

OPIOIDES NO PÓS-OPERATÓRIO: EQUILÍBRIO ENTRE CONTROLE DA DOR, EVENTOS ADVERSOS E RISCO DE DEPENDÊNCIA

POSTOPERATIVE OPIOIDS: BALANCING PAIN CONTROL, ADVERSE EVENTS, AND THE RISK OF DEPENDENCE

Frank Willier Arriel Avelar¹
Luiz Felipe Baratela Cuzzi²
Jailene Mercedes Ibáñez Herrera³
Diogo Nunes Melo⁴
Isabela Moraes Leal da Matta⁵

RESUMO: A dor aguda pós-operatória é um dos sintomas mais prevalentes associados aos procedimentos cirúrgicos e, quando mal controlada, associa-se a maior morbidade, recuperação funcional mais lenta e risco de cronificação. Os opioides seguem como ferramentas centrais no tratamento da dor de intensidade moderada a intensa nesse cenário, mas seu emprego exige conciliar eficácia analgésica, ocorrência de eventos adversos e potencial de uso prolongado e de dependência. Esta revisão narrativa, de caráter crítico e descritivo, teve por objetivo analisar as evidências disponíveis sobre o uso de opioides no pós-operatório, distinguindo o cuidado intra-hospitalar da prescrição após a alta. Realizou-se busca nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library e Google Scholar, priorizando publicações dos últimos quinze anos. Foram discutidos os fundamentos conceituais, a relevância clínica do controle inadequado da dor, a eficácia analgésica e os padrões de prescrição, os eventos adversos e a segurança, o uso persistente em pacientes sem exposição prévia, a tolerância, a hiperalgesia e a dependência, além de estratégias de redução de danos organizadas por perfil de risco. As evidências apontam que estratégias multimodais, prescrição criteriosa e seguimento após a alta são elementos decisivos para conciliar alívio efetivo da dor e segurança do paciente.

Palavras-chave: Analgésicos opioides. Dor pós-operatória. Analgesia. Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos. Transtornos relacionados ao uso de opioides.

ABSTRACT: Acute postoperative pain is one of the most prevalent symptoms associated with surgical procedures and, when poorly controlled, is associated with greater morbidity, slower functional recovery, and a risk of chronification. Opioids remain central tools for treating moderate to severe pain in this scenario, but their use requires reconciling analgesic efficacy, the occurrence of adverse events, and the potential for prolonged use and dependence. This narrative review, of a critical and descriptive nature, aimed to analyze the available evidence on the use of opioids in the postoperative period, distinguishing in-hospital care from prescribing after discharge. A search was conducted in the PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library, and Google Scholar databases, prioritizing publications from the last fifteen years. The conceptual foundations, the clinical relevance of inadequate pain control, analgesic efficacy and prescribing patterns, adverse events and safety, persistent use in opioid-naïve patients, tolerance, hyperalgesia, and dependence, as well as harm-reduction strategies organized by risk profile, were discussed. The evidence indicates that multimodal strategies, judicious prescribing, and post-discharge follow-up are decisive elements in reconciling effective pain relief and patient safety.

Keywords: Analgesics. Opioid. Pain. Postoperative. Analgesia. Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions. Opioid-Related Disorders.

¹ Médico. Graduado em PUC Minas.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Médico Graduado.

³ Médico Graduado em Universidad Técnica de Ambato (Ecuador).

⁴ Universidade de Itaúna.

⁵ Universidade Prof. Edson Antônio Velano (Unifenas) - Campus BH.

INTRODUÇÃO

A dor aguda pós-operatória figura entre os sintomas mais frequentes e temidos pelos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Embora o conhecimento sobre seus mecanismos e as opções terapêuticas tenham se expandido nas últimas décadas, o seu controle ainda é insatisfatório em muitos cenários assistenciais. Inquéritos com pacientes cirúrgicos mostram que a maior parte experimenta dor após a operação e que proporção expressiva a classifica como moderada a intensa, com menos da metade relatando alívio considerado adequado (APFELBAUM et al., 2003; GAN et al., 2014). Persistir nesse subtratamento é clinicamente relevante, pois a dor mal controlada compromete a recuperação e pode favorecer a transição para dor crônica.

Os opioides reduzem a transmissão e a percepção dolorosa por meio da ativação de receptores opioides, sobretudo do subtipo mu, em estruturas centrais e periféricas. Essa potência analgésica explica seu papel histórico no tratamento da dor de maior intensidade, especialmente em cirurgias de grande porte ou quando outras classes se mostram insuficientes (WU; RAJA, 2011; CHOU et al., 2016). A mesma ativação responsável pela analgesia, contudo, produz efeitos indesejáveis que vão de náuseas e constipação à depressão respiratória, além de fenômenos como tolerância e hiperalgesia.

O problema central deste artigo reside justamente nessa dualidade. A subanalgesia produz sofrimento e atrasa a reabilitação; o uso excessivo ou prolongado expõe o paciente a eventos adversos e ao risco de uso persistente e de transtorno por uso de opioides (VOLKOW; McLELLAN, 2016). A crise dos opioides observada na América do Norte trouxe à tona um dado antes negligenciado: a cirurgia costuma ser a primeira exposição do paciente a essas substâncias, e parcela não desprezível de indivíduos sem uso prévio mantém o consumo meses após o procedimento (BRUMMETT et al., 2017; SUN et al., 2016; CLARKE et al., 2014).

Esse reconhecimento ampliou o escopo da discussão. Mais do que o controle da dor durante a internação, passou-se a examinar a prescrição realizada no momento da alta, as sobras de medicamentos e o seguimento ambulatorial, etapas em que se concentra grande parte do risco de uso prolongado (NEUMAN; BATEMAN; WUNSCH, 2019; BRAT et al., 2018). A literatura internacional sobre o tema é vasta, porém heterogênea, e foi produzida majoritariamente em contextos com padrões de prescrição e organização de serviços distintos dos brasileiros, nos quais a dor pós-operatória ainda é frequentemente subdiagnosticada e subtratada (OLIVEIRA et al., 2013).

Diante dessas lacunas, o objetivo deste artigo é revisar criticamente as evidências disponíveis sobre o uso de opioides no pós-operatório, articulando o controle da dor, os eventos adversos e o risco de uso persistente e dependência. Pretende-se diferenciar o manejo intrahospitalar da prescrição após a alta, discutir as limitações dos estudos disponíveis, ponderar a tensão entre subtratamento e prescrição excessiva e propor estratégias de redução de danos organizadas por perfil de risco, com atenção às particularidades do contexto nacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem crítica e descritiva, voltada à análise e à síntese qualitativa das evidências sobre o uso de opioides no controle da dor pós-operatória. Optou-se por esse delineamento por permitir integrar fontes de naturezas distintas — diretrizes, consensos, revisões, ensaios clínicos e estudos observacionais — e discutir, de forma aprofundada, aspectos conceituais, clínicos e de segurança que não se esgotam em uma única pergunta estruturada.

A busca bibliográfica foi conduzida no primeiro semestre de 2026, entre janeiro e maio, com última atualização em 30 de maio de 2026, nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library e Google Scholar. Utilizaram-se descritores em português, compatíveis com o vocabulário DeCS — analgésicos opioides, dor pós-operatória, analgesia, efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos e transtornos relacionados ao uso de opioides —, e em inglês, compatíveis com o MeSH — analgesics, opioid; pain, postoperative; analgesia; drug-related side effects and adverse reactions; e opioid-related disorders —, complementados por termos livres como persistent opioid use, opioid-naive, opioid-sparing, multimodal analgesia e enhanced recovery.

Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, com adaptações sintáticas conforme cada interface. A título de exemplo, foram empregadas combinações como: (“analgesics, opioid” AND “pain, postoperative” AND “drug-related side effects and adverse reactions”); (“persistent opioid use” OR “prolonged opioid use”) AND surgery AND “opioid-naive”; e (“multimodal analgesia” OR “opioid-sparing”) AND (“postoperative pain” OR “enhanced recovery”). Na base SciELO, utilizou-se a combinação (“analgésicos opioides” AND “dor pós-operatória” AND (dependência OR “eventos adversos”)).

Foram considerados elegíveis estudos publicados em português, inglês ou espanhol que abordassem o uso de opioides no perioperatório e suas implicações, incluindo diretrizes clínicas,

consensos, revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte. Adotaram-se como critérios de exclusão materiais fora do escopo temático, publicações duplicadas, estudos com fragilidades metodológicas que comprometessem a confiabilidade dos achados, textos sem informações essenciais e fontes sem respaldo científico adequado. Priorizaram-se publicações dos últimos quinze anos; estudos clássicos, como a descrição original do conceito de analgesia multimodal, foram mantidos por sustentarem fundamentos conceituais indispensáveis à compreensão do tema.

A seleção ocorreu em etapas sucessivas: triagem de títulos e resumos, leitura integral dos textos potencialmente pertinentes e escolha final orientada pela qualidade metodológica, pela relevância clínica e pela representatividade das diferentes perspectivas. O conjunto final privilegiou diretrizes, revisões sistemáticas e estudos de coorte de maior impacto, que melhor representavam o espectro de evidências sobre eficácia, segurança e uso persistente, e foi submetido à conferência da correspondência entre cada afirmação e a respectiva fonte. Ressalta-se que esta revisão não tem caráter sistemático: não houve registro de protocolo, busca exaustiva com seleção pareada, avaliação formal do risco de viés nem síntese quantitativa, tampouco adesão ao protocolo PRISMA. Reconhece-se, assim, a possibilidade de viés de seleção, limitação inerente ao método narrativo, cujo valor reside na capacidade de síntese crítica e de contextualização das evidências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E DA ANALGESIA COM OPIOIDES

A dor pós-operatória é uma dor aguda de início previsível, resultante da lesão tecidual cirúrgica e da resposta inflamatória subsequente. Fenômeno multidimensional, combina componentes nociceptivos, inflamatórios e, eventualmente, neuropáticos, sobre os quais incidem fatores emocionais e cognitivos. Sua intensidade decorre da ativação e da sensibilização de vias nociceptivas periféricas e centrais, processo que, quando não modulado, pode amplificar a resposta dolorosa e contribuir para a cronificação (WU; RAJA, 2011).

Os opioides atuam principalmente sobre receptores mu, presentes em níveis supraespinal, espinal e periférico, o que lhes confere elevada eficácia em dores intensas. A compreensão contemporânea do controle da dor, no entanto, não se restringe a um único agente. Desde a formulação do conceito de analgesia multimodal, ou balanceada, consolidou-se a ideia

de combinar fármacos e técnicas com mecanismos distintos para somar efeitos analgésicos e, ao mesmo tempo, reduzir a dose de cada agente e seus efeitos adversos (KEHLET; DAHL, 1993).

Na prática, essa combinação costuma articular analgésicos não opioides — como paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides —, adjuvantes e técnicas de analgesia regional, reservando o opioide para resgate ou para a fração da dor não controlada pelos demais componentes (WICK; GRANT; WU, 2017). Os opioides deixam, assim, de ser a base isolada e passam a integrar um plano analgésico estruturado, posição reforçada pelas diretrizes contemporâneas (CHOU et al., 2016).

Os objetivos do controle da dor extrapolam o alívio sintomático imediato e incluem a recuperação funcional precoce, a redução de complicações e a prevenção da cronificação. Sob essa ótica, a analgesia integra-se a programas de recuperação acelerada após a cirurgia, nos quais o controle da dor é um entre vários componentes voltados a atenuar a resposta ao estresse cirúrgico e a antecipar a reabilitação (LJUNGQVIST; SCOTT; FEARON, 2017).

RELEVÂNCIA CLÍNICA DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E DO CONTROLE INADEQUADO

A importância clínica da dor pós-operatória decorre de sua frequência e de suas repercussões. Inquéritos com pacientes cirúrgicos indicam que a maioria experimenta dor após o procedimento, com parcela considerável classificando-a como moderada a intensa, mesmo diante da disponibilidade de múltiplas estratégias analgésicas (APFELBAUM et al., 2003; GAN et al., 2014). A persistência desse quadro ao longo de diferentes períodos sugere que a distância entre o conhecimento disponível e a prática efetiva permanece, refletindo dificuldades na implementação consistente de protocolos.

No Brasil, há indícios de que a dor pós-operatória continua subdiagnosticada e subtratada. Análise de registros em prontuários identificou que parcela relevante dos pacientes com dor não recebeu analgesia e que houve associação significativa entre a intensidade da dor e o tempo de pós-operatório, achados que apontam para deficiências na avaliação sistemática e no registro do sintoma (OLIVEIRA et al., 2013). Tais lacunas dizem respeito menos à escolha do fármaco e mais à cultura institucional de mensuração e tratamento da dor.

As consequências do controle insuficiente são amplas: maior sofrimento, atraso na deambulação e na recuperação funcional, prolongamento da internação e maior risco de complicações. Além disso, a dor aguda intensa e mal manejada é reconhecida como fator

potencialmente associado à dor crônica pós-cirúrgica, condição de difícil tratamento e elevado impacto sobre a qualidade de vida (WU; RAJA, 2011).

A preocupação com o subtratamento, contudo, não autoriza o uso indiscriminado de opioides. O reconhecimento de que a dor mal controlada é prejudicial convive com a constatação de que o uso inadequado dessas substâncias também causa danos. Aprimorar o cuidado, portanto, não significa apenas oferecer mais analgesia, mas qualificar a prescrição e organizá-la institucionalmente, preferencialmente com apoio de equipes com experiência no manejo da dor (OLIVEIRA et al., 2013).

EFICÁCIA ANALGÉSICA, ANALGESIA MULTIMODAL E PADRÕES DE PRESCRIÇÃO

A eficácia dos opioides no controle da dor pós-operatória moderada a intensa é bem documentada. Entre as modalidades de administração, a analgesia controlada pelo paciente permite a autoadministração de pequenas doses sob demanda. Revisão sistemática da Cochrane mostrou que essa técnica oferece melhor controle da dor e maior satisfação do que a analgesia parenteral convencional administrada conforme a necessidade, embora se associe a maior consumo de opioides e a mais prurido, sem diferença no tempo de internação e com incidência semelhante de outros eventos adversos (McNICOL; FERGUSON; HUDCOVA, 2015). Esse contraste ilustra que ganhos em conforto podem vir acompanhados de maior exposição ao fármaco.

6

As diretrizes não recomendam o opioide isolado como estratégia preferencial. Documentos elaborados por sociedades de dor e de anestesiologia, fundamentados em revisões da evidência, orientam o uso rotineiro de analgesia multimodal e a individualização do tratamento (CHOU et al., 2016). Na prática, isso significa empregar componentes de base com perfis de segurança favoráveis — paracetamol e, quando não contraindicados, anti-inflamatórios não esteroides — somados a adjuvantes e a técnicas regionais, reservando o opioide para a dor residual; revisões demonstram que esses adjuvantes reduzem de forma consistente o consumo de opioides (WICK; GRANT; WU, 2017).

Cresce, ainda, o reconhecimento de que as recomendações devem ser específicas para cada procedimento, uma vez que o padrão e a intensidade da dor variam conforme o tipo de cirurgia. Iniciativas que constroem recomendações procedimento-específicas buscam superar a limitação de orientações genéricas, ajustando a combinação analgésica ao trauma esperado (JOSHI; VAN DE VELDE; KEHLET, 2019).

Quanto aos padrões de prescrição, observa-se ampla variação na quantidade de opioides prescritos após cirurgias, com prescrição frequentemente superior ao consumo efetivo (THIELS et al., 2017). Como consequência, parcela substancial dos comprimidos prescritos permanece sem uso, criando reservatórios domiciliares passíveis de uso indevido e desvio (BICKET et al., 2017). É preciso, portanto, distinguir a analgesia administrada durante a internação, sob supervisão, da prescrição feita no momento da alta, que escapa ao monitoramento direto e concentra parte importante do risco. Estudo de coorte em pacientes sem uso prévio mostrou que a duração da prescrição, mais do que a dose, associa-se ao uso indevido subsequente, com aumento do risco a cada renovação ou semana adicional de uso (BRAT et al., 2018). Diretrizes recentes, por sua vez, orientam, para a dor aguda, a priorização de terapias não opioides e a limitação da quantidade e do tempo de prescrição quando o opioide for indicado (DOWELL et al., 2022).

EVENTOS ADVERSOS, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA E SEGURANÇA DO PACIENTE

O perfil de eventos adversos dos opioides é amplo. Entre as manifestações mais comuns estão náuseas e vômitos, prurido, sedação, constipação, retenção urinária e alterações do estado mental; entre as mais graves, a depressão respiratória. Em pacientes cirúrgicos hospitalizados, náuseas e vômitos foram os eventos mais frequentes, seguidos de prurido e de alterações do estado mental, com ocorrência também de eventos respiratórios (ODERDA et al., 2007).

Esses eventos não afetam apenas o conforto: repercutem sobre indicadores assistenciais. O mesmo estudo demonstrou aumento significativo do tempo de internação e dos custos hospitalares entre os pacientes que os apresentaram, além de maior frequência em quem recebeu doses mais altas, evidenciando relação entre dose e risco (ODERDA et al., 2007). Essa associação fundamenta, por motivos de segurança e não apenas de eficácia, as estratégias que limitam a exposição ao opioide.

A depressão respiratória, ainda que menos frequente que os efeitos gastrointestinais, exige atenção pela gravidade potencial. Análise de eventos respiratórios induzidos por opioides indicou que se trata, em boa parte dos casos, de complicação prevenível, frequentemente associada à coadministração de outros depressores do sistema nervoso central e à monitorização insuficiente, com episódios concentrados nas primeiras horas após a cirurgia (LEE et al., 2015). Como a sedação costuma anteceder a depressão respiratória, a vigilância do nível de sedação e

a cautela com associações sedativas constituem medidas práticas de prevenção, sobretudo em pacientes com apneia do sono, obesidade, idade avançada ou comprometimento respiratório.

Soma-se a esse quadro a hiperalgesia induzida por opioides, na qual a exposição pode aumentar paradoxalmente a sensibilidade à dor, elevando o consumo de analgésicos e dificultando o controle (ANGST; CLARK, 2006; WU; RAJA, 2011). A Tabela 1 sintetiza os principais eventos adversos e condutas práticas de prevenção e manejo.

Tabela 1 – Eventos adversos associados aos opioides no pós-operatório e condutas práticas

Evento adverso	Manifestações	Conduta prática de prevenção e manejo
Náuseas e vômitos	Desconforto, intolerância à dieta, atraso na realimentação	Profilaxia antiemética em pacientes de risco; uso de adjuvantes para poupar opioide
Sedação e depressão respiratória	Sonolência progressiva, queda da frequência respiratória, hipóxia	Monitorar o nível de sedação; evitar associação com outros sedativos; cautela em apneia do sono, obesidade e idosos
Prurido	Coceira, mais comum com administração neuroaxial	Reduzir a dose quando possível; considerar troca de via ou de agente
Constipação e retenção urinária	Redução do trânsito intestinal, dificuldade miccional	Medidas profiláticas intestinais; avaliação miccional; preferir esquemas poupadores de opioide
Delirium e alteração do estado mental	Confusão, desorientação	Atenção redobrada em idosos; revisar doses e fármacos concomitantes
Hiperalgesia induzida por opioides	Aumento paradoxal da sensibilidade à dor	Considerar quando a dor aumenta apesar da elevação da dose; reavaliar a estratégia e reforçar adjuvantes

Fonte: Elaborada pelos autores com base na literatura revisada (ODERDA et al., 2007; LEE et al., 2015; ANGST; CLARK, 2006; WU; RAJA, 2011).

DA ANALGESIA INTRA-HOSPITALAR À PRESCRIÇÃO NA ALTA: USO PERSISTENTE, TOLERÂNCIA, HIPERALGESIA E DEPENDÊNCIA

A distinção entre o cuidado durante a internação e a prescrição no momento da alta é central para compreender o risco associado aos opioides. No ambiente hospitalar, a administração ocorre sob supervisão, com monitorização e possibilidade de ajuste imediato. Após a alta, o paciente passa a gerir o medicamento em domicílio, sem vigilância direta, situação em que a quantidade prescrita e a duração do tratamento adquirem peso decisivo sobre os desfechos (NEUMAN; BATEMAN; WUNSCH, 2019).

É nesse intervalo que se manifesta um dos riscos mais relevantes: o uso persistente em pacientes anteriormente sem exposição a opioides. Estudo de coorte de grande porte evidenciou que parcela importante desses pacientes mantinha o consumo meses após a cirurgia, com incidência semelhante entre procedimentos de menor e de maior porte e claramente superior à

de indivíduos não operados (BRUMMETT et al., 2017). Resultados análogos foram descritos em outra coorte de pacientes sem uso prévio, que identificou incidência e fatores de risco para o uso prolongado (SUN et al., 2016), e em estudo populacional após cirurgias de grande porte (CLARKE et al., 2014).

Dois aspectos merecem leitura crítica. Primeiro, a semelhança das taxas entre cirurgias de pequeno e grande porte sugere que o uso persistente não é explicado apenas pela magnitude do trauma cirúrgico ou pela intensidade da dor, mas também por fatores comportamentais e por condições dolorosas preexistentes (BRUMMETT et al., 2017). Segundo, a maior parte dessa evidência provém de estudos observacionais baseados em bancos de dados administrativos, sujeitos a fatores de confusão, a variações nas definições de uso persistente e a limitações na verificação do consumo real, o que recomenda cautela na interpretação das estimativas.

Do ponto de vista farmacológico, convém diferenciar conceitos com frequência confundidos. A tolerância é a necessidade de doses crescentes para o mesmo efeito; a dependência física manifesta-se por sintomas de abstinência à interrupção abrupta; e o transtorno por uso de opioides caracteriza-se por padrão compulsivo e prejudicial de uso. A literatura adverte que confusões entre essas noções comprometem tanto a segurança quanto o acesso à analgesia, e que medidas de mitigação devem assentar-se em evidências, e não em receios genéricos (VOLKOW; McLELLAN, 2016).

A hiperalgesia induzida por opioides e a tolerância aguda, por sua vez, podem alimentar um ciclo de aumento da dose com piora paradoxal da dor, sobretudo quando se recorre a doses elevadas para vencer uma dor de difícil controle (COLVIN; BULL; HALES, 2019; ANGST; CLARK, 2006). Reconhecer esse fenômeno evita a escalada automática da dose e estimula a revisão da estratégia analgésica. A Tabela 2 reúne os principais fatores de risco para uso persistente e indica como avaliá-los na prática clínica.

Tabela 2 – Fatores de risco para uso persistente de opioides e avaliação prática

Fator de risco	Descrição	Como avaliar na prática
Uso prévio de substâncias	Histórico de opioides, álcool ou outras substâncias	Anamnese dirigida; revisão de prescrições prévias
Dor crônica preexistente	Quadros dolorosos anteriores à cirurgia	Investigar dor crônica e uso prévio de analgésicos
Transtornos de humor e ansiedade	Comorbidades comportamentais e psiquiátricas	Rastreamento de ansiedade, depressão e catastrofização da dor
Dose e, sobretudo, duração da prescrição	Maior tempo de exposição inicial eleva o risco de uso indevido	Definir quantidade e duração previamente; evitar renovações automáticas

Fator de risco	Descrição	Como avaliar na prática
Prescrição excessiva e sobras	Comprimidos não utilizados ampliam uso indevido e desvio	Ajustar a quantidade ao consumo esperado; orientar descarte

Fonte: Elaborada pelos autores com base na literatura revisada (BRUMMETT et al., 2017; SUN et al., 2016; CLARKE et al., 2014; BRAT et al., 2018; VOLKOW; McLELLAN, 2016).

ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS E RECOMENDAÇÕES POR PERFIL DE RISCO

A redução de danos no uso de opioides combina escolhas farmacológicas, organização do cuidado e participação do paciente. O componente farmacológico apoia-se na analgesia multimodal, que, operacionalmente, significa instituir uma base de analgésicos não opioides — habitualmente paracetamol associado a um anti-inflamatório não esteroide, quando não houver contraindicação — e acrescentar, conforme o procedimento, adjuvantes e técnicas de analgesia regional, mantendo o opioide para a dor residual ou de resgate (WICK; GRANT; WU, 2017; CHOU et al., 2016). Em programas de recuperação acelerada, essa abordagem integra-se a medidas de mobilização e realimentação precoces (LJUNGQVIST; SCOTT; FEARON, 2017).

A adequação ao tipo de cirurgia é igualmente importante. Recomendações procedimento-específicas e consensos de prescrição para procedimentos comuns ajudam a calibrar a quantidade prescrita à dor efetivamente esperada, reduzindo tanto o subtratamento quanto o excesso (JOSHI; VAN DE VELDE; KEHLET, 2019; OVERTON et al., 2018). Em pacientes sem exposição prévia, recomenda-se explicitamente minimizar a quantidade e a duração do opioide, dada a relevância desse grupo para o uso persistente (WU et al., 2019; BRAT et al., 2018).

A dimensão educativa é decisiva. Orientar o paciente e os cuidadores sobre o uso correto, os riscos, os sinais de alerta e a importância de não compartilhar os comprimidos favorece a segurança, assim como instruções claras sobre o descarte das sobras, que reduzem o reservatório domiciliar e o potencial de desvio (BICKET et al., 2017). Modalidades não farmacológicas também podem compor a estratégia, e as diretrizes recomendam considerá-las como parte da abordagem multimodal, sobretudo intervenções de caráter cognitivo-comportamental, ainda que a magnitude do benefício no pós-operatório agudo varie entre os estudos (CHOU et al., 2016).

No plano organizacional, protocolos institucionais, seguimento após a alta e atuação de equipes especializadas qualificam o cuidado. Evidências nacionais indicam que uma abordagem multimodal coordenada por serviço especializado pode reduzir a prevalência de dor pós-

operatória (OLIVEIRA et al., 2013). A Tabela 3 detalha os componentes da analgesia multimodal, e a Tabela 4 organiza recomendações segundo o perfil de risco do paciente.

Tabela 3 – Componentes da analgesia multimodal e papel na estratégia poupadora de opioides

Componente	Exemplos e racional	Papel poupador de opioide
Analgésicos de base	Paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides (quando não contraindicados)	Reduzem o consumo de opioides e a intensidade da dor de base
Adjuvantes	Agentes com mecanismos complementares utilizados conforme indicação	Atuam em vias distintas, somando efeito analgésico
Analgesia regional	Bloqueios e técnicas locorregionais conforme o procedimento	Controle localizado da dor, com menor necessidade de opioide sistêmico
Opioide de resgate	Reservado à dor residual não controlada pelos demais componentes	Uso pontual, na menor quantidade necessária
Modalidades farmacológicas não	Estratégias comportamentais e de manejo da ansiedade	Complementam o controle da dor e abordam fatores psicológicos

Fonte: Elaborada pelos autores com base na literatura revisada (KEHLET; DAHL, 1993; WICK; GRANT; WU, 2017; CHOU et al., 2016).

Tabela 4 – Recomendações práticas segundo o perfil de risco para uso persistente e eventos adversos

Domínio	Baixo risco	Risco intermediário	Alto risco
Avaliação pré-operatória	Anamnese padrão da dor	Rastreamento de dor crônica e fatores psicossociais	Avaliação detalhada; considerar apoio especializado
Analgesia de base	Multimodal não opioide	Multimodal reforçada	Multimodal e técnicas regionais; preferir esquemas poupadores
Uso de opioide (dose/duração)	Resgate pontual, por poucos dias	Quantidade limitada e reavaliação precoce	Opioide apenas se indispensável; menor exposição possível
Orientação e descarte	Orientação básica e descarte de sobras	Orientação reforçada	Orientação detalhada; plano de descarte
Seguimento após a alta	Conforme rotina	Contato precoce para reavaliação	Seguimento estruturado e plano de redução
Sinais de alerta	Dor não controlada	Dor persistente; pedido de renovação	Necessidade crescente; sinais de uso problemático

Fonte: Elaborada pelos autores com base na literatura revisada (DOWELL et al., 2022; WU et al., 2019; BRAT et al., 2018; BICKET et al., 2017; OVERTON et al., 2018).

CONTROVÉRSIAS, LIMITAÇÕES DA LITERATURA E DESAFIOS PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

A leitura crítica das evidências revela limitações que condicionam sua aplicação. A heterogeneidade dos procedimentos cirúrgicos, das populações e dos esquemas analgésicos dificulta a comparação entre estudos e a generalização dos achados. A própria definição de uso persistente varia entre as publicações, o que produz estimativas díspares e compromete a construção de parâmetros uniformes (BRUMMETT et al., 2017; NEUMAN; BATEMAN; WUNSCH, 2019).

Grande parte das evidências sobre uso prolongado origina-se de estudos observacionais com bancos de dados administrativos. Embora valiosos por sua escala, esses estudos estão sujeitos a fatores de confusão não medidos, a imprecisões na aferição do consumo e à impossibilidade de estabelecer causalidade, o que recomenda interpretar associações como sinais de alerta, e não como certezas. Soma-se a isso o predomínio de pesquisas oriundas de países de alta renda, com padrões de prescrição, disponibilidade de fármacos e modelos de atenção distintos dos brasileiros, de modo que a transposição direta dessas recomendações exige adaptação ao contexto local (OLIVEIRA et al., 2013).

Uma tensão atravessa todo o tema: a necessidade de evitar o subtratamento da dor sem incorrer na prescrição excessiva. O receio do desenvolvimento de dependência pode levar à restrição indevida da analgesia, com prejuízo à recuperação, enquanto a generosidade não criteriosa amplia a exposição e o risco de uso persistente. A literatura sugere que nenhuma das posições extremas é defensável e que a conduta apropriada repousa sobre a avaliação individualizada do risco e do benefício (VOLKOW; McLELLAN, 2016).

Há, por fim, barreiras concretas à implementação das estratégias recomendadas. Limitações de recursos, variabilidade de práticas entre profissionais e instituições, mensuração inconsistente da dor e dificuldades no seguimento após a alta reduzem a efetividade das medidas. A persistência de elevada prevalência de dor não controlada, descrita em diferentes cenários, indica que a tradução do conhecimento em prática permanece incompleta (APFELBAUM et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2013).

PERSPECTIVAS FUTURAS

As perspectivas apontam para um cuidado progressivamente orientado pelo risco. O desenvolvimento e a validação de instrumentos capazes de identificar precocemente pacientes mais vulneráveis ao uso prolongado e aos eventos adversos podem direcionar intervenções

preventivas e ajustar a intensidade do acompanhamento (BRUMMETT et al., 2017; SUN et al., 2016). A incorporação responsável de ferramentas de apoio à decisão a esse processo de estratificação merece atenção, desde que validada em populações cirúrgicas e que preserve o julgamento clínico.

A consolidação de protocolos de analgesia multimodal e de recomendações procedimento-específicas, integrados a programas de recuperação acelerada e ao seguimento após a alta, tende a fortalecer a relação entre eficácia e segurança (JOSHI; VAN DE VELDE; KEHLET, 2019; LJUNGQVIST; SCOTT; FEARON, 2017). A articulação entre equipes cirúrgicas, anestésicas e de manejo da dor, com fluxos definidos de comunicação e a figura de serviços de transição de cuidado, é elemento-chave para a continuidade da assistência.

A educação permanente das equipes e dos pacientes é igualmente estratégica, já que parte expressiva dos desafios decorre de lacunas de conhecimento e de variabilidade de condutas. A inclusão de princípios de prescrição responsável na formação e na atualização profissional, somada a políticas institucionais claras, pode favorecer mudanças sustentáveis (DOWELL et al., 2022).

Por fim, são necessárias pesquisas nacionais que avaliem, em condições reais, a efetividade e a segurança das diferentes estratégias, considerando as particularidades do sistema de saúde brasileiro. Estudos sobre padrões de prescrição na alta, desfechos de longo prazo e impacto de intervenções organizacionais são fundamentais para subsidiar recomendações contextualizadas e para reduzir a distância entre a evidência internacional e a prática local (OLIVEIRA et al., 2013).

CONCLUSÃO

Esta revisão buscou analisar criticamente as evidências sobre o uso de opioides no pós-operatório, articulando controle da dor, eventos adversos e risco de uso persistente e dependência. Em resposta ao objetivo proposto, a síntese realizada mostra que os opioides seguem indispensáveis para a dor moderada a intensa, mas que sua segurança depende menos de condutas isoladas e mais da forma como se organiza todo o percurso analgésico, da internação ao período após a alta.

Os achados convergem em alguns pontos. O controle inadequado da dor ainda é frequente e prejudicial; os eventos adversos, incluindo a depressão respiratória, relacionam-se à dose e à monitorização; e o uso persistente em pacientes sem exposição prévia associa-se mais à duração da prescrição e a fatores comportamentais do que à magnitude do trauma cirúrgico.

As estratégias com melhor sustentação combinam analgesia multimodal, recomendações ajustadas ao procedimento, prescrição parcimoniosa na alta, educação do paciente, descarte das sobras e seguimento estruturado, idealmente apoiadas por protocolos institucionais.

Como revisão narrativa, este trabalho está sujeito a viés de seleção e não realizou avaliação formal do risco de viés nem síntese quantitativa; ademais, apoia-se sobretudo em estudos observacionais e em evidências geradas fora do contexto brasileiro, o que limita a generalização. Tais ressalvas não invalidam as orientações apresentadas, mas circunscrevem seu alcance e reforçam a necessidade de cautela na transposição direta para a realidade nacional.

Na prática clínica, recomenda-se individualizar a abordagem conforme o perfil de risco, distinguir claramente o cuidado intra-hospitalar da prescrição na alta e incorporar o seguimento como parte do plano analgésico. Para a pesquisa, destacam-se como lacunas prioritárias a padronização das definições de uso persistente, a validação de instrumentos de estratificação de risco em populações cirúrgicas e a produção de dados brasileiros sobre prescrição na alta e desfechos de longo prazo. O equilíbrio buscado entre alívio da dor e segurança não resulta de fórmulas fixas, mas de decisões fundamentadas, contextualizadas e continuamente reavaliadas.

REFERÊNCIAS

ANGST, Martin S.; CLARK, J. David. Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, Hagerstown, v. 104, n. 3, p. 570-587, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/0000542-200603000-00025>. Acesso em: 16 jun. 2026.

APFELBAUM, Jeffrey L.; CHEN, Connie; MEHTA, Shilpa S.; GAN, Tong J. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, Baltimore, v. 97, n. 2, p. 534-540, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000068822.10113.9E>. Acesso em: 16 jun. 2026.

BICKET, Mark C. et al. Prescription opioid analgesics commonly unused after surgery: a systematic review. *JAMA Surgery*, Chicago, v. 152, n. 11, p. 1066-1071, 2017.

BRAT, Gabriel A. et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ*, London, v. 360, art. j5790, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5790>. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRUMMETT, Chad M. et al. New persistent opioid use after minor and major surgical procedures in US adults. *JAMA Surgery*, Chicago, v. 152, n. 6, p. e170504, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0504>. Acesso em: 16 jun. 2026.

CHOU, Roger et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive

Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, Philadelphia, v. 17, n. 2, p. 131-157, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>. Acesso em: 16 jun. 2026.

CLARKE, Hance et al. Rates and risk factors for prolonged opioid use after major surgery: population based cohort study. *BMJ*, London, v. 348, p. g1251, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1251>. Acesso em: 16 jun. 2026.

COLVIN, Lesley A.; BULL, Fiona; HALES, Tim G. Perioperative opioid analgesia: when is enough too much? A review of opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *The Lancet*, London, v. 393, n. 10180, p. 1558-1568, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30430-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30430-1). Acesso em: 16 jun. 2026.

DOWELL, Deborah et al. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain: United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*, Atlanta, v. 71, n. 3, p. 1-95, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr17103a1.htm>. Acesso em: 16 jun. 2026.

GAN, Tong J. et al. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion*, London, v. 30, n. 1, p. 149-160, 2014.

JOSHI, Girish P.; VAN DE VELDE, Marc; KEHLET, Henrik. Development of evidence-based recommendations for procedure-specific pain management: PROSPECT methodology. *Anaesthesia*, Oxford, v. 74, n. 10, p. 1298-1304, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.14776>. Acesso em: 16 jun. 2026.

KEHLET, Henrik; DAHL, Jørgen B. The value of “multimodal” or “balanced analgesia” in postoperative pain treatment. *Anesthesia and Analgesia*, Baltimore, v. 77, n. 5, p. 1048-1056, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1213/00000539-199311000-00030>. Acesso em: 16 jun. 2026.

LEE, Lorri A. et al. Postoperative opioid-induced respiratory depression: a closed claims analysis. *Anesthesiology*, Hagerstown, v. 122, n. 3, p. 659-665, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000564>. Acesso em: 16 jun. 2026.

LJUNGQVIST, Olle; SCOTT, Michael; FEARON, Kenneth C. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surgery*, Chicago, v. 152, n. 3, p. 292-298, 2017.

McNICOL, Ewan D.; FERGUSON, McKenzie C.; HUDCOVA, Jana. Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, n. 6, art. CD003348, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003348.pub3>. Acesso em: 16 jun. 2026.

NEUMAN, Mark D.; BATEMAN, Brian T.; WUNSCH, Hannah. Inappropriate opioid prescription after surgery. *The Lancet*, London, v. 393, n. 10180, p. 1547-1557, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30428-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30428-3). Acesso em: 16 jun. 2026.

ODERDA, Gary M. et al. Opioid-related adverse drug events in surgical hospitalizations: impact on costs and length of stay. *The Annals of Pharmacotherapy*, Cincinnati, v. 41, n. 3, p. 400-406, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1345/aph.1H386>. Acesso em: 16 jun. 2026.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Dor e analgesia pós-operatória: análise dos registros em prontuários. *Revista Dor*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 251-255, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1806-00132013000400004>. Acesso em: 16 jun. 2026.

OVERTON, Heidi N. et al. Opioid-prescribing guidelines for common surgical procedures: an expert panel consensus. *Journal of the American College of Surgeons*, New York, v. 227, n. 4, p. 411-418, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.07.659>. Acesso em: 16 jun. 2026.

SUN, Eric C. et al. Incidence of and risk factors for chronic opioid use among opioid-naïve patients in the postoperative period. *JAMA Internal Medicine*, Chicago, v. 176, n. 9, p. 1286-1293, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3298>. Acesso em: 16 jun. 2026.

THIELS, Cornelius A. et al. Wide variation and overprescription of opioids after elective surgery. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 266, n. 4, p. 564-573, 2017.

VOLKOW, Nora D.; McLELLAN, A. Thomas. Opioid abuse in chronic pain: misconceptions and mitigation strategies. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 374, n. 13, p. 1253-1263, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1507771>. Acesso em: 16 jun. 2026.

WICK, Elizabeth C.; GRANT, Michael C.; WU, Christopher L. Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: a review. *JAMA Surgery*, Chicago, v. 152, n. 7, p. 691-697, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0898>. Acesso em: 16 jun. 2026.

WU, Christopher L.; RAJA, Srinivasa N. Treatment of acute postoperative pain. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9784, p. 2215-2225, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60245-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60245-6). Acesso em: 16 jun. 2026.

WU, Christopher L. et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on perioperative opioid minimization in opioid-naïve patients. *Anesthesia and Analgesia*, Baltimore, v. 129, n. 2, p. 567-577, 2019.