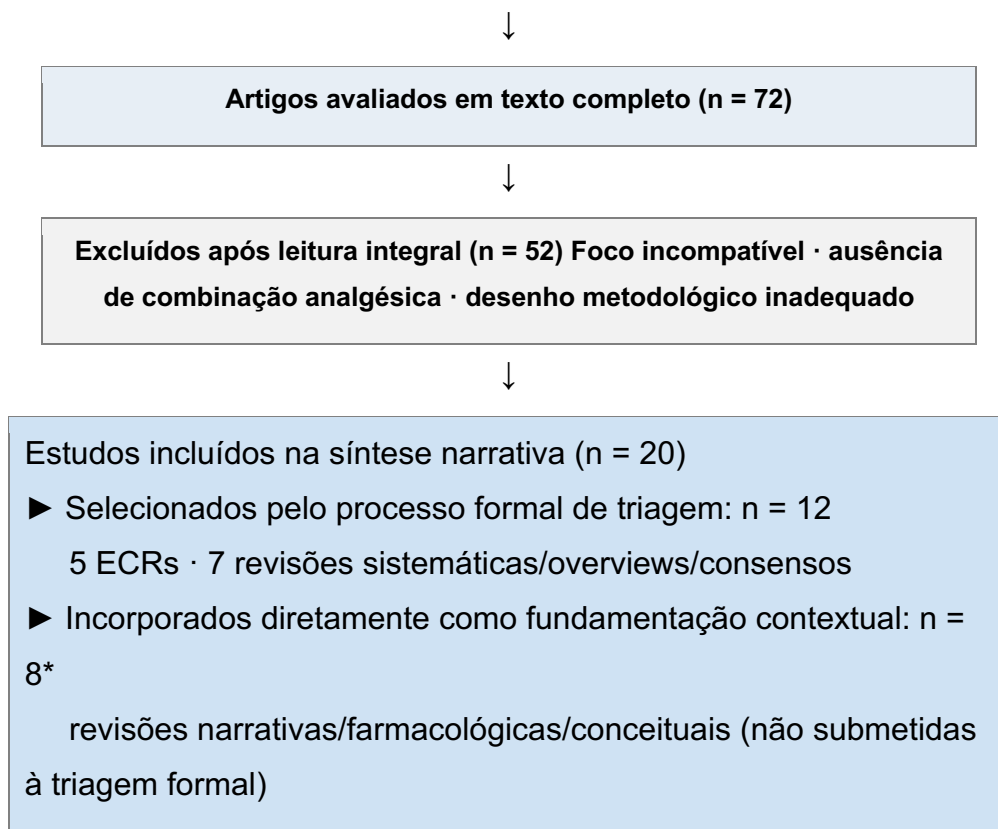
5 RESULTADOS

5.1 Seleção dos estudos

A busca eletrônica identificou 482 registros nas bases consultadas: PubMed/MEDLINE (n = 186), Scopus (n = 142), Web of Science (n = 98) e Cochrane Library (n = 56). O rastreamento reverso (snowballing) das listas de referências dos artigos avaliados em texto completo não identificou registros adicionais não recuperados pela busca eletrônica. Após a remoção de 112 duplicatas, 370 títulos e resumos foram triados, dos quais 298 foram excluídos por falta de aderência aos critérios definidos. Foram avaliados 72 artigos em texto completo, e 52 foram excluídos por foco incompatível com a pergunta de pesquisa, ausência de combinação analgésica ou desenho metodológico inadequado. Ao final, 12 publicações empíricas (5 ECRs e 7 revisões sistemáticas, overviews e consensos) foram selecionadas pelo processo formal de triagem. A esse conjunto foram adicionadas 8 publicações de fundamentação contextual (revisões narrativas, revisões farmacológicas e artigos conceituais), incorporadas diretamente por sua relevância histórica e farmacológica reconhecida, perfazendo 20 publicações na síntese narrativa (Figura 1).

Figura 1 — Fluxo de seleção dos estudos incluídos na revisão.





Fonte: elaborada pelas autoras (2026), com base no processo de busca e seleção. *Publicações de fundamentação contextual incorporadas diretamente, sem submissão ao fluxo formal de triagem eletrônica.

5.2 Características dos estudos incluídos

Entre as 20 publicações analisadas, 12 foram selecionadas pelo processo formal de triagem (5 ECRs e 7 revisões sistemáticas, overviews e consensos) e 8 correspondem a publicações de fundamentação contextual (revisões narrativas, revisões farmacológicas e artigos conceituais), incorporadas diretamente conforme descrito na seção 4.1. As publicações contextuais, identificadas com asterisco na Tabela 1, não têm o mesmo peso metodológico dos estudos empíricos ao se discutir a eficácia de combinações específicas e foram utilizadas para contextualização fisiopatológica, farmacológica e de saúde pública. A Tabela 1 apresenta o quadro sintético de cada publicação.

A maior parte dos ensaios clínicos utilizou a escala visual analógica (VAS) como desfecho de dor, complementada pelo número de doses de resgate e pela mensuração clínica de edema e trismo. O modelo experimental predominante foi a exodontia de terceiros molares inferiores inclusos, em amostras entre 40 e 200

participantes. As combinações mais frequentes envolveram AINE + paracetamol, corticosteroide adjuvante, anestésico local de longa duração e fotobiomodulação associada a analgésicos sistêmicos.

Tabela 1 — Estudos incluídos na revisão e principais achados.

Nº	Autor/Ano	Delineamento	Procedimento	Intervenção multimodal	Comparador	Desfechos principais	Conclusão
1	Bailey et al., 2013	RS Cochrane	Exodontia de 3ºs molares	Ibuprofeno + paracetamol	Monoterapia; placebo	Alívio da dor; eventos adversos	Combinação eficaz e segura
2	Barden et al., 2011	Revisão sistemática	Dor pós-operatória aguda	Combinações orais não opioides	Fármacos isolados	NNT; potência analgésica	Combinações com melhores NNT
3	Daniels et al., 2011	ECR (5 braços)	Dor pós-exodontia	Várias combinações analgésicas	Placebo; monoterapia	Alívio da dor; segurança	Combinações superiores à monoterapia
4	Fernando et al., 2020	ECR duplo-cego	Exodontia de 3ºs molares	AINE + fotobiomodulação	AINE isolado	Dor; edema; trismo	Laser acrescenta benefício modesto
5	Graziani et al., 2006	ECR	Exodontia de 3ºs molares	Dexametasona pré-operatória	Placebo	Edema; dor	Dexametasona reduz complicações
6	Herrera-Briones et al., 2013	Revisão sistemática	Cirurgia de 3ºs molares	Corticosteroides perioperatórios	Sem corticoide	Edema; dor; trismo	Corticoides beneficiam desfechos
7	Laureano Filho et al., 2008	ECR	Exodontia de 3ºs molares	Dexametasona + AINE	AINE isolado	Edema; trismo; dor	Dexametasona reduz complicações
8	McCartney; Nixdorf; Law, 2014*	Revisão clínica	Dor endodôntica/dental	Multimodal em Odontologia	Estratégias convencionais	Controle da dor	Multimodal aplicável em Odontologia
9	Merry et al., 2010	ECR	Exodontia de 3ºs molares	Paracetamol + ibuprofeno	Monoterapia	VAS; medicação de resgate	Combinação superior à monoterapia

Nº	Autor/Ano	Delineamento	Procedimento	Intervenção multimodal	Comparador	Desfechos principais	Conclusão
10	Moore; Hersh, 2013	Revisão de ECRs	Exodontia de 3ºs molares	Ibuprofeno + paracetamol	Monoterapia	Eficácia; resgate	Não opioides combinados mais eficazes
11	Moore et al., 2018	Overview de RS	Dor dental aguda	Combinações não opioides	Opioides; monoterapia	Benefício–risco; NNT	Preferência por não opioides combinados
12	Moore; Hersh, 2022*	Revisão focada	Procedimentos odontológicos	Multimodal não opioide	Prescrição com opioides	Segurança; risco de abuso	Limitar opioides; priorizar AINE + paracetamol
13	Ong et al., 2010	RS qualitativa	Dor pós-operatória aguda	Paracetamol + AINEs	Monoterapia	Intensidade da dor; NNT	Efeito sinérgico da combinação
14	Wong et al., 2021	Revisão e consenso	Dor dental aguda	Multimodal não opioide	Prescrição com opioides	Eficácia; segurança	Consenso favorece não opioides
15	Becker, 2010*	Revisão farmacológica	Cirurgias orais	AINEs + anestésicos locais + paracetamol	Monoterapia	Mecanismos; segurança	Base racional para multimodalidade
16	Dionne; Gordon; Moore, 2016*	Revisão narrativa	Dor odontológica aguda	AINE + paracetamol; uso criterioso de opioides	Opioides isolados	Risco de abuso; esquemas poupadores	Priorizar não opioides; restringir opioides
17	El-Boghdadly; Pawa, 2017*	Revisão narrativa	Perioperatório geral	AINEs + paracetamol + técnicas regionais	Opioides	Dor; eventos adversos	Reforça multimodal não opioide
18	Kehlet; Dahl, 1993*	Artigo conceitual	Cirurgia geral	Analgesia balanceada	Estratégias isoladas	Dor; recuperação	Fundamenta o conceito multimodal

Nº	Autor/Ano	Delineamento	Procedimento	Intervenção multimodal	Comparador	Desfechos principais	Conclusão
19	Volkow; McLellan, 2016*	Revisão em saúde pública	Dor aguda e crônica	Estratégias poupadoras de opioides	Uso liberal de opioides	Dependência; abuso	Necessidade de reduzir opioides
20	White; Kehlet, 2010*	Revisão	Perioperatório geral	AINEs + paracetamol + técnicas regionais	Opioides	Dor; recuperação	Transição para multimodal não opioide

Fonte: elaborada pelas autoras (2026). ECR = ensaio clínico randomizado. RS = revisão sistemática. NNT = number needed to treat. * Publicação de fundamentação contextual, incorporada diretamente à síntese sem submissão ao fluxo formal de triagem (ver seção 4.1 e Figura 1).

5.3 Avaliação da qualidade metodológica

5.3.1 Ensaios clínicos randomizados (RoB 2)

Entre os 5 ensaios clínicos randomizados incluídos, 3 apresentaram menor risco de viés global (Daniels et al., 2011; Fernando et al., 2020; Merry et al., 2010) e 2 suscitaram algumas preocupações metodológicas (Graziani et al., 2006; Laureano Filho et al., 2008). O detalhamento por domínio é o seguinte: Daniels et al. (2011) — ECR de cinco braços, com descrição adequada da randomização (D1 baixo risco), intervenção conduzida conforme previsto (D2 baixo risco), perdas mínimas e bem documentadas (D3 baixo risco), instrumentos de dor validados com avaliadores cegos (D4 baixo risco), e desfechos pré-especificados reportados integralmente (D5 baixo risco); risco global: baixo. Merry et al. (2010) — perfil semelhante, com randomização e cegamento adequadamente descritos em todos os domínios; risco global: baixo. Fernando et al. (2020) — duplo-cego com cegamento do avaliador formalmente descrito (D4 baixo risco); preocupação pontual em D5 relacionada à possibilidade de seleção parcial dos desfechos de fotobiomodulação reportados; risco global: baixo com algumas preocupações em D5. Graziani et al. (2006) — D1: ocultação de alocação não descrita com clareza suficiente (algumas preocupações); D2: procedimento cirúrgico como variável de confusão dificulta padronização completa (algumas preocupações); D4: mensuração de edema por método de fita métrica sem relato de cegamento do avaliador (algumas preocupações); D3 e D5 sem preocupações relevantes; risco global: algumas preocupações. Laureano Filho et al. (2008) — D1: método de randomização e ocultação de alocação insuficientemente descritos (algumas preocupações); D2: amostra reduzida aumenta risco de desvios não planejados (algumas preocupações); D4: instrumentos de mensuração de trismo e edema sem descrição de cegamento dos avaliadores (algumas preocupações); D3 e D5 sem preocupações relevantes; risco global: algumas preocupações. Ressalta-se que nenhum estudo foi excluído com base nessa avaliação; o objetivo foi ponderar o peso de cada ECR na interpretação dos resultados.

5.3.2 Revisões sistemáticas e metanálises (AMSTAR 2)

As revisões sistemáticas, overviews, revisões de ensaios clínicos e documentos de consenso apresentaram qualidade variável. Bailey et al. (2013), revisão Cochrane com protocolo registrado, estratégia de busca ampla, avaliação

formal de risco de viés e discussão da heterogeneidade, recebeu julgamento de alta qualidade pelos critérios do AMSTAR 2 e maior peso na síntese. Ong et al. (2010) e Moore et al. (2018) apresentaram qualidade moderada a alta, com estratégias de busca explícitas e análise crítica dos estudos primários, embora sem registro formal de protocolo. Herrera-Briones et al. (2013) e Barden et al. (2011) foram classificados como qualidade moderada, em razão de heterogeneidade clínica não totalmente discutida e ausência de registro de protocolo. Wong et al. (2021) recebeu peso moderado a alto, em razão do componente de consenso de especialistas associado à revisão sistemática; Moore e Hersh (2013) — revisão de ECRs avaliada por aplicação parcial do AMSTAR 2 — recebeu peso moderado, dada a heterogeneidade dos estudos primários incluídos. Revisões clínicas, farmacológicas, narrativas e artigos conceituais foram utilizados exclusivamente para contextualização fisiopatológica, farmacológica e de saúde pública, sem aplicação do AMSTAR 2. A avaliação crítica individual de cada publicação está sintetizada na Tabela 2.

Tabela 2 — Avaliação crítica individual dos estudos incluídos.

Autor/ano	Tipo de estudo	Instrumento ou critério usado	Julgamento geral	Principal limitação
Bailey et al., 2013	RS Cochrane	AMSTAR 2	Maior peso na síntese	Foco específico em terceiros molares; extrapolação limitada para outros procedimentos.
Barden et al., 2011	Revisão sistemática	AMSTAR 2	Qualidade moderada	Inclui dor pós-operatória aguda geral, não apenas odontológica.
Daniels et al., 2011	ECR	RoB 2	Menor risco de viés	Seguimento curto e desfechos concentrados em dor aguda imediata.
Fernando et al., 2020	ECR duplo-cego	RoB 2	Menor risco de viés; preocupação em D5	D5 (seleção do resultado reportado): possibilidade de seleção parcial dos desfechos de fotobiomodulação. Parâmetros físicos heterogêneos

Autor/ano	Tipo de estudo	Instrumento ou critério usado	Julgamento geral	Principal limitação
				limitam comparabilidade entre estudos.
Graziani et al., 2006	ECR	RoB 2	Algumas preocupações	D1 (randomização): ocultação de alocação não descrita com clareza suficiente. D2 (desvios): variabilidade cirúrgica limita padronização. D4 (mensuração): edema e trismo sem relato de cegamento dos avaliadores.
Herrera-Briones et al., 2013	Revisão sistemática	AMSTAR 2	Qualidade moderada	Heterogeneidade de dose, via e momento de uso dos corticosteroides.
Laureano Filho et al., 2008	ECR	RoB 2	Algumas preocupações	D1 (randomização): método de randomização e ocultação de alocação insuficientemente descritos. D2 (desvios): amostra reduzida aumenta vulnerabilidade a desvios não planejados. D4 (mensuração): ausência de descrição de cegamento dos avaliadores de trismo e edema.
McCartney; Nixdorf; Law, 2014	Revisão clínica	Avaliação descritiva	Uso contextual	Não apresenta o mesmo rigor metodológico de uma revisão sistemática.

Autor/ano	Tipo de estudo	Instrumento ou critério usado	Julgamento geral	Principal limitação
Merry et al., 2010	ECR	RoB 2	Menor risco de viés	Resultados aplicáveis sobretudo ao modelo de cirurgia oral avaliado.
Moore; Hersh, 2013	Revisão de ECRs	AMSTAR 2 (aplicação parcial)	Peso moderado	Síntese dependente de estudos heterogêneos em doses e comparadores.
Moore et al., 2018	Overview de RS	AMSTAR 2	Maior peso na síntese	Agrega revisões com diferentes critérios e qualidade metodológica.
Moore; Hersh, 2022	Revisão focada	Avaliação descritiva	Uso contextual	Ênfase em prescrição de opioides e aplicabilidade ao contexto norte-americano.
Ong et al., 2010	RS qualitativa	AMSTAR 2	Maior peso na síntese	Inclui diferentes modelos de dor pós-operatória, com heterogeneidade clínica.
Wong et al., 2021	Revisão e consenso	AMSTAR 2 / consenso	Peso moderado a alto	Recomendações influenciadas pelo contexto de prescrição e por consenso de especialistas.
Becker, 2010	Revisão farmacológica	Avaliação descritiva	Uso contextual	Artigo de base farmacológica, sem comparação sistemática de protocolos.
Dionne; Gordon; Moore, 2016	Revisão narrativa	Avaliação descritiva	Uso contextual	Discussão clínica relevante, mas sem triagem sistemática formal.

Autor/ano	Tipo de estudo	Instrumento ou critério usado	Julgamento geral	Principal limitação
El-Boghdadly; Pawa, 2017	Revisão narrativa	Avaliação descritiva	Uso contextual	Texto perioperatório geral, com transferência indireta para Odontologia.
Kehlet; Dahl, 1993	Artigo conceitual	Avaliação descritiva	Uso contextual	Fundamenta o conceito de analgesia balanceada, mas não avalia protocolos odontológicos.
Volkow; McLellan, 2016	Revisão em saúde pública	Avaliação descritiva	Uso contextual	Relevante para opioides, porém não específica para cirurgia oral.
White; Kehlet, 2010	Revisão	Avaliação descritiva	Uso contextual	Abordagem perioperatória geral, com aplicabilidade indireta ao contexto odontológico.

Fonte: elaborada pelas autoras (2026). ECR = ensaio clínico randomizado; RS = revisão sistemática; RoB 2 = Risk of Bias 2 (avaliação narrativa por domínio: D1 randomização, D2 desvios da intervenção, D3 dados faltantes, D4 mensuração do desfecho, D5 seleção do resultado reportado); AMSTAR 2 = A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (avaliação narrativa por critério). Artigos classificados como “Avaliação descritiva” correspondem a fontes de fundamentação contextual, incorporadas diretamente à síntese sem aplicação de instrumento padronizado de avaliação da qualidade metodológica.

5.4 Síntese das evidências por classe de combinação

5.4.1 AINE + paracetamol

A combinação entre ibuprofeno (400–600 mg) e paracetamol (500–1000 mg), administrada em intervalos regulares nas primeiras 48 a 72 horas, concentra o maior corpo de evidência. Os ECRs de Merry et al. (2010) e de Daniels et al. (2011), somados à revisão Cochrane conduzida por Bailey et al. (2013) e à revisão qualitativa

de Ong et al. (2010), mostram, de forma convergente, redução dos escores de dor em faixa de 25 % a 35 % nas primeiras 24 horas em relação à monoterapia, com menor demanda por medicação de resgate. O efeito clínico é reforçado por análises que apontam menor number needed to treat (NNT) para a combinação, conforme compilado por Moore et al. (2018).

5.4.2 Corticosteroide adjuvante

A dexametasona administrada no pré-operatório, em doses de 4 a 8 mg por via oral ou intramuscular, reduziu edema facial na ordem de 40 % a 50 % e atenuou o trismo nas primeiras 48 a 72 horas pós-operatórias (Graziani et al., 2006; Laureano Filho et al., 2008; Herrera-Briones et al., 2013). O benefício é mais expressivo em exodontias de terceiros molares inferiores inclusos, nas quais o componente inflamatório é mais relevante, e mantém-se quando o corticosteroide é associado a AINE no pós-operatório.

5.4.3 Protocolos poupadores de opioides

Wong et al. (2021), revisão sistemática com componente de consenso e único estudo formalmente incluído nesta categoria, sustenta que protocolos multimodais não opioides proporcionam controle adequado da dor na maior parte dos procedimentos odontológicos de pequeno e médio porte. Essa perspectiva é reforçada pelas revisões contextuais de Dionne, Gordon e Moore (2016) e Moore e Hersh (2022), que discutem implicações de saúde pública sem, contudo, apresentarem a mesma estrutura metodológica das revisões sistemáticas. A literatura norte-americana indica que esses protocolos permitem reduções expressivas — reportadas entre 70 % e 90 % em amostras daquele contexto — na prescrição de opioides, sem perda relevante de eficácia analgésica (Moore et al., 2018; Wong et al., 2021; Moore; Hersh, 2022). A combinação AINE + paracetamol é proposta, nesses trabalhos, como primeira linha, com opioides reservados para casos selecionados.

5.4.4 Anestésicos locais de longa duração e fotobiomodulação

A bupivacaína utilizada na infiltração ou no bloqueio regional prolongou o período de analgesia inicial em 4 a 8 horas em relação à lidocaína, funcionando como adjuvante coerente com o conceito de analgesia preventiva (Becker, 2010). A fotobiomodulação com laser de baixa potência apresentou benefício adicional em

alguns estudos, sobretudo sobre edema e dor precoce, mas a heterogeneidade dos parâmetros físicos utilizados — comprimento de onda, densidade de energia, número e tempo de aplicações — limita a padronização clínica imediata (Fernando et al., 2020).

5.5 Comparação entre protocolos multimodais

A Tabela 3 sintetiza os principais esquemas identificados na literatura, a respectiva composição, o nível de evidência e as precauções clínicas relevantes.

Tabela 3 — Comparação entre protocolos multimodais descritos na literatura.

Protocolo	Composição típica	Nível de evidência	Benefícios clínicos	Precauções
AINE + paracetamol	Ibuprofeno 400–600 mg + paracetamol 500–1000 mg, 6/6 h, por 48–72 h	Alto (ECRs e RS)	Analgesia superior à monoterapia; menor uso de resgate; redução de opioides	Hepatopatas; hipertensos; nefropatas; anticoagulados
Corticosteroide + AINE	Dexametasona 4–8 mg pré-operatória + ibuprofeno 6/6 h	Alto (ECRs)	Redução de edema e trismo; melhor conforto nas 24–48 h	Diabéticos descompensados; úlcera péptica ativa
AINE + anestésico local de longa duração	Ibuprofeno + bupivacaína 0,5 % com vasoconstritor	Moderado	Prolonga analgesia inicial em 4–8 h; reduz analgesia de resgate precoce	Cardiopatas; atenção à dose máxima do anestésico local
Multimodal + fotobiomodulação	AINE + paracetamol + laser de baixa potência (parâmetros variáveis)	Baixo a moderado	Benefício adicional em edema e dor precoce	Parâmetros físicos não padronizados
Paracetamol + opioide fraco	Paracetamol 500–1000 mg + codeína ou tramadol	Moderado (em desuso como primeira linha)	Analgesia em situações selecionadas, quando AINE é contraindicado	Náuseas; sedação; risco de uso prolongado

Fonte: elaborada pelas autoras (2026) com base nos estudos incluídos.

6 DISCUSSÃO

A síntese dos estudos incluídos aponta, com razoável consistência, para a superioridade da analgesia multimodal sobre a monoterapia no manejo da dor pós-operatória em Odontologia. Essa conclusão, entretanto, precisa ser qualificada em três direções: o grau de evidência varia de maneira expressiva entre as classes de combinação; a maior parte dos estudos originais foi conduzida em um único modelo clínico (exodontia de terceiros molares inferiores inclusos); e parte do material incluído tem natureza conceitual ou de saúde pública, não contribuindo diretamente para graduar a força da evidência farmacológica.

A combinação entre ibuprofeno e paracetamol é a que reúne o maior corpo de evidência, com ECRs bem conduzidos e revisão Cochrane favorável. A base farmacológica é clara: o AINE atua no nível periférico, por inibição da COX, e o paracetamol age no nível central, com mecanismo que envolve modulação serotoninérgica e inibição de COX central. Essa complementaridade explica o ganho clínico observado. Do ponto de vista prático, o esquema de 400 a 600 mg de ibuprofeno associado a 500 a 1000 mg de paracetamol, a cada seis horas, por 48 a 72 horas, pode ser considerado primeira linha em dor pós-operatória moderada a intensa em pacientes sem contraindicações aos AINEs. Em hipertensos, nefropatas, anticoagulados, gestantes e pacientes com risco gastrointestinal, a substituição do AINE por paracetamol isolado em dose máxima, eventualmente associado à dexametasona em dose única, é alternativa razoável, com individualização do protocolo.

O papel dos corticosteroides adjuvantes merece leitura cuidadosa. O benefício da dexametasona pré-operatória sobre edema e trismo é robusto e reprodutível, mas o efeito sobre a intensidade da dor em si é indireto, mediado pela redução da pressão tissular inflamatória. A dose de 4 a 8 mg, administrada 60 minutos antes do procedimento, tem perfil de segurança favorável mesmo em diabéticos compensados, desde que a glicemia seja monitorada. Em pacientes com úlcera péptica ativa, imunossupressão ou diabetes descompensado, a indicação deve ser criteriosa. A inclusão sistemática de dexametasona em exodontia de terceiros molares inferiores inclusos encontra respaldo tanto na literatura revisada quanto na experiência clínica, e contribui para melhor adesão do paciente ao pós-operatório.

A redução da prescrição de opioides é um dos aspectos mais relevantes da discussão atual sobre analgesia odontológica. A literatura consultada demonstra que a prescrição de opioides em dor odontológica aguda pode ser reduzida de forma expressiva, sem prejuízo da eficácia, quando substituída por combinações não opioides bem estruturadas. No cenário brasileiro, onde codeína e tramadol são os opioides mais acessíveis em prática ambulatorial e onde a cultura da prescrição parcimoniosa ainda é heterogênea, a combinação AINE + paracetamol pode ser considerada uma estratégia preferencial em pacientes sem contraindicações. A prescrição de opioide fraco deve ser reservada a situações específicas: intolerância aos AINEs associada a falha do paracetamol e procedimentos com dor prevista como intensa e não controlada por alternativas não opioides.

Os anestésicos locais de longa duração e a fotobiomodulação ocupam posição acessória. A bupivacaína tem racionalidade farmacológica bem estabelecida e é coerente com o conceito de analgesia preventiva, mas seu custo, sua disponibilidade no cenário ambulatorial e a necessidade de treinamento para manejo adequado pesam na decisão cotidiana. A fotobiomodulação apresenta heterogeneidade nos parâmetros físicos — comprimento de onda, densidade de energia, número e tempo de aplicações — que dificulta a transposição direta dos resultados para o consultório. Incorporá-la como componente adjuvante exige protocolo institucional próprio, não devendo constituir eixo central do esquema analgésico.

As limitações desta revisão precisam ser explicitadas. Em primeiro lugar, a impossibilidade de metanálise quantitativa, em razão da heterogeneidade clínica e metodológica dos estudos, restringe as conclusões a uma síntese qualitativa. Em segundo lugar, a predominância do modelo de exodontia de terceiros molares limita a generalização para outras cirurgias orais — implantes, enxertos ósseos, cirurgia periodontal e cirurgia ortognática ambulatorial —, nas quais os resultados podem não se replicar integralmente. Em terceiro lugar, a inclusão, no conjunto de estudos, de revisões narrativas e de artigos conceituais — característica própria do delineamento integrativo e justificada pela relevância histórica e pelo peso na literatura sobre redução de opioides — diminui a homogeneidade do material avaliado e exigiu a separação entre corpo de evidência farmacológica e fontes contextuais na análise. Em quarto lugar, o horizonte temporal predominantemente curto (24 a 72 horas) impede conclusões sobre desfechos de médio prazo, como dor persistente pós-cirúrgica e satisfação do paciente após a cicatrização inicial. Por último, a ausência

de busca nas bases regionais latino-americanas — especialmente LILACS/BVS, principal repositório de produção científica odontológica brasileira e ibero-americana — constitui limitação de maior alcance do que o registrado em revisões de âmbito exclusivamente norte-americano ou europeu. O Brasil possui produção nacional relevante e crescente em cirurgia oral, analgesia pós-operatória e farmacologia aplicada à Odontologia, com grupos de pesquisa ativos em múltiplas regiões do país. A ausência dessa base compromete diretamente a premissa declarada nas conclusões deste trabalho — a de apresentar recomendações ajustadas ao cenário ambulatorial brasileiro —, pois os padrões de prescrição, os fármacos disponíveis, os perfis populacionais e as particularidades regulatórias do contexto nacional podem não estar suficientemente representados na literatura indexada apenas nas bases internacionais consultadas. Estudos futuros que abordem esta temática no Brasil devem, necessariamente, incluir LILACS/BVS na estratégia de busca e reportar dados de prescrição e adesão a protocolos multimodais com método transparente e reproduzível.

Mesmo com essas limitações, os estudos analisados indicam que a analgesia multimodal deve ser considerada com maior frequência na prática odontológica, especialmente em procedimentos com dor pós-operatória moderada a intensa. A escolha dos componentes deve ser ajustada ao porte do procedimento, ao perfil clínico do paciente e ao contexto de atenção. Não existe um protocolo único aplicável a todos os casos; há combinações com diferentes níveis de respaldo científico, que devem ser utilizadas com critério farmacológico e avaliação clínica individualizada.

7 CONCLUSÕES

Com base nas evidências analisadas, sustentam-se as seguintes conclusões:

1. A analgesia multimodal é mais eficaz que a monoterapia no controle da dor pós-operatória em Odontologia, com perfil de segurança pelo menos equivalente ao dos esquemas isolados, especialmente quando combina fármacos com mecanismos de ação complementares.
2. A associação de ibuprofeno (400–600 mg) com paracetamol (500–1000 mg), a cada seis horas por 48 a 72 horas, reúne o maior corpo de evidência e deve ser considerada primeira linha em cirurgias com dor moderada a intensa, desde que respeitadas as contraindicações individuais.
3. A dexametasona pré-operatória (4–8 mg) apresenta benefício consistente sobre edema e trismo e pode ser incorporada ao protocolo em exodontia de terceiros molares inferiores inclusos e em procedimentos com maior componente inflamatório, em pacientes bem selecionados.
4. Protocolos multimodais não opioides permitem reduzir de forma expressiva a necessidade de prescrição de opioides, sem perda relevante de eficácia analgésica — orientação particularmente pertinente ao cenário brasileiro, em que a prescrição ambulatorial ainda é heterogênea.
5. Anestésicos locais de longa duração e fotobiomodulação apresentam papel adjuvante, com evidência menos consolidada e dependente de padronização de parâmetros clínicos.

Como prioridades de pesquisa, recomendam-se ensaios clínicos randomizados em procedimentos odontológicos distintos da exodontia de terceiros molares — incluindo implantes, enxertos ósseos, cirurgia periodontal e cirurgia ortognática ambulatorial —, com desfechos padronizados, seguimento superior a 7 dias, análise de custo-efetividade e avaliação da satisfação do paciente. Além disso, estudos brasileiros que reportem, com método transparente, padrões de prescrição e adesão a protocolos multimodais em Odontologia poderiam subsidiar recomendações clínicas mais ajustadas à realidade nacional.

REFERÊNCIAS

- BAILEY, E. et al.** Ibuprofen and/or paracetamol (acetaminophen) for pain relief after surgical removal of lower wisdom teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2013, n. 12, art. CD004624, 2013.
- BARDEN, J. et al.** Single dose oral analgesics for acute postoperative pain: a systematic review. *BMC Anesthesiology*, v. 11, art. 22, 2011.
- BECKER, D. E.** Pain management: Part 1 — pharmacological considerations. *Anesthesia Progress*, v. 57, n. 2, p. 67–78, 2010.
- DANIELS, S. E. et al.** A randomized, five-parallel-group, placebo-controlled trial comparing the efficacy and safety of analgesic combinations for acute postoperative dental pain. *Clinical Therapeutics*, v. 33, n. 12, p. 2231–2245, 2011.
- DIONNE, R. A.; GORDON, S. M.; MOORE, P. A.** Prescribing opioid analgesics for postoperative pain: clinical practice considerations. *The Journal of the American Dental Association*, v. 147, n. 1, p. 29–38, 2016.
- EL-BOGHADLY, K.; PAWA, A.** Postoperative analgesia: principles and practice. *Anaesthesia*, v. 72, suppl. 1, p. 121–127, 2017.
- FERNANDO, S. et al.** A double-blind randomized controlled trial on the efficacy of low-level laser therapy for reducing pain following surgical extraction of mandibular third molars. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 49, n. 10, p. 1331–1338, 2020.
- GRAZIANI, F. et al.** Perioperative dexamethasone reduces postoperative complications after third molar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 64, n. 8, p. 1205–1210, 2006.
- HERRERA-BRIONES, F. J. et al.** Update on the use of corticosteroids in third molar surgery: systematic review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, v. 116, n. 3, p. e195–e201, 2013.
- KEHLET, H.; DAHL, J. B.** The value of “multimodal” or “balanced analgesia” in postoperative pain treatment. *Anesthesia and Analgesia*, v. 77, n. 5, p. 1048–1056, 1993.
- LAUREANO FILHO, J. R. et al.** Clinical comparative study of the effectiveness of two dosages of dexamethasone to control postoperative swelling, trismus and pain after lower third molar surgery. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, v. 106, n. 5, p. e1–e6, 2008.
- McCARTNEY, M.; NIXDORF, D. R.; LAW, A. S.** Is multimodal analgesia more effective than conventional strategies in managing postoperative dental pain? *Journal of Endodontics*, v. 40, n. 8, p. 1054–1059, 2014.
- MERRY, A. F. et al.** Combined acetaminophen and ibuprofen for pain relief after oral surgery in adults: a randomized controlled trial. *British Journal of Anaesthesia*, v. 104, n. 1, p. 80–88, 2010.

MOORE, P. A.; HERSH, E. V. Combining ibuprofen and acetaminophen for acute pain management after third-molar extractions. *The Journal of the American Dental Association*, v. 144, n. 8, p. 898–908, 2013.

MOORE, P. A.; HERSH, E. V. The role of opioids in dentistry: reducing opioid prescriptions while managing acute dental pain. *Dental Clinics of North America*, v. 66, n. 1, p. 139–154, 2022.

MOORE, P. A. et al. Benefits and harms associated with analgesic medications used in the management of acute dental pain: an overview of systematic reviews. *The Journal of the American Dental Association*, v. 149, n. 4, p. 256–265.e3, 2018.

ONG, C. K. et al. Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. *Anesthesia and Analgesia*, v. 110, n. 4, p. 1170–1179, 2010.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, art. n71, 2021.

VOLKOW, N. D.; McLELLAN, A. T. Opioid abuse in chronic pain — misconceptions and mitigation strategies. *New England Journal of Medicine*, v. 374, n. 13, p. 1253–1263, 2016.

WHITE, P. F.; KEHLET, H. Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues? *Anesthesiology*, v. 112, n. 1, p. 220–225, 2010.

WONG, J. J. et al. Non-opioid multimodal analgesia for acute dental pain: a systematic review and consensus recommendations. *Pain Medicine*, v. 22, n. 6, p. 1296–1310, 2021.