

NÚMERO: 062/2011  
DATA: 29/12/2011  
ATUALIZAÇÃO 01/08/2014

---

ASSUNTO: Prescrição de Analgésicos em Patologia Dentária  
PALAVRAS-CHAVE: Analgesia; Estomatologia; Medicina Dentária  
PARA: Médicos e Médicos Dentistas do Sistema Nacional de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos, e da Ordem dos Médicos Dentistas, emite-se a seguinte:

## **NORMA**

1. Na dor odontogénica aguda, de que são exemplo a pulpíte, o abcesso periapical ou a pericoronarite, de intensidade ligeira ou moderada, o fármaco de primeira linha é o paracetamol (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>4,13</sup>.
2. Na dor odontogénica aguda de intensidade ligeira ou moderada, acompanhada de marcado componente inflamatório, é fármaco de primeira linha um anti-inflamatório não esteroide (AINE), sendo o ibuprofeno a primeira escolha (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>4,13</sup>.
3. Na dor odontogénica aguda de intensidade moderada a intensa a terapêutica de primeira linha é a associação AINE com paracetamol (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>4</sup>.
4. Na dor odontogénica aguda de intensidade moderada a intensa, se a associação AINE com paracetamol<sup>4</sup> não for efetiva, deve associar-se um fármaco opioide, sendo a codeína a primeira escolha<sup>35</sup> (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A), se houver contra-indicação ou intolerância à codeína, esta deve ser substituída pelo tramadol.
5. Na dor odontogénica aguda muito intensa que não cede à associação paracetamol com AINE e com codeína, é mandatório ponderar a prescrição de opioides potentes (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>8</sup>.
6. A dor pós cirurgia de terceiros molares inclusos constitui o paradigma da dor pós operatória. No controlo da dor peri-operatória deve iniciar-se a analgesia antes da cirurgia (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C)<sup>6,13,22</sup>.
7. Na dor pós operatória, de intensidade ligeira ou moderada, o fármaco de primeira linha é o paracetamol (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>13,34</sup>.
8. Na dor pós operatória de intensidade ligeira ou moderada, acompanhada de marcado componente inflamatório, é fármaco de primeira linha um anti-inflamatório não esteroide (AINE)<sup>4,22</sup>, sendo o ibuprofeno, a primeira escolha<sup>4</sup> (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A).
9. Na dor pós operatória de intensidade moderada a intensa, deve associar-se ibuprofeno e paracetamol (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>4,22</sup>.

10. Na dor pós operatória de intensidade moderada a intensa, se a associação paracetamol com AINE não for efetiva deve associar-se um opioide (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)<sup>22</sup>.

11. Na terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides<sup>4,40</sup>:

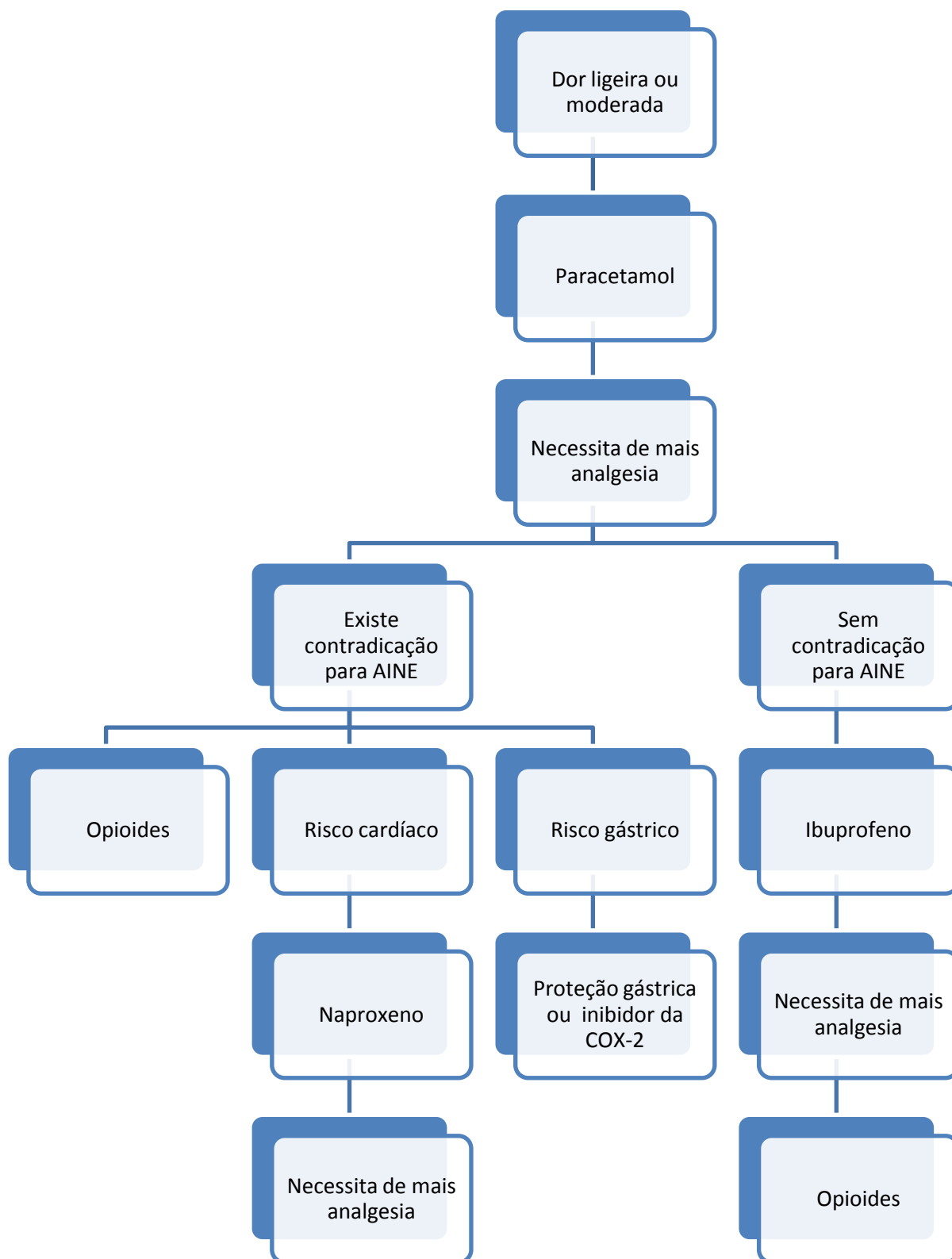
- i. São contraindicações relativas ao uso de AINE, a doença péptica ulcerosa, a asma e a insuficiência renal.
- ii. Se existirem sintomas gastrointestinais de novo, após a toma de anti-inflamatório, dever-se-á prescrever supressão ácida;
- iii. Nos utentes com alto risco cardiovascular, incluindo aqueles com eventos cardiovasculares prévios, o AINE de primeira linha é o naproxeno;
- iv. Os inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2 (inibidores da COX-2) devem ser reservados para utentes que, necessitando de um AINE, estão em risco acrescido de complicações gastrointestinais e não conseguem tolerar a associação entre um AINE clássico e um supressor da secreção ácida;
- v. Os inibidores da COX-2 não devem ser prescritos em utentes com doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica ou doença cerebrovascular estabelecida.

12. Utilização de analgésicos na gravidez e aleitamento:

- i. O paracetamol é, claramente, o analgésico de eleição em todos os estádios da gravidez e no aleitamento;
- ii. A prescrição de AINE está contraindicada no 3º trimestre de gravidez.

13. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

14. O algoritmo clínico – Prescrição de analgésicos em patologia dentária



14.O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica da Norma "Prescrição de Analgésicos em Patologia Dentária"				
Unidade: .....				
Data: _/ _/ _		Equipa Auditora:		
1: Prescrição de analgésicos em patologia dentária				
CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	EVIDÊNCIA/FONTE
Existe evidência de que na dor odontogénica aguda, de que são exemplo a pulpite, o abscesso periapical ou a pericoronarite, de intensidade ligeira ou moderada, o fármaco de primeira linha é o paracetamol				
Existe evidência de que na dor odontogénica aguda de intensidade ligeira ou moderada, acompanhada de marcado componente inflamatório, é fármaco de primeira linha um anti-inflamatório não esteroide (AINE)				
Existe evidência de que na dor odontogénica aguda de intensidade moderada a intensa a terapêutica de primeira linha é a associação AINE com paracetamol				
Existe evidência de que na dor odontogénica aguda de intensidade moderada a intensa, quando a associação AINE com paracetamol não é eficaz, é associado um fármaco opioide, sendo a codeína a primeira escolha				
Existe evidência de que na dor odontogénica aguda de intensidade moderada a intensa, quando a associação AINE com paracetamol não é efetiva e houver contra-indicação ou intolerância à codeína, esta deve ser substituída pelo tramadol, nessa associação				
Existe evidência da ponderação da prescrição de opioides na dor odontogénica aguda muito intensa, que não cede à associação paracetamol com AINE e com codeína				
Existe evidência de que a analgesia foi iniciada antes da cirurgia de terceiros molares inclusos				
Existe evidência de que na dor pós operatória, de intensidade ligeira ou moderada, o fármaco de primeira linha é o paracetamol				
Existe evidência de que na dor pós operatória de intensidade ligeira ou moderada, acompanhada de marcado componente inflamatório, é fármaco de primeira linha um anti-inflamatório não esteroide (AINE), sendo o ibuprofeno a primeira escolha				
Existe evidência de que na dor pós operatória de intensidade moderada a intensa, é associado ibuprofeno e paracetamol				
Existe evidência de que na dor pós operatória de intensidade moderada a intensa, quando a associação paracetamol com AINE não é efetiva, é associada a prescrição de um opioide				
Existe evidência de que na terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides, quando existem sintomas gastrointestinais de novo, após a toma de anti-inflamatório, é prescrita supressão ácida				
Existe evidência de que na terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides, os inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2 (inibidores da COX-2) são reservados para o utente que, necessitando de um AINE, está em risco acrescido de complicações gastrointestinais e não consegue tolerar a associação entre um AINE clássico e um supressor da secreção ácida				
Existe evidência de que nos doentes com alto risco cardiovascular, incluindo aqueles com eventos cardiovasculares prévios, o AINE de primeira linha é o naproxeno				
Existe evidência de que não é prescrita terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides (AINE) no utente com doença péptica ulcerosa, a asma e a insuficiência renal				
Existe evidência de que os inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2 (inibidores da COX-2) não são prescritos no utente com doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica ou doença cerebrovascular estabelecida				
Existe evidência de que no utente com alto risco cardiovascular, incluindo aqueles com eventos cardiovasculares prévios, o AINE de primeira linha é o naproxeno				
Existe evidência de que o paracetamol é o analgésico de eleição em todos os estádios da gravidez e no aleitamento				
Existe evidência de que não é prescrita terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides (AINE) no terceiro trimestre de gravidez				
<b>Sub-Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>ÍNDICE CONFORMIDADE</b>				<b>0%</b>

**Avaliação de cada padrão:**  $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

15.A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 29/12/2011 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

16.O texto de Apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## TEXTO DE APOIO

### Conceitos, definições e orientações

- A. Os graus de recomendação e os níveis de evidência são os adotados pela Direção-Geral da Saúde para a emissão das Normas clínicas<sup>40</sup>.
- B. Esta norma aplica-se à população de doentes, crianças, jovens e adultos em Patologia Dentária.
- C. Posologias médias dos fármacos mais utilizados são descritas no Anexo I, tabela 1 e 2.
- D. Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP) dor é a experiência desagradável sensorial e emocional associada a lesão tecidual estabelecida ou previsível. A dor é sempre subjetiva, constitui um importante mecanismo de sobrevivência e é o sintoma que acompanha transversalmente a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Na avaliação da dor devem utilizar-se escalas adequadas à idade e desenvolvimento cognitivo do doente.
- E. A dor odontogénica, por ser frequente, gera um elevado consumo de analgésicos e tem duas particularidades: por um lado, um componente inflamatório marcado (daí o sucesso dos AINE no seu controlo), por outro, pode ser eliminada ou minorada pelo tratamento dentário. A abordagem farmacológica da odontalgia deve, assim, ser encarada como terapêutica adjuvante.
- F. Durante o tratamento dentário, a dor é geralmente bem controlada pelos anestésicos locais, mas não pode negligenciar-se o controlo da dor no pós-operatório imediato, sob pena de se desenvolver um quadro hiperálgico. Assim sendo, a terapêutica analgésica deve ser efetiva e com um mínimo de efeitos secundários.
- G. A dor facial pode ser classificada, quanto à sua duração, em aguda e crónica:
  - a) A dor aguda tem início recente e duração limitada e inclui a dor peri- operatória;
  - b) A dor crónica é uma dor prolongada no tempo, habitualmente mais de três meses, pode não ter uma etiologia bem esclarecida e pode persistir depois do estímulo ter sido eliminado.
- H. Quanto à sua origem, a dor mio fascial é agrupada em várias categorias:
  - a) Odontogénica;
  - b) Miofacial;
  - c) Neuropática;
  - d) Neurovascular;
  - e) Psicogénica;
  - f) Outras.

## Fundamentação

- I. Os analgésicos inibem os impulsos nociceptivos ascendentes e/ou a sua interpretação.
- J. Os analgésicos convencionais podem ser agrupados em opioides e não opioides: os analgésicos opioides atuam nos recetores específicos para os opiáceos, enquanto os não opioides atuam na síntese das prostaglandinas.
- K. Os analgésicos não opioides, que incluem o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides (AINE), são fármacos que têm teto terapêutico (ou seja, a partir de certa dose não existe aumento da analgesia produzida).
- L. Paracetamol:
  - i. O mecanismo de ação é pouco claro, os mecanismos possíveis incluem a inibição das vias do óxido nítrico, a reversão da hiperalgesia induzida quer pelo N-metil-D-aspartato (NMDA), quer pela substância P e a interferência na síntese das prostaglandinas no sistema nervoso central (não interfere na síntese periférica das prostaglandinas, daí a ausência de atividade anti-inflamatória e, também por isso, não partilha dos efeitos secundários dos AINE);
    - a) É um fármaco seguro, efetivo no controlo da dor facial ligeira ou moderada;
    - b) No adulto o teto terapêutico atinge-se com 1g, daí a limitação do seu uso, em monoterapia, na dor intensa;
    - c) É hepatotóxico, a dose máxima são 4g/dia (nos alcoólicos 2g), o seu uso crónico (mais de cinco anos) e, especialmente em associação com AINE pode causar nefropatia;
    - d) A interação mais importante é com o álcool, devendo reduzir-se a dose para metade, com outros fármacos, como a fenitoína ou a zidovudina e em tratamentos de curta duração, não é preocupante o uso simultâneo do paracetamol.
- M. Anti-inflamatórios não esteroides:
  - a) Os AINE interferem nas enzimas ciclo-oxigenases, bloqueando a produção central e periférica das prostaglandinas;
  - b) Os AINE têm efeito analgésico e anti-inflamatório, mas é necessária uma dose mais alta para atingirem o máximo efeito anti-inflamatório; Para o ibuprofeno, o teto terapêutico analgésico, atinge-se aos 400mg mas aos 600mg obtemos maior efeito anti-inflamatório.
  - c) O efeito dos AINE pode ser maximizado, se for administrado antes da síntese das prostaglandinas como, por exemplo, antes de um procedimento cirúrgico;
  - d) Os AINE clássicos, de que o ibuprofeno é o paradigma e a primeira escolha, bloqueiam as enzimas COX-1 e COX-2;
  - e) No controlo da dor, em doentes hipocoagulados, o paracetamol é uma alternativa aos AINE;

- f) As interações medicamentosas assumem maior relevância quando a terapêutica tem duração superior a cinco dias.

#### H. Analgésicos opioides:

- a) Atuam ao nível do SNC e apenas a ação nos recetores  $\mu$  e  $\kappa$  é que tem relevância clínica. Podem agrupar-se em agonistas (atuam nos recetores  $\mu$  e  $\kappa$ ), agonistas-antagonistas (agonistas para os recetores  $\kappa$  e antagonistas para os  $\mu$ ) e agonistas parciais (atuam nos  $\mu$  e  $\kappa$  mas são menos potentes);
- b) Nos opioides agonistas incluem-se os alcaloides naturais (ex: morfina e codeína) os semissintéticos (ex: oxycodona) e os sintéticos (ex: tramadol e petidina);
- c) Dentro dos agonistas-antagonistas existem a nalbufina e a pentazocina e dentro dos agonistas parciais temos como exemplo a buprenorfina;
- d) São fármacos que não têm teto terapêutico e todos induzem, dose-dependente, depressão respiratória, sedação, obstipação, náuseas vómitos e alterações do humor. O uso crónico pode levar a tolerância ou a dependência física;
- e) Pode ocorrer adição em doentes com predisposição para a dependência química;
- f) Não devem associar-se ao álcool;
- g) Alergia à codeína, morfina, oxycodona ou hidromorfona contraindica o uso de qualquer outro opioide nesta classe estrutural. Se um opioide for necessário num doente com estas alergias, os sintéticos puros podem ser usados;
- h) O tramadol está incluído no grupo dos opioides, mas o mecanismo de ação é diferente. Para além da ação central nos recetores  $\mu$ , também atua na recaptção da serotonina e noradrenalina. Os efeitos adversos são semelhantes aos dos outros opioides, mas de menor magnitude. Pode ser usado, em alternativa à codeína, na dor moderada ou intensa (ainda que o seu uso esteja amplamente documentado na dor crónica e não na aguda). O efeito analgésico é maximizado quando em associação com o paracetamol ou AINE;
- i) O risco acrescido de comportamentos aditivos e os efeitos secundários tornam desejável que o uso dos opioides potentes decorra sempre em meio hospitalar.

#### I. Uso de analgésicos na gravidez e aleitamento:

- a) O tratamento ideal da dor odontogénica durante a gravidez é a eliminação da sua causa, através do tratamento dentário sob anestesia local;
- b) O paracetamol deve ser a primeira escolha;
- c) O uso de AINE está contraindicado no 3º trimestre de gravidez (aumentam o risco de contrações uterinas ineficazes e de hemorragia durante parto e podem levar ao encerramento precoce do canal arterial);



d) Se o paracetamol é insuficiente, os opioides são considerados aceitáveis durante a gravidez e aleitamento, providenciando que sejam utilizados por um curto período. O uso crónico pode resultar em dependência fetal, parto prematuro e atraso no crescimento.

J. Uso de analgésicos na criança:

- a) O paracetamol é considerado o fármaco de eleição;
- b) O ácido acetilsalicílico está contraindicado por poder potencialmente induzir a síndrome de Reye;
- c) Para dor mais severa, podem ser usados o ibuprofeno ou a codeína ou o tramadol.

K. Uso de analgésicos no doente idoso:

- a) O paracetamol é considerado o fármaco de eleição;
- b) Acautelar o risco de hemorragia gastrointestinal quando for necessário prescrever um AINE e não associar dois AINE;
- c) Os opioides, neste grupo, etário têm maior probabilidade de efeitos adversos, bem como durações de ação mais prolongadas.

## Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
  - i. Percentagem (%) de utentes inscritos com patologia dentária e prescrição de paracetamol
  - ii. Percentagem (%) de utentes com patologia dentária e prescrição de ibuprofeno;
  - iii. Percentagem (%) de utentes inscritos com patologia dentária, medicados com paracetamol e ibuprofeno
  - iv. Percentagem (%) do custo da prescrição de paracetamol no total das prescrições de analgésicos em inscritos com patologia dentária

- v. Percentagem (%) do custo da prescrição de ibuprofeno no total das prescrições de anti-inflamatórios não esteroides em inscritos com patologia dentária

### **Comité Científico**

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, da Ordem dos Médicos Dentistas e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos e a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos Dentistas.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por Ana Maldonado Fernandes e Pedro Trancoso (coordenação científica) e Paulo Melo.
- C. Foram subscritas declarações de inexistência de incompatibilidades de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma foi efetuada por Henrique Luz Rodrigues, responsável, no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde, pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas.

### **Coordenação executiva**

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Mário Carreira e Cristina Martins d'Arrábida.

### **Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas**

Pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Henrique Luz Rodrigues.

### **Siglas/Acrónimos**

Sigla/Acrónimo	Designação
AINE	Anti-inflamatório não esteroide
COX- 2	Ciclo-oxigenase 2
OMS	Organização Mundial da Saúde

### Referências Bibliográficas

1. Ahmad N et al. *The efficacy of nonopioid analgesics for postoperative dental pain: a Meta-analysis*. Anesth Prog 1997; 44:119-126.
2. Becker D, Phero J. *Drug Therapy in Dental Practice: Nonopioid and Opioid Analgesics*. Anesth Prog 2005; 52: 140-49.
3. Becker D, Phero J. *Rational Use of Analgesic Combinations*. Dent Clin North Am 2002; 40: 691-705.
4. Becker D. *Pain management: Part 1: Managing acute and postoperative dental pain*. Anesth Prog 2010; 57:67-79.
5. Ciccchetti A et al. *COX-2 Selective Inhibitors: A Literature Review for Analgesic Efficacy and Safety in Oral-maxillofacial surgery*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 97: 139-46.
6. Dionne RA et al. *Suppression of postoperative pain by preoperative administration of ibuprofen in comparison to placebo, acetaminophen, and acetaminophen plus codeine*. J Clin Pharmacol 1983; 23(1):37-43.
7. Dionne RA. *Therapeutic Uses of Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs in Dentistry*. Crit Rev Oral Biol Med 2001; 12: 315-30.
8. Donaldson M, Goodchild J. *Appropriate Analgesic Prescribing for the General Dentist*. Gen Dent 2010; 58: 291-7
9. Gaskell H, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. *Single dose oral oxycodone and oxycodone plus paracetamol (acetaminophen) for acute postoperative pain in adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD002763. DOI: 10.1002/14651858.CD002763.pub2
10. Greenwood et al. *General Medicine and Surgery for Dental Practitioners*. Part 7: Renal Disorders. British Dental Journal 2003; 195: 181-184.
11. *Guide to pain management in low-resource settings*. Edited by Andreas Kopf and Nilesh B. Patel. International Association for the Study of Pain. Seattle 2010.
12. Haas D. *Adverse Drugs Interaction in Dental Practice: Interactions Associated with Analgesics*. Part III in a series. J Am Dent Assoc 1999; 130: 397-407.
13. Haas D. *An update on analgesics for the management of acute postoperative dental pain*. J Can Dent Assoc 2002; 68(8):476-82.
14. Hargreaves K, Abbott PV. *Drugs for pain management in dentistry*. Aust Dent J. 2005; 50(4 Suppl 2):S14-22.
15. Hyllested M et al. *Comparative effect of paracetamol, NSAIDs or their combination in postoperative pain management: a qualitative review*. Br J Anaesth 2002; 88: 199-214.
16. Jackson DL et al. *Preoperative Nonsteroidal Anti-inflammatory Medication to the prevention of Postoperative Dental Pain*. J Am Dent Assoc 1989; 119: 641-47.

17. Kerr A. *Update on Renal Disease for The Dental Practitioner*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 92: 9-16.
18. Klasser J, Epstein J. *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: Confusion, Controversy and Dental Implications*. J Can Dent Assoc 2005; 71: 575-580.
19. Lockhart et al. *Dental Management Considerations for The Patient With An Acquired Coagulopathy*. Part 2: Coagulopathies from Drugs. British Dental Journal 2003; 195: 495-500.
20. MacDonald TM, Wei L. *Effect of Ibuprofen on Cardio-Protective Effect of Aspirin*. Lancet 2003; 361:573-74.
21. Mehlisch DR et al. *Multicenter Clinical Trial of Ibuprofen and Acetaminophen in the Treatment of Postoperative Pain*. J Am Dent Assoc 1990; 121: 257-63.
22. Mehlisch DR. *The Efficacy of combination analgesic therapy in relieving dental pain*. J Am Dent Assoc 2002; 13:861-871.
23. Mickel A. et al. *An Analysis of Current Analgesic Preferences for Endodontic Pain Management*. J Endod 2006; 32: 1146-1154.
24. Moore P et al. *Celecoxib and Rofecoxib. The role of COX-2 Inhibitors In Dental Practice*. J Am Dent Assoc 2001; 132: 451-6.
25. Moore P. *Pain Management in Dental Practice: Tramadol vs Codeine Combinations*. J Am Dent Assoc 1999; 130: 1075-1079.
26. Morse Z, Tump A, Kevelham E. *Ibuprofen as a pre-emptive analgesic is as effective as rofecoxib for mandibular third molar surgery*. Odontology. 2006 Sep;94(1):59-63.
27. Ong C et al. *Combining Paracetamol (acetaminophen) with Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: A Qualitative Systematic Review of Analgesic Efficacy for Acute Postoperative Pain*. Anaesthesia and Analgesia 2010; 110: 1170-1179.
28. Ong C et al. *Maximizing the Safety of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Use for Postoperative Dental Pain: An Evidence-based Approach*. Anesth Prog 50:62-74 2003.
29. Savage M, Henry M. *Preoperative Nonsteroidal Anti-inflammatory Agents: Review of the Literature*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98: 146-52.
30. Scully C, Cawson A. *Maxillofacial Trauma and Head Injury*. In: Scully C, Cawson A eds *Medical Problems in Dentistry*. Oxford, Reed Educational and Professional Publishing 2000; 454-469.
31. Scully C, Wolff A. *Oral Surgery in Patients on Anticoagulant Therapy*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94: 57-64.
32. Sprink M et al. *Clinical Implications of Cyclo-oxygenase-2 Inhibitors for Acute Dental Pain Management: Benefits and Risks*. J Am Dent Assoc 2001; 136: 1439-48.
33. Tate A, Acs G. *Dental Postoperative Pain Management in Children*. Dent Clin North Am 2002; 46: 707-717.

34. Toms L, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. *Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD001547. DOI: 10.1002/14651858.CD001547.pub2
35. Toms L, McQuay HJ, Derry S, Moore RA. *Single dose oral paracetamol (acetaminophen) for postoperative pain in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004602. DOI: 10.1002/14651858.CD004602.pub2
36. Vargas-Schaffer G. *Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience*. *Can Fam Physician* 2010; 56:514-7.
37. Weil K, Hooper L, Afzal Z, Esposito M, Worthington HV, van Wijk A, Coulthard P. *Paracetamol for pain relief after surgical removal of lower wisdom teeth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004487. DOI: 10.1002/14651858.CD004487.pub2
38. Wetherell J et al. *Management of acute dental pain: a practical approach for primary health care provider*. *Australian Prescriber* 2001; 24 (6):144-8.
39. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG de 14-06-2003 sobre A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
40. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 013/2011 de 27/06/2011 atualizada a 13/02/2013 – Anti-inflamatórios não esteroides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX -2. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132011-de-27062011-atualizada-a-13022013.aspx>
41. Direção-Geral da Saúde. Normas Clínicas, Graus de Recomendação e Níveis de Evidência. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>

**ANEXOS**

**Anexo I**

**Tabela 1 - Analgésicos não opioides**

<b>Adulto</b>	<b>Dose (mg)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Máximo diário (mg)</b>
<b>Paracetamol</b>	500-1000	C4-6h	4000
<b>Ibuprofeno</b>	400	C4-6h	2400
<b>Naproxeno</b>	275/250	C6-8h	1373
<b>Celecoxib</b>	200	1 vez ao dia	400

<b>Criança</b>	<b>Dose (mg)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Máximo diário (mg)</b>
<b>Paracetamol</b>	10-15mg/kg	C4-6h	65mg/kg
<b>Ibuprofeno</b>			
<b>2-12 anos</b>	10mg/kg	C6-8h	
<b>&gt; 12 anos</b>	200-400mg	C4h	<b>1200</b>

**Tabela 2 - Analgésicos opioides**

<b>Adulto</b>	<b>Dose (mg)</b>	<b>Frequência</b>
<b>Codeína*</b>	30-60	C4-6h
<b>Oxicodona</b>	5-10	C4-6h

<b>Criança</b>	<b>Dose (mg)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Máximo diário (mg)</b>
<b>Codeína*</b>	0.5-1mg/kg	C4-6h	3 mg/kg