



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



VICTOR FERNANDES OLIVA

**GUIA PRÁTICO DE DESSENSIBILIZAÇÃO:
MANEJO DA HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA**

Uberlândia

2026

VICTOR FERNANDES OLIVA

**GUIA PRÁTICO DE DESSENSIBILIZAÇÃO:
MANEJO DA HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de
Freitas Santos Filho

Coorientador: Prof^a. Ma. Mariana
Fernandes Pires

Uberlândia

2026



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Comissão Permanente de Supervisão dos Trabalhos de Conclusão
de Curso da Graduação em Odontologia

Av. Pará, 1720, Bloco 4LA, Sala 42 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902

Telefone: (34) 3225-8116 - tcc@foufu.ufu.br



ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Odontologia				
Defesa de:	Trabalho de Conclusão de Curso II - FOUFU 31003				
Data:	02/03/2026	Hora de início:	17h	Hora de encerramento:	17h50
Matrícula do Discente:	12111ODO030				
Nome do Discente:	Victor Fernandes Oliva				
Título do Trabalho:	Guia prático de dessensibilização: manejo da hipersensibilidade dentinária				

A carga horária curricular foi cumprida integralmente?	(X) Sim () Não
--	----------------------

Reuniu-se na Sala de Aula nº 31, Vila Digital, da Faculdade de Odontologia, Bloco 4L anexo A, último andar, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia, composta pelos professores doutores: **Rayssa Ferreira Zanatta** (FOUFU); **Murilo de Sousa Menezes** (FOUFU); e **Paulo César de Freitas Santos Filho** (FOUFU) - orientador do candidato.

Iniciando os trabalhos, o presidente da Banca examinadora, Prof. Dr. **Paulo César de Freitas Santos Filho**, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, além de agradecer a presença do público e concedeu ao discente a palavra, para a exposição do seu trabalho.

A seguir, o presidente da Banca concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca Examinadora, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o candidato:

(X) Aprovado

OU

() Reprovado

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata, que após lida, foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo César de Freitas Santos Filho, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/03/2026, às 17:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Murilo de Sousa Menezes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/03/2026, às 17:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rayssa Ferreira Zanatta, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/03/2026, às 17:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7083695** e o código CRC **552EFC86**.

Dedico este trabalho, primeiramente, aos meus pais, que sempre lutaram, desde a educação infantil ao ensino superior, para que eu tivesse acesso a um ensino de qualidade em todos os momentos e pudesse chegar até essa etapa.

Aos professores, por compartilharem uma dádiva que nos transforma e liberta, o conhecimento.

Aos amigos e colegas, por serem apoio nos momentos mais difíceis e por compartilharem as conquistas e felicidades ao longo dessa trajetória.

Assim, mantive a determinação, dedicação e foco para que fosse possível concluir minha jornada na graduação em Odontologia

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, pela força, sabedoria e discernimento concedidos ao longo dessa caminhada.

Aos meus pais, Geraldo e Rosângela, pelo exemplo, dedicação e renúncias realizadas para que eu pudesse alcançar meus objetivos, sendo pilares fundamentais na construção de quem sou. Eles, juntamente de toda minha família, sempre foram a base do meu desenvolvimento pessoal e acadêmico, oferecendo apoio incondicional em todas as etapas da minha trajetória.

À minha namorada, Laura, pelo apoio constante, pela confiança em meu potencial e pelo incentivo diário para que eu enfrentasse cada desafio. Sou profundamente grato por todo o carinho, compreensão e amor recebidos ao longo desta fase.

Ao grupo da Liga Acadêmica de Dentística Restauradora e Estética, pela troca de conhecimentos, experiências, oportunidades únicas e pelo crescimento profissional proporcionados ao longo da graduação.

Aos professores e servidores, pelo comprometimento com a formação acadêmica e pela contribuição na construção do nosso conhecimento científico e ético.

Aos professores e amigos Paulo César, Murilo e João Henrique, minha sincera gratidão pelas oportunidades proporcionadas, que foram fundamentais para o aprofundamento dos meus conhecimentos, o desenvolvimento técnico e o aperfeiçoamento nas áreas de meu maior interesse.

Aos amigos e colegas, pela parceria, apoio mútuo e pelos bons momentos compartilhados que tornaram essa fase mais leve e inesquecível.

À FOUFU — Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia — pela estrutura, oportunidades e formação excepcional que possibilitaram minha qualificação profissional.

“Passamos a vida tentando conquistar tudo e, ainda assim, partimos sem nada. Certifique-se de que sua alma se encha mais do que suas mãos.”

(Autoria desconhecida)

“As coisas até podem dar errado, mas você não deve deixar ninguém definir seus limites a partir de sua origem. O único limite é a sua alma.”

(Chef Gusteau, filme Ratatouille)

RESUMO

A hipersensibilidade dentinária (HD) caracteriza-se por dor aguda, de curta duração, decorrente da exposição da dentina a estímulos térmicos, evaporativos, táteis, osmóticos ou químicos, na ausência de outra patologia dentária que a justifique. Com prevalência global estimada em aproximadamente 11,5%, constitui um desafio clínico frequente, devido à sua etiologia multifatorial, à ausência de protocolo terapêutico padronizado e à ampla variedade de agentes dessensibilizantes disponíveis. O presente trabalho teve como objetivo elaborar um guia prático para auxiliar cirurgiões-dentistas e graduandos no diagnóstico e manejo da hipersensibilidade dentinária. Trata-se de um relato de caso clínico associado ao desenvolvimento de produto técnico-educacional, realizado na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foram realizados anamnese detalhada, identificação dos fatores etiológicos, aplicação sequencial de agentes dessensibilizantes com ação neural e obliteradora, além de reavaliação do nível de dor por meio da Escala Visual Analógica (EVA). A literatura demonstra que os agentes dessensibilizantes podem atuar por meio da modulação da transmissão neural ou pela obliteração dos túbulos dentinários, não havendo consenso quanto à superioridade de um método isolado. Considerando que a teoria hidrodinâmica proposta por Brännström, baseada na movimentação do fluido intratubular como mecanismo desencadeador da dor, é o modelo fisiopatológico mais aceito para explicar a hipersensibilidade dentinária, observa-se que os agentes obliteradores apresentam fundamentação biológica consistente, uma vez que atuam diretamente na redução ou bloqueio desse deslocamento de fluido. Evidências clínicas apontam que tanto agentes neurais quanto obliteradores podem promover redução significativa da dor, sendo a associação entre eles uma abordagem plausível e racional no manejo clínico da HD. Conclui-se que a elaboração de um guia prático fundamentado em evidências científicas contribui para a sistematização da conduta clínica, promovendo maior segurança no manejo da HD e ampliando sua aplicabilidade, inclusive na atenção pública.

Palavras-chave: Retração gengival; Sensibilidade dentária; Dessensibilizantes dentinários.

ABSTRACT

Dentin hypersensitivity (DH) is characterized by a sharp, short-lasting pain arising from exposed dentin in response to thermal, evaporative, tactile, osmotic, or chemical stimuli, in the absence of any other identifiable dental pathology. With an estimated global prevalence of approximately 11.5%, it represents a frequent clinical challenge due to its multifactorial etiology, the lack of a standardized therapeutic protocol, and the wide range of available desensitizing agents. The present study aimed to develop a practical guide to assist dentists and undergraduate students in the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. This study consists of a clinical case report associated with the development of a technical-educational product, conducted at the Integrated Clinic of the School of Dentistry of the Federal University of Uberlândia, with approval from the Research Ethics Committee. A detailed anamnesis was performed, etiological factors were identified, neural and obliterating desensitizing agents were sequentially applied, and pain levels were reassessed using the Visual Analog Scale (VAS). The literature indicates that desensitizing agents may act either by modulating neural transmission or by occluding dentinal tubules, with no consensus regarding the superiority of a single approach. Considering that the hydrodynamic theory proposed by Brännström—based on intratubular fluid movement as the mechanism responsible for pain—is the most widely accepted pathophysiological model to explain dentin hypersensitivity, obliterating agents demonstrate consistent biological rationale, as they directly reduce or block this fluid displacement. Clinical evidence suggests that both neural and obliterating agents can significantly reduce pain, and their combined use represents a plausible and rational strategy for the clinical management of DH. It can be concluded that the development of an evidence-based practical guide contributes to the systematization of clinical conduct, promoting greater safety in the management of DH and expanding its applicability, including in public healthcare settings.

Keywords: Gingival recession; Dentin sensitivity; Dentin desensitizing agents

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO	9
OBJETIVOS	12
Objetivo geral	12
Objetivo específico	12
MATERIAIS E MÉTODOS	13
Tipo de estudo	13
Aspectos éticos	13
Critérios de inclusão e exclusão	13
Anamnese e exame clínico	13
Identificação de fatores etiológicos	14
Procedimentos clínicos	14
Classificação e mecanismo dos agentes	14
RESULTADOS	17
Relato de caso	17
Consentimento para participar	19
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	27
APÊNDICE	30

INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

A hipersensibilidade dentinária (HD) é caracterizada como uma dor, geralmente associada à dentina exposta ou a regiões com esmalte permeável, decorrente de espessura reduzida ou presença de trincas, em resposta a estímulos térmicos, evaporativos, táteis, osmóticos ou químicos, e que não pode ser atribuída a outro defeito dentário ou patologia detectável¹⁻⁵. Trata-se de uma condição prevalente que pode impactar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. A compreensão de seus mecanismos e fatores etiológicos é fundamental para a adoção de estratégias clínicas voltadas à redução e prevenção da sintomatologia. As estimativas de prevalência mundiais da hipersensibilidade dentinária variam amplamente na literatura, mas estima-se em 11%, sendo influenciadas por fatores etários, regionais e socioeconômicos⁶.

A HD pode impactar negativamente as rotinas relacionadas à saúde bucal, comprometendo significativamente atividades orais diárias, como comer, beber, escovar os dentes e até mesmo respirar de boca aberta². Em casos mais severos, há relatos da necessidade de aquecer a água para a higienização bucal, a fim de minimizar o desconforto³.

A inervação sensorial do dente e da polpa dentária é singular e complexa, e a compreensão dos mecanismos envolvidos na dor odontogênica é fundamental para o aprimoramento dos métodos diagnósticos e das abordagens terapêuticas. Diferentemente da maioria dos tecidos, os aferentes pulpares apresentam organização espacial específica: há predominância de fibras mielinizadas associadas à região periférica da polpa e à proximidade dos túbulos dentinários, enquanto as fibras C amielinizadas distribuem-se principalmente de forma perivascular, restritas ao estroma pulpar. Além disso, a polpa dentária é amplamente innervada por neurônios nociceptivos, de modo que estímulos fisiológicos aplicados a esse tecido tendem a resultar predominantemente em sensação dolorosa⁶.

Cinco mecanismos diferentes foram propostos na literatura para explicar a sensibilidade dentinária: (1) a teoria hidrodinâmica clássica, (2) a inervação direta dos túbulos dentinários, (3) a neuroplasticidade e sensibilização dos nociceptores, (4) os odontoblastos servindo como receptores sensoriais e (5) os algoneurônios⁷. Entretanto, o mecanismo atualmente mais aceito é o da teoria hidrodinâmica, segundo a qual a movimentação do fluido no interior dos túbulos dentinários, desencadeada pelos diferentes estímulos previamente mencionados, gera alterações de pressão que resultam na ativação de fibras A-δ localizadas na região periférica da polpa, próximas aos odontoblastos, culminando na percepção de dor aguda e de curta duração^{4,6}.

A hipersensibilidade dentinária está associada à perda ou ao desgaste das estruturas dentais, especialmente na região cervical. Esses processos podem resultar tanto na exposição direta dos túbulos dentinários quanto no aumento da permeabilidade do esmalte, tornando-o susceptível à transmissão de estímulos externos⁸. Seu diagnóstico é realizado com base no autorrelato de dor do paciente, na avaliação da resposta a estímulos clínicos padronizados e na exclusão de outras condições dentárias ou periodontais que possam justificar a sintomatologia⁸.

Entre os métodos de avaliação mais utilizados na prática clínica destacam-se o teste evaporativo, realizado por meio de jato de ar direcionado ao sulco gengival, e o teste tátil, conduzido com sonda exploradora aplicada sobre a região hipersensível, sendo geralmente a cervical. O teste com jato de ar caracteriza-se como estímulo térmico-evaporativo e é amplamente empregado por sua reprodutibilidade e facilidade de execução. Já o teste com sonda corresponde a um estímulo mecânico-tátil, permitindo avaliar a resposta dolorosa ao contato direto com a superfície dentinária exposta².

O diagnóstico preciso requer a exclusão de outras condições capazes de desencadear dor orofacial semelhante, como cárie dentária, pulpite, trincas ou fraturas dentárias, restaurações fraturadas, sensibilidade pós-operatória, sensibilidade pós clareamento, infiltração marginal e inflamação gengival^{1, 2}. A adequada avaliação clínica e o diagnóstico diferencial são fundamentais para evitar condutas terapêuticas inadequadas.

O tratamento da HD deve iniciar-se pelo controle ou eliminação dos fatores etiológicos, por meio de intervenções como ajustes oclusais, orientação dietética, tratamento ortodôntico, controle de fatores biológicos relacionados ao sono, saliva e instrução quanto às técnicas adequadas de escovação. Quando necessário, empregam-se agentes dessensibilizantes, os quais podem atuar pela redução do fluxo de fluido nos túbulos dentinários, pelo bloqueio da resposta neural pulpar ou pela associação de ambos os mecanismos^{1,9}.

As modalidades de tratamento profissional da hipersensibilidade dentinária podem ser classificadas de acordo com seu mecanismo de ação. Entre elas destacam-se: agentes obliteradores ou formadores de precipitados (como fluoretos, oxalatos, compostos de cálcio e vidros bioativos); materiais restauradores (incluindo sistemas adesivos, ionômeros de vidro e resinas compostas); agentes com ação neural, como nitrato de potássio e guanetidina; terapias baseadas em fotobiomodulação; e intervenções cirúrgicas periodontais¹⁰. Apesar da ampla variedade de recursos terapêuticos disponíveis e das diferentes técnicas de aplicação descritas

na literatura, ainda não há consenso de tratamento específico ou quanto à técnica mais eficiente para o manejo clínico da HD^{2, 10}.

O tratamento caseiro com pasta de dentes dessensibilizante costuma ser a primeira opção para a hipersensibilidade dentinária (HD) devido à sua ampla disponibilidade e conveniência para os pacientes. No entanto, os efeitos desse tratamento geralmente levam de 4 a 8 semanas para se desenvolverem e muitas vezes apenas mascaram o fator etiológico sem que o paciente trate a causa¹⁰. Apesar da ampla variedade de agentes e métodos disponíveis, ainda não há protocolos clínicos padronizados ou consensuais para o manejo da hipersensibilidade dentinária. Essa ausência de diretrizes consolidadas pode gerar incerteza entre os profissionais e impactar a efetividade dos tratamentos realizados.

Diante da diversidade de abordagens terapêuticas e da ausência de consenso quanto ao protocolo ideal, evidencia-se a necessidade de um guia prático que sistematize as principais evidências disponíveis na literatura, contemplando desde a identificação e o controle dos fatores etiológicos até a seleção e aplicação dos agentes dessensibilizantes. A elaboração desse material tem como finalidade subsidiar a tomada de decisão clínica, aumentar a previsibilidade dos protocolos adotados e favorecer um manejo mais seguro e aplicável da hipersensibilidade dentinária na prática odontológica.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O objetivo principal deste trabalho é auxiliar profissionais cirurgiões dentistas e discentes de odontologia no diagnóstico e tratamento da hipersensibilidade dentinária através de um guia prático.

Objetivo específico

Apresentar os principais produtos disponíveis no mercado e seus mecanismos de ação e propor um protocolo de manejo da HD para os discentes de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia e profissionais da rede do Sistema Único de Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de caso clínico com desenvolvimento de produto técnico-educacional, realizado na Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) sob o parecer nº [CAAE: 74789823.6.0000.5152] (**Anexo 1**). O paciente foi informado sobre os objetivos e autorizou o uso de suas imagens e informações clínicas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo 2**).

Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão

Pacientes com diagnóstico clínico de Hipersensibilidade Dentinária; estar de acordo em participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); participantes com idade entre 18 e 60 anos.

Exclusão

Presença de cárie ou restaurações insatisfatórias causando sensibilidade dentinária; pacientes em tratamento ortodôntico, periodontal ou em processo de clareamento dental; presença de bruxismo severo e perda de dimensão vertical; presença de dor espontânea no dente, indicando pulpite; manutenção de higiene oral inadequada; diagnóstico de doença periodontal; usuários de próteses dentárias extensas; mulheres grávidas ou lactantes; fumantes.

Anamnese e exame clínico

Foi realizada anamnese detalhada com aplicação da ficha de anamnese de hipersensibilidade (**Apêndice 1**), contendo informações sobre hábitos, histórico alimentar e sensibilidade relatada.

Identificação dos fatores etiológicos

Descrição dos fatores detectados (ex.: escovação abrasiva com escovas de cerdas duras, refluxo gástrico, trauma oclusal, dieta ácida, apertamento ou bruxismo etc.) e breve análise de como podem contribuir para a exposição dentinária ou envelhecimento dos dentes.

Procedimentos clínicos

Etapas realizadas no caso:

1. Registro fotográfico;
2. Profilaxia e adequação do meio bucal;
3. Isolamento relativo;
4. Inserção de fio afastador #000
5. Aplicação sequencial dos agentes dessensibilizantes;
6. Avaliação do nível de dor previamente ao tratamento e na consulta de retorno (7 dias).

Classificação e mecanismos de ação dos agentes

Agentes neurais

A HD pode ser tratada com duas estratégias neurais. A primeira está relacionada ao uso de um método físico com laser de baixa potência. A segunda, utiliza agentes químicos para dessensibilizar os nervos sensoriais, bloqueando a transmissão de estímulos nocivos dos túbulos dentinários para o sistema nervoso central. Tanto a irradiação a laser quanto o nitrato de potássio são considerados estratégias neurais porque não obliteram os túbulos dentinários, mas atuam diretamente na transmissão da dor.

Laser de baixa potência (neural)

A irradiação do laser interage com o tecido, causando diferentes reações teciduais, de acordo com seu meio ativo, comprimento de onda, densidade de potência e propriedades ópticas

do tecido alvo³. O laser de baixa potência altera o potencial elétrico da membrana celular, ativando bombas Na⁺/K⁺ATPase, promovendo aumento na síntese de adenosina trifosfato (ATP) e proporcionando benefícios analgésicos, potencialmente anti-inflamatórios e de biomodulação às células^{11, 12}. Por meio da terapia de fotobiomodulação (FBM), cuja ação é biomoduladora das respostas celulares, promove diminuição dos níveis de dor e aumento da formação de dentina terciária³. Estudos ainda não conclusivos, afirmam que esses lasers bloqueiam a despolarização das fibras aferentes do tipo C, de modo que a transmissão neural do estímulo doloroso pulpar não atinge o sistema nervoso central, proporcionando assim analgesia imediata¹².

Para uma boa penetração tecidual e eficácia promissora do tratamento, as configurações do laser de baixa intensidade estão dentro de um comprimento de onda de 600–1070 nm e uma potência de saída de 1–1000 Mw³. A terapia com laser de baixa intensidade (TLBI) tipicamente utiliza comprimentos de onda no espectro vermelho (630–690 nm) e infravermelho próximo (810–980 nm)¹³.

A eficácia terapêutica da LLLT é dose-dependente e geralmente requer múltiplas sessões espaçadas, com intervalos de até 48 horas, para que os efeitos sejam cumulativos³. Os lasers também podem ser combinados com agentes dessensibilizantes convencionais para melhorar os resultados clínicos, oferecendo uma abordagem sinérgica para o tratamento eficaz da HD¹³.

Nitrato de potássio (neural)

O nitrato de potássio para o tratamento da HD é comumente utilizado na forma de gel ou enxaguatório bucal, ou incorporado em pastas de dente. A concentração de 5% é considerada a mais eficaz e utilizada amplamente em estudos^{3, 14}.

Agentes à base de potássio promovem aumento na concentração de íons potássio nas terminações nervosas, o que causa despolarização do nervo. Devido a essa despolarização, ocorre uma diminuição da excitabilidade nervosa (inativação do potencial de ação) e as células ficam menos responsivas aos estímulos, prevenindo a repolarização e o mecanismo da dor³. São necessárias concentrações de íons potássio acima de 0,08% ao redor dos axônios para garantir a despolarização nervosa.

A sua forma de gel é um dos agentes dessensibilizantes neurais mais utilizados rotineiramente em clínicas odontológicas.

Agentes obliteradores

Gluma (obliterador)

Como um agente dessensibilizador, Gluma contém glutaraldeído, melhora a coagulação nos túbulos dentinários e os bloqueia. Gluma bloqueia os túbulos dentinários por duas reações. Primeiro, o glutaraldeído reage com a albumina sérica no fluido tubular, o que induz a deposição de albumina sérica, e segundo a reação do glutaraldeído com a albumina sérica induz a polimerização de HEMA. Após essa reação, os túbulos dentinários são bloqueados a uma profundidade de 200 microns, o que ajuda a reduzir a dor do paciente⁵.

GLUMA® Desensitizer é uma alternativa de tratamento especialmente efetiva. Seu mecanismo de ação se baseia na redução da permeabilidade dentinária pela precipitação das proteínas plasmáticas que selam partes periféricas dos túbulos dentinários. Isso reduz significativamente o movimento do líquido no interior dos túbulos, que causariam a dor. Este mecanismo é referido como selamento intradentinário¹⁵.

Verniz fluoretado

O verniz de flúor reduz age por meio da precipitação de cristais de fluoreto de cálcio dentro dos túbulos dentinários que, dessa maneira, diminuem a permeabilidade dentinária temporariamente^{11, 16}. Há um ácido adicionado à sua fórmula para que o fluoreto de sódio acidulado resultante possa formar precipitados mais profundamente nos túbulos¹⁶. Indicado não somente para regiões desmineralizadas, mas, também, em trincas de esmalte, pois possui uma fluidez favorável.

RESULTADOS

Através deste trabalho foram confeccionadas uma ficha de anamnese direcionada ao diagnóstico da HD (**Apêndice 1**) e um Guia Prático de Dessensibilização (**Apêndice 2**). Ambos os materiais foram utilizados no caso clínico a ser descrito

Relato de caso

Paciente L.C.A.S., sexo feminino, 24 anos, apresentou queixa de dor exacerbada ao beber água gelada, sorvetes e diante de estímulo tátil na região dos pré-molares superiores direitos. Relatou que os sintomas estavam presentes desde a adolescência, sem histórico prévio de tratamento ou orientação para controle da hipersensibilidade dentinária (HD).

Foi realizada anamnese direcionada ao diagnóstico de HD, com investigação de fatores de risco para agravamento do quadro e exclusão de outras possíveis causas de dor orofacial. Ao exame clínico, não foram identificados fatores de risco sistêmicos ou comportamentais relevantes; entretanto, observou-se discreta recessão gengival no elemento dentário 24 (Imagem 1), possivelmente associada a má oclusão e motivo do quadro de hipersensibilidade. Portanto, após o diagnóstico da HD, foi realizada a mensuração do nível de dor ao estímulo tátil com sonda exploradora e jato de ar por 2 segundos, que indicaram intensidade 7 na Escala Visual Analógica de dor (**Anexo 3**).

Imagem 1 – Recessão gengival no dente 24



Fonte: arquivo do autor.

Após esclarecimento quanto ao diagnóstico, opções de tratamento e expectativas de resultado, a paciente recebeu orientações para controle dos fatores etiológicos da HD e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo 2**). Foram realizados registros fotográficos e documentação digital do caso.

A paciente foi submetida ao protocolo de dessensibilização proposto no Guia Prático de Dessensibilização (**Apêndice 2**). Para iniciar o tratamento dessensibilizante no dente 24, foi realizada profilaxia com pedra-pomes e água com posterior lavagem. Após, realizou-se terapia com laser de baixa potência Laser Duo MMO® (MM Optics, São Carlos, SP, Brasil) com aplicação de 1 Joule de dose energética na cervical da coroa e na região do periápice das raízes durante 60 segundos (Imagem 2). Para dar início ao uso dos demais dessensibilizantes, foi realizado isolamento relativo e inserido fio afastador #000 (Imagem 3) que garantiu maior exposição da área sensível. Foi aplicado nitrato de potássio a 5% Desensibilize KF 2%® (FGM, Joinville, SC, Brasil) na área sensível por 10 minutos (Imagem 4) e lavado com água em abundância; aplicado Gluma® Desensitizer (Kulzer, Hanau, Alemanha) ativamente por 30 segundos (Imagem 5) com posterior jato de ar por 10 segundos e também lavado em abundância; e, por fim, utilizado o verniz de flúor Enamelast® (Ultradent Products Inc., South Jordan, UT, EUA), em uma fina camada sobre toda a face sensível (Imagem 6) com aplicação de uma gota de água após 2 minutos (paciente orientada a não escovar os dentes e não se alimentar por 1 hora para que o verniz não seja removido).

Imagem 2 – Aplicação do laser de baixa potência Imagem 3 – Retração gengival com fio afastador



Fonte: arquivo do autor.



Fonte: arquivo do autor.

Imagem 4 – Aplicação de nitrato de potássio a 5% Imagem 5 – Aplicação do Gluma Desensitizer



Fonte: arquivo do autor.



Fonte: arquivo do autor.

Imagem 6 – Aplicação do verniz de flúor



Fonte: arquivo do autor.

Após 7 dias, na consulta de retorno, uma nova mensuração pela EVA de dor indicou redução da dor para nível 2 diante do estímulo tátil e de jato de ar. Dessa forma, observou-se redução significativa da sintomatologia após o protocolo proposto, com aprovação e satisfação da paciente.

Consentimento para participar

O consentimento para participação neste trabalho foi obtido da participante do caso clínico.

DISCUSSÃO

A hipersensibilidade dentinária (HD) permanece como um desafio clínico frequente na prática odontológica pela sua origem multifatorial, escassez de protocolos de diagnóstico e tratamento e, também, pela ampla diversidade de materiais disponíveis. A prevalência global, estimada em aproximadamente 11,5%, reforça a relevância dessa condição na rotina clínica, especialmente em pacientes com recessão gengival e exposição dentinária cervical, condições comumente observadas em clínicas e serviços públicos de saúde, atualmente⁶.

Os achados do presente trabalho corroboram a literatura ao evidenciar que a HD não deve ser compreendida como uma condição isolada, mas sim como o resultado da interação de fatores etiológicos locais e sistêmicos, como hábitos de higiene, dieta, distúrbios gastroesofágicos, hábitos parafuncionais e fatores oclusais, e a cooperação do paciente é fundamental nessa etapa^{1, 2, 8, 9, 12, 16, 17}.

Todas as condições citadas anteriormente devem ser controladas previamente à dessensibilização, porém, muitos profissionais ainda priorizam a aplicação de agentes dessensibilizantes sem a identificação e manejo desses fatores predisponentes, o que pode justificar resultados clínicos limitados e de curta duração². Dessa forma, a abordagem proposta no guia clínico é centrada na anamnese detalhada, diagnóstico diferencial, controle dos fatores de risco e controle etiológico.

Do ponto de vista fisiopatológico, a teoria hidrodinâmica permanece como o modelo mais aceito para explicar a dor associada à HD, sendo sustentada por evidências consensuais^{1, 2, 4, 6-8, 15, 16}. Diante disso, as estratégias terapêuticas disponíveis buscam, essencialmente, minimizar a transmissão neural da dor causada pela movimentação dos fluidos intratubulares e reduzir o deslocamento destes fluidos pela obliteração dos túbulos.

No presente trabalho, a associação entre agentes neurais e obliteradores mostrou-se coerente com esse modelo teórico, ao combinar mecanismos de ação complementares, o que maximiza as chances de alívio da dor. Além disso, a utilização inicial dos agentes neurais, seguida da aplicação dos obliteradores, pode reduzir a possibilidade de que o selamento prévio dos túbulos dentinários (pelos obliteradores) comprometa a difusão e a eficácia dos agentes que atuam na modulação da transmissão neural.

Um estudo clínico randomizado³ apresentou, após uma sessão com laser de baixa potência, uma redução imediata da percepção da dor de cerca de 30%; após 3 sessões houve

diminuição de 55% e após 3 meses houve redução de 64 % da sensação da dor. De acordo com estudos, a fotobiomodulação (PBM) com laser de baixa potência é uma opção contemporânea para o controle da HD, não invasiva e indolor³. Ensaios clínicos randomizados demonstram reduções significativas da dor após múltiplas sessões, com manutenção dos efeitos em curto e médio prazo^{3, 10, 12}.

Uma revisão sistemática em 2020, comparando o efeito de lasers e dessensibilizadores, mostrou que não há evidências fortes de que esses métodos sejam superiores entre si e enfatiza a necessidade de mais ensaios clínicos¹⁸. A aplicação clínica de lasers em combinação com agentes químicos (por exemplo, flúor) também foi relatada como uma abordagem terapêutica eficaz para o controle da hipersensibilidade dentinária¹⁹.

A ausência de estudos com baixo risco de viés sobre a diferença de eficácia entre LLLT e fluoretos indica que mais estudos são necessários para garantir evidências convincentes no futuro¹⁰.

O gel de nitrato de potássio foi capaz de reduzir, aproximadamente 47% do nível de dor nos pacientes imediatamente após três sessões. Seus resultados são ainda melhores no longo prazo, em que proporcionou uma redução de 74% dos níveis de dor num período de 3 meses de acompanhamento, demonstrando a eficácia do potássio na inibição da repolarização das fibras nervosas³.

Concentrações de gel de nitrato de potássio maiores que 5% são capazes de fornecer uma dessensibilização mais rápida em curto prazo, mas não são observadas diferenças significativas no resultado em períodos acima de 4 dias¹⁷. Portanto, se tornam desnecessárias visto que o presente estudo recomenda associação com outros agentes que promovem bons resultados imediatos e a curto prazo.

Em um estudo¹², Gluma foi capaz de zerar os níveis de dor ao estímulo tátil com a sonda cinco minutos após sua aplicação, zerar os níveis de dor ao jato de ar um mês após e manter ambos os resultados por até 18 meses. Entretanto, seus efeitos devem diminuir gradualmente em longos períodos, com o desgaste causado pela escovação dos dentes e pela dieta¹⁸.

Os vernizes fluoretados, embora amplamente utilizados devido à sua facilidade de aplicação e baixo custo, apresentam limitações relacionadas à durabilidade do efeito, uma vez que os cristais de fluoreto de cálcio formados nos túbulos dentinários são suscetíveis à dissolução e remoção mecânica por meio da escovação, fluxo salivar e exposição a ácidos

alimentares, o que pode eventualmente reabrir os túbulos e levar a uma recorrência dos sintomas^{11, 13, 16}. Ainda assim, seu uso pode ser indicado como terapia complementar ou final, especialmente em protocolos associados ao laser ou a outros agentes obliteradores¹³.

O fluoreto de sódio possui redução do seu efeito mais acelerada se comparado aos métodos anteriores (Gluma, laser de baixa potência, nitrato de potássio ou suas associações), que mantiveram seus resultados semelhantes por até 6 meses^{3, 11, 12}.

A ampla variedade de materiais disponíveis no mercado torna a escolha terapêutica um desafio para o cirurgião-dentista, reforçando a necessidade de estratégias eficazes para o controle da hipersensibilidade dentinária na prática clínica diária. Apesar dessa diversidade de agentes e abordagens, ainda não há um dessensibilizante ou protocolo terapêutico que possa ser considerado universalmente eficaz ou estabelecido como padrão-ouro para todos os pacientes.

Nesse cenário, a educação continuada assume papel central na atualização dos profissionais frente às constantes inovações terapêuticas. O desenvolvimento da capacidade de análise crítica das evidências científicas, desde a graduação até a prática clínica, é fundamental para a adoção de condutas atuais e baseadas em evidências no manejo da hipersensibilidade dentinária². À luz dos achados clínicos observados e das evidências disponíveis na literatura, o emprego isolado de um único agente dessensibilizante pode resultar em efeito limitado ou de curta duração no controle da hipersensibilidade dentinária³. Nesse contexto, a adoção de uma abordagem terapêutica combinada mostra-se biologicamente plausível, ao atuar em diferentes mecanismos envolvidos na fisiopatologia da dor.

O protocolo descrito neste estudo fundamentou-se na associação sequencial de distintas modalidades terapêuticas: fotobiomodulação com laser de baixa potência, com potencial modulador da atividade neural; agente dessensibilizante de ação neural à base de nitrato de potássio, visando à redução da excitabilidade das fibras nervosas; agente obliterador contendo glutaraldeído, responsável pela coagulação proteica intratubular e consequente diminuição da permeabilidade dentinária; e, por fim, aplicação de verniz fluoretado, contribuindo para a formação de precipitados para obliteração tubular.

Sendo assim, a utilização integrada dessas estratégias buscou potencializar o controle da dor por meio da atuação concomitante sobre os diferentes mecanismos fisiopatológicos da HD, conferindo maior racionalidade clínica ao manejo proposto no guia.

CONCLUSÃO

O presente trabalho possibilitou a elaboração de um guia prático passível de avaliação em estudo clínico futuro que objetive consolidar o manejo da hipersensibilidade dentinária, estruturado com base nas evidências científicas e na aplicação clínica de diferentes mecanismos de dessensibilização.

A associação de agentes com ação neural e obliteradora mostrou-se uma estratégia terapêutica viável, especialmente diante da inexistência de um protocolo único universalmente eficaz. O guia desenvolvido contribui para a sistematização da conduta clínica, auxiliando na formação acadêmica de graduandos e no aprimoramento da prática profissional.

Por fim, recomenda-se a realização de novos estudos clínicos e revisões sistemáticas que validem e ampliem o uso de protocolos padronizados, de modo a consolidar diretrizes clínicas para o manejo da hipersensibilidade dentinária.

REFERÊNCIAS

- 1 Canadian Advisory Board on Dentin Hypersensitivity. Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. J Can Dent Assoc. 2003 Apr;69(4):221-6.
- 2 Zeola LF, Teixeira DNR, Galvão ADM, Souza PG, Soares PV. Brazilian dentists' perception of dentin hypersensitivity management. Braz Oral Res. 2020 Jan 10;33:e115. doi: 10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0115. PMID: 31939497.
- 3 Tolentino AB, Zeola LF, Fernandes MU, Pannuti CM, Soares PV, Aranha ACC. Photobiomodulation therapy and 3% potassium nitrate gel as treatment of cervical dentin hypersensitivity: a randomized clinical trial [Internet]. Clinical Oral Investigations. 2022 ;[citado 2025 ago. 18] Available from: <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04652-1>
- 4 Eyüboğlu GB, Naiboğlu P. Clinical Efficacy of Different Dentin Desensitizers. Oper Dent. 2020 Nov 1;45(6):E317-E333. doi: 10.2341/19-258-C. PMID: 32516395.
- 5 Qin C, Xu J, Zhang Y. Spectroscopic investigation of the function of aqueous 2-hydroxyethylmethacrylate/glutaraldehyde solution as a dentin desensitizer. Eur J Oral Sci. 2006;114(4):354–359. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00382.x.
- 6 Favaro Zeola L, Soares PV, Cunha-Cruz J. Prevalence of dentin hypersensitivity: Systematic review and meta-analysis. J Dent. 2019 Feb; 81:1-6. doi: 10.1016/j.jdent.2018.12.015. Epub 2019 Jan 11. PMID: 30639724.
- 7 Aminoshariae A, Kulild JC. Current Concepts of Dentinal Hypersensitivity. J Endod. 2021 Nov;47(11):1696-1702. doi: 10.1016/j.joen.2021.07.011. Epub 2021 Jul 22. PMID: 34302871.
- 8 Cunha-Cruz J, Wataha JC, Zhou L, Manning W, Trantow M, Bettendorf MM, Heaton LJ, Berg J. Treating dentin hypersensitivity: therapeutic choices made by dentists of the northwest PRECEDENT network. J Am Dent Assoc. 2010 Sep;141(9):1097-105. doi: 10.14219/jada.archive.2010.0340. PMID: 20807910; PMCID: PMC3052855.
- 9 Moura GF, Zeola LF, Silva MB, Sousa SC, Guedes FR, Soares PV. Four-Session Protocol Effectiveness in Reducing Cervical Dentin Hypersensitivity: A 24-Week Randomized Clinical Trial. *Photobiomodul Photomed Laser Surg.* 2019;37(2):117-123. doi:10.1089/photob.2018.4477

- 10 Shan, Z., Ji, J., McGrath, C. *et al.* Efeitos da terapia com luz de baixa intensidade na hipersensibilidade dentinária: uma revisão sistemática e meta-análise. *Clin Oral Invest* **25**, 6571–6595 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04183-1>
- 11 Forouzande M, Rezaei-Soufi L, Yarmohammadi E, Ganje-Khosravi M, Fekrazad R, Farhadian M, Farmany A. Effect of sodium fluoride varnish, Gluma, and Er,Cr:YSGG laser in dentin hypersensitivity treatment: a 6-month clinical trial. *Lasers Med Sci.* 2022 Sep;37(7):2989-2997. doi: 10.1007/s10103-022-03583-3. Epub 2022 Jun 15. PMID: 35704219; PMCID: PMC9198208.
- 12 Lopes, AO, de Paula Eduardo, C. & Aranha, ACC. Avaliação de diferentes protocolos de tratamento para hipersensibilidade dentinária: um ensaio clínico randomizado de 18 meses. *Lasers Med Sci* **32**, 1023–1030 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10103-017-2203-0>
- 13 Mohammadian M, Jalouti N, Yazdanian M, Keykha E, Hajisadeghi S. Comparison of the effectiveness of diode laser, fluoride varnish, and their combination in treatment of dentin hypersensitivity: a systematic review of randomized clinical trials. *Front Oral Health.* 2025 Jun 5;6:1550127. doi: 10.3389/froh.2025.1550127. PMID: 40538421; PMCID: PMC12176829.
- 14 Purra AR, Mushtaq M, Acharya SR, Saraswati V. A comparative evaluation of propolis and 5.0% potassium nitrate as a dentine desensitizer: A clinical study. *J Indian Soc Periodontol.* 2014 Jul;18(4):466-71. doi: 10.4103/0972-124X.138695. PMID: 25210261; PMCID: PMC4158588.
- 15 Schupbach P, Lutz F, Finger WJ: Closing of dentinal tubules by GLUMA desensitizer. *Eur J Oral Sci.* 1997 Oct;105(5 Pt 1):414-21
- 16 Davari A, Ataei E, Assarzadeh H. Dentin hypersensitivity: etiology, diagnosis and treatment; a literature review. *J Dent (Shiraz).* 2013 Sep;14(3):136-45. PMID: 24724135; PMCID: PMC3927677.
- 17 Frechoso SC, Menéndez M, Guisasola C, Arregui I, Tejerina JM, Sicilia A. Evaluation of the efficacy of two potassium nitrate bioadhesive gels (5% and 10%) in the treatment of dentine hypersensitivity. A randomised clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2003;30(4):315-320. doi:10.1034/j.1600-051x.2003.20077.x

18 Zhou K, Liu Q, Yu X, Zeng X. Terapia a laser versus agentes dessensibilizantes tópicos no tratamento da hipersensibilidade dentinária: uma meta-análise. *Oral Dis.* 2021;27(3):422–430. doi: 10.1111/odi.13309.

19 Mahdian M, Behboodi S, Ogata Y, Natto ZS. Terapia a laser para hipersensibilidade dentinária. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;7(7):CD009434. Publicado em 13 de julho de 2021. doi:10.1002/14651858.CD009434.pub2

ANEXOS

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência da aplicação ativa e passiva de agentes dessensibilizantes no tratamento de hipersensibilidade dentinária

Pesquisador: Paulo César Freitas Santos Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74789823.8.0000.5152

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.471.290

Apresentação do Projeto:

Este parecer trata-se da análise das respostas às pendências do referido projeto de pesquisa.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 2224867 e Projeto Detalhado (Projeto_de_pesquisa_Detalhado2.pdf), postados em 24/10/2023.

INTRODUÇÃO

"Este estudo clínico randomizado duplo cego objetiva comparar clinicamente a aplicação ativa e passiva de agentes dessensibilizantes no tratamento de hipersensibilidade dentinária. Para isto, serão selecionados 31 indivíduos, de acordo com critérios de inclusão e exclusão, e após assinatura do TCLE dois dentes de cada participante serão tratados com protocolo associativo. Assim, cada indivíduo terá dois dentes com hipersensibilidade dentinária tratados, totalizando 62 dentes. Este tipo de estudo é conhecido como "boca-dividida" ou "split-mouth". Ambos os dentes receberão o protocolo dessensibilizante de única sessão com agente de ação neural (nitrato de potássio) e obliteradora (glutaraldeído); sendo que em um dente será realizada a fricção do agente (aplicação ativa) e o outro dente somente o espalhamento (aplicação passiva). O método de análise

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, residente em _____, declaro que o(a) cirurgião(ã)-dentista _____, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal sob o nº _____, com consultório em _____, profissional escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos em meu prontuário.

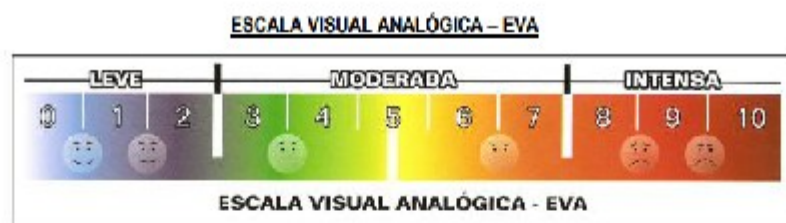
Declaro que:

1. Preenchi e assinei corretamente a ficha de anamnese, fornecendo informações verdadeiras sobre minha saúde geral e bucal, incluindo doenças pré-existentes e uso de medicamentos até a presente data. Reconheço que a omissão de informações pode interferir negativamente no planejamento na evolução do tratamento, causando danos à minha saúde e/ou prejuízos ao tratamento.
2. Após avaliação clínica e exames complementares, fui devidamente esclarecido(a) pelo(a) profissional contratado sobre o diagnóstico, planejamento, objetivos e riscos do tratamento. Tenho ciência da minha responsabilidade em colaborar durante o tratamento.
3. Estou ciente de que o tratamento proposto terá duração indeterminada, podendo sofrer prorrogação ou alteração de acordo com a complexidade do caso, minha resposta biológica, assiduidade e seguimento das orientações do(a) profissional.
4. Compreendo que ausências às consultas e o não cumprimento das orientações profissionais podem prejudicar o resultado pretendido, devido às limitações da Odontologia como ciência.
5. Comprometo-me a seguir as prescrições e encaminhamentos, e informar qualquer alteração decorrente do tratamento.
6. O(a) cirurgião-dentista me informou que a técnica e os materiais a serem utilizados possuem comprovação científica, respeitando os padrões profissionais e o estado atual da ciência.
7. Entendo que a Odontologia não é uma ciência exata, e os resultados podem variar devido à resposta biológica do meu organismo, limitações da ciência e colaboração necessária. Confio que o(a) profissional utilizará as técnicas e materiais adequados ao plano de tratamento aprovado.
8. Fui informado(a) que o(a) cirurgião-dentista deve elaborar e manter meu prontuário atualizado, garantindo meu acesso ao mesmo e fornecendo cópia mediante recibo de entrega.
9. Entendo a importância do acompanhamento pós-tratamento e me comprometo a retornar para consultas de acordo com as orientações do(a) profissional. Compreendo que a durabilidade dos procedimentos odontológicos não pode ser garantida, pois depende das condições de minha saúde e outros fatores.
10. Autorizo a utilização do meu prontuário para fins acadêmicos e científicos, incluindo a exibição de imagens e exames para fins didáticos, conforme previsto no Código de Ética Odontológica.

Local e data.

Assinatura do paciente ou responsável legal

Anexo 3



APÊNDICE

Apêndice 1

	GUIA PRÁTICO DE DESSENSIBILIZAÇÃO	
Universidade Federal de Uberlândia	ANAMNESE	Faculdade de Odontologia

Nome completo: _____

Prontuário: _____ CPF: _____

Data nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: ☐ Femin. ☐ Masc. ☐ Outro

Endereço: _____

Telefone: _____

FATORES DE RISCO PRA HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA

1. Possui hábitos parafuncionais? () Sim () Não
 2. Qualidade da higiene oral () Ruim () Regular () Boa
 3. Possui dieta rica em ácidos? () Sim () Não
 4. Possui xerostomia? () Sim () Não
 5. Possui doenças do trato gastrointestinal? () Sim () Não Qual? _____
 6. Realizou tratamento médico recentemente? () Sim () Não Qual? _____
 7. Realizou tratamento odontológico recentemente? () Sim () Não
- Se sim, qual(is)? _____

EXAME CLÍNICO - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Cárie dentária: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 2. Restauração insatisfatória: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 3. Biocorrosão dentária: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 4. Doença periodontal: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 5. Má oclusão: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 6. Pulpite: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 7. Trinca/fratura dentária: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
 8. Sensibilidade pós-operatória: () Sim () Não Se sim, quais dentes? _____
- Se após a exclusão de tais condições a HD persistir, mensure o nível de dor e realize o protocolo dessensibilizante.



1. Nível de dor com jato de ar (2 segundos - 1 cm de distância): _____
2. Nível de dor com a sonda exploradora: _____

Apêndice 2



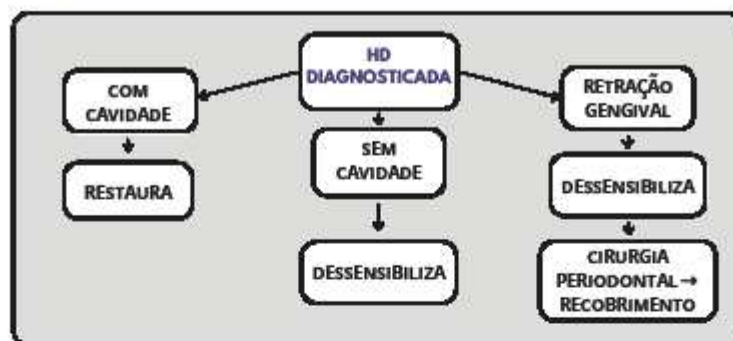
Universidade Federal de Uberlândia

GUIA PRÁTICO DE DESSENSIBILIZAÇÃO



Faculdade de Odontologia

MANEJO DA HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA (HD)



OBSERVAÇÕES:

- Em caso de persistência da HD após a restauração de cavidade, aplicar o protocolo dessensibilizante.
- Todos os pacientes devem ser orientados, previamente à dessensibilização, quanto ao controle da dieta, comportamentos de risco e condições predisponentes da HD.

Dessensibilização: agente neural + obliterador

1º PASSO

Profilaxia com **pedra-pomes** e água



Realize profilaxia com **pedra-pomes** e água.

*Algumas pastas profiláticas possuem veículo oleoso, o que pode interferir na eficácia de alguns dessensibilizantes.

2º PASSO

Aplicação do **laser de baixa potência (neural)**



Aplique a dose de energia de **1 Joule** por **60 segundos** na cervical e na região do periápice de **todas as raízes**, caso haja mais de uma.

3º PASSO

Inserção de **fio afastador #000**



Insira o fio afastador iniciando pela proximal, garantindo o afastamento gengival e **exposição da área sensível**.

Dessensibilização: agente neural + obliterador

4º PASSO

Aplicação do **nitrato de potássio (neural)**



Aplique de maneira uniforme na face onde há sensibilidade, utilizando microaplicador e aguarde pelo menos **10 minutos**.

Decorrido o tempo de aplicação remova o excesso com algodão e **lave** com água **abundantemente**.

5º PASSO

Aplicação do **Gluma (obliterador)**



Coloque uma gota na face sensível e aplique **ativamente** por **30 segundos**.

***Não aplicar em excesso ou fazer fricção rigorosa na gengiva.**

Aplique **leve jato** de ar sobre o produto em direção à cervical por **10 segundos**.

Lave com água abundantemente por **30 segundos**.

6º PASSO

Aplicação do **verniz de flúor (obliterador)**



Espalhe uma camada homogênea e **finha** do produto na região hipersensível (cervical).

Aplique **leve jato** de ar em direção ao sulco.

Deixe agir por **2 minutos**, pingue uma gota de água e massagele por fora da boca.

***Não é necessário remover.**

Paciente deve evitar escovar, usar fio dental e mastigar alimentos duros, pegajosos e quentes durante **1 hora após**.

OBSERVAÇÕES:

- Na ausência de um ou mais dessensibilizantes, priorizar pelo uso de ao menos um agente químico neural e um obliterador.
- Mensurar o nível de dor inicial do paciente, após a aplicação do protocolo e na próxima sessão (7 dias).
- Utilização de fotos clínicas mediante autorização da paciente (TCLE) e comitê de ética em pesquisa (CEP).