

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO CLÍNICO

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

A. Elaboração do diagnóstico

- anamnese
- exame físico
- exames complementares
- exame radiográfico
- preenchimento da ficha de planejamento clínico para o 1.º caso a ser atendido ou quando o professor julgar necessário

B. Tratamento propriamente dito:

- Primeira sessão
 - preparo para a terapia endodôntica
 - cirurgia de acesso
 - acesso e preparo da entrada do canal
 - esvaziamento do canal radicular
 - preparo do canal
 - irrigação e aspiração
 - medicação intracanal
 - obturação – na dependência do caso em questão
 - selamento provisório
- Segunda sessão
 - avaliação do pós-operatório
 - preparo para a terapia endodôntica
 - remoção do curativo
 - irrigação e aspiração
 - repassar últimas limas do preparo (ênfase nas substâncias químicas)
 - irrigação e aspiração
 - prova do cone
 - secagem do canal
 - obturação
 - cortes dos cones
 - limpeza da cavidade
 - selamento final
 - radiografia final

A. Elaboração do diagnóstico

- Anamnese
 - preencher os dados do aluno.
 - preencher os dados pessoais do paciente.
 - direcionar as perguntas visando obter a evolução (história pregressa) e a sintomatologia atual.
 - preencher o quadro de "Análise da Sintomatologia Dolorosa" para o dente eleito
- CADA DENTE A SER TRATADO TERÁ UMA FICHA INDIVIDUAL.**
- Exame Físico
 - Inspeção Extra-Oral

- Inspeção Intra-oral: anotar o estado de destruição coronária, a presença de fístula, edema, retração gengival, bolsa periodontal, mobilidade, contato prematuro, etc.
 - Palpação Apical
 - Percussão Horizontal e Vertical:
 - **SEMPRE** iniciar pelo dente pertencente ao mesmo grupo dental (do mesmo lado da arcada ou pelo dente homólogo) devendo ser classificada em **SUAVE, MODERADA ou SEVERA**.
 - É necessário a realização de isolamento relativo antes dos testes de percussão.
 - A percussão deve ser conduzida com o toque do cabo do espelho sobre a coroa dental.

- Exames Complementares
 - Testes térmicos de sensibilidade pulpar (Frio e Calor):
 - **TESTE TÉRMICO COM FRIO**
 - O teste térmico com o frio deve ser realizado com gás refrigerante. Os dentes devem ser previamente secos com gaze, antes da aplicação dos testes térmicos. **NUNCA** secar com jato de ar.
 - **NUNCA INICIAR OS TESTES PELO DENTE SUSPEITO, MAS SIM PELO DENTE DO MESMO ARCO OU HOMÓLOGO.**
 - O spray refrigerante deve ser aplicado sobre cotonete ou bolinha de algodão com tamanho similar e levado ao dente no terço médio da coroa tendendo para cervical até que o paciente relate sensibilidade ou não.
 - Anotar mentalmente o tempo que a dor demora a surgir e desaparecer. Pelos parâmetros de normalidade, o declínio da dor ocorre por volta de 4 a 5 segundos após a aplicação do estímulo.
 - Observar se o frio minimiza a dor.
 - **TESTE TÉRMICO COM CALOR**
 - O teste com calor deve ser realizado somente nos casos de diagnóstico diferencial.
 - O dente deve ser lubrificado com uma pequena película de Endo-PTC e o excesso removido com bolinha de algodão.
 - Aquecer uma das pontas de ½ do bastão de guta-percha na chama de lamparina e levar diretamente ao dente.
 - **NUNCA INICIAR OS TESTES PELO DENTE SUSPEITO, MAS SIM PELO DENTE DO MESMO ARCO OU HOMÓLOGO.**
 - Teste Elétrico
 - Teste de Cavidade
 - Teste de Anestesia (para diagnóstico diferencial)
 - Teste Fisiométrico – Oximetria de Pulso

- Exame Radiográfico:
 - Deverá ser realizada uma radiografia inicial para cada dente a ser tratado.
 - Periapical: analisar as condições da coroa, raiz, periodonto, periápice, câmara pulpar e canais, além de procurar detectar a presença de nódulos pulpares, reabsorções internas e externas e de tratamento endodôntico anterior e também mensurar o CAD (Comprimento Aparente do Dente) e calcular previamente o CRI (Comprimento Real do Instrumento) pela fórmula: $CRI = CAD - 3 \text{ mm}$

- A tomada radiográfica deverá ser realizada pela técnica do paralelismo (cilindro longo), devendo-se proteger o posicionador com saco plástico descartável ou filme tipo Magipack®
- Em alguns casos se faz necessário variações da técnica:
 - Interproximal
 - Oclusal
 - Panorâmica
 - Extra-Oral
 - Tomografia

B. Tratamento propriamente dito

1. Primeira sessão

- **Preparo para a terapia endodôntica**

- a. bochecho com antisséptico oral (Listerine) por 30 segundos
- b. anestesia (tópica e infiltrativa / troncular)
 - secar a mucosa com spray de ar ou gaze
 - aplicação do anestésico tópico com cotonete e deixar agir por 1 minuto
 - os anestésicos injetáveis de eleição são a Mepivacaína ou Articaína
 - nos dentes superiores utilizar a técnica infiltrativa convencional (supra-periosteal) e sub-periosteal, sendo que nos dentes pré-molares e molares deve ser feita a complementação anestésica por palatino.
 - na técnica Ptérigo-mandibular:
 - utilizar agulha longa
 - aplicar 2 tubetes de anestésico e esperar a instalação da anestesia.
 - se não houver sinais de bloqueio anestésico, chamar o professor responsável
 - complementação anestésica na região do bucal
- c. preparo do dente para o isolamento absoluto:
 - gengivectomia, raspagem e polimento se necessário (na região próxima ao dente)
 - a gengivectomia deve ser feita com bisturis de Pério ou lâmina de bisturi 11, 12 ou 15C.
 - verificar o contato interproximal e a oclusão (detectar contatos prematuros)
- d. isolamento absoluto
 - isolamento relativo com rolete de algodão ou gaze no fundo de sulco vestibular
 - escolha e prova do grampo (testes de retenção e estabilidade)
 - perfuração do lençol (somente do dente a ser tratado) de modo que o conjunto lençol/grampo fique centralizado, cobrindo o nariz do paciente para que o mesmo não respire sobre o campo operatório
 - levar em posição o conjunto lençol/grampo, lençol fixado apenas nas quatro extremidades do arco plástico
 - soltar o lençol das aletas do grampo e adaptá-lo ao colo do dente usando fio dental, porém **SEM REALIZAR** amarra e prender o lençol em todas extremidades do arco plástico de isolamento (8 pontas)
 - se necessário, utilizar barreira mecânica (Top Dan, Blockout, duralay ou superbonder)

- fazer o embrocamento do conjunto com **CLOREXIDINA a 2%**

- **Cirurgia de acesso**

- a. determinar o ponto de eleição a partir da estrutura dental remanescente
- b. estabelecer a direção de trepanação e a forma de conveniência (utilizar broca esférica diamantada em esmalte e carbide em dentina)
- c. remover o teto da câmara pulpar com brocas esféricas e o acabamento e refinamento da cavidade é realizado com broca tronco-cônica 3083, (verificar se existe remanescente de teto com a parte angulada do explorador número 5)
- d. é importante sempre obter uma referência oclusal/incisal estável para a odontometria, sendo que, em casos de dentes destruídos é necessário criá-la
- e. dar divergência para oclusal/incisal e alisar as paredes axiais
- f. preparar o bisel cavo superficial (utilizar broca diamantada em formato de chama de vela / pêra ou broca Shofu)
- g. lavar com hipoclorito de sódio 1% (utilizar cânula fina tipo Endo EZE com ½ cana lateral na ponta, acoplada à seringa de 5cc com êmbolo de silicone, autoclaváveis e, aspirar com cânula grossa tipo White Mac e intermediário autoclaváveis Ultradent®)
- h. remover com curetas afiadas o conteúdo eventual da câmara pulpar
- i. lavar novamente com hipoclorito de Sódio 1% e aspirar
- j. certificar-se da remoção completa do tecido cariado
- k. repetir o embrocamento do campo operatório com **CLOREXIDINA a 2%**

- **Acesso e Preparo da entrada do canal**

- a. localização das entradas dos canais (utilizar explorador de ponta reta para canais amplos e lima tipo K #15 pré curvadas para canais estreitos)
- b. exploração e dilatação inicial com lima de fino calibre aquém do CRI (nos. 10, 15 e 20)
- c. preparo das entradas dos canais (brocas de Largo, normalmente n.1 ou n.2 para canais estreitos e n. 3 para canais amplos - instrumentos rotatórios de uso cervical)
- d. lavar com hipoclorito de sódio 1% (utilizar cânula fina tipo Endo EZE com ½ cana lateral na ponta, acoplada à seringa de 5cc com êmbolo de silicone, autoclaváveis e, aspirar com cânula grossa tipo White Mac e intermediário autoclaváveis Ultradent®)
- e. repetir o embrocamento do campo operatório com **CLOREXIDINA a 2%**

- **Esvaziamento do canal radicular**

- **Pulpectomia**

Após a cirurgia de acesso, realizar pulpotomia com curetas afiadas ao nível da entrada dos canais, controlando o sangramento com hipoclorito e bolinhas de algodão estéreis

- a. rever o comprimento real do instrumento (CRI)
- b. em canais retos, com uma lima tipo K de fino calibre descolar a polpa da parede do conduto até o CRI
- c. com uma lima K pré-curvada e de calibre adequado (mínimo #15), penetrar até o CRI
- d. com a lima em posição, radiografar pela técnica do paralelismo (conseguida por meio do grampo para isolamento absoluto) com

incidência excêntrica, visando o terço apical, para obter a distância da ponta do instrumento até o vértice radiográfico da raiz (X)

- e. obter o comprimento real do dente ($CRD = CRI + X$) – CANAL DENTINÁRIO E CEMENTÁRIO
 - f. obter o comprimento real do canal dentinário ($CRC = CRD - 1$ mm), pois o limite de trabalho do endodontista abrange somente o canal dentinário, normalmente 1mm aquém do vértice radiográfico, nas proximidades da Junção CDC
 - g. obter o comprimento real de trabalho para dentes portadores de polpa viva, onde devemos abranger o canal dentinário respeitando o remanescente tecidual apical, importante para orientar o processo reparacional ($CRT = CRC - 0,5mm$)
 - h. calibrar uma lima K de fino calibre, (mínimo #15) na medida do CRT e colocá-la no canal radicular, tomando cuidado para não enovelar a polpa
 - i. tirar a radiografia de confirmação do CRT
 - j. selecionar uma lima H (mínimo #15), penetrar até o CRT, realizar pressão lateral contra a parede do canal e tracionar em direção oclusal. Repetir esta manobra em todas as paredes até a total remoção do tecido pulpar
 - k. em canais atresiadados ou curvos a pulpectomia é realizada concomitantemente ao preparo do canal
- **Penetração Desinfetante**
- a. rever o CRI
 - b. preencher a câmara pulpar com hipoclorito de sódio 1%
 - c. introduzir no canal radicular, com suaves movimentos de vaivém, uma lima K de pequeno diâmetro, calibrada na medida do CRI, de modo que ela alcance cerca de 2 mm além da entrada do conduto
 - d. remover o instrumento, irrigar com hipoclorito de sódio 1% e aspirar
 - e. preencher novamente a câmara pulpar com hipoclorito de sódio 1%, reintroduzir a lima K com suaves movimentos de vaivém, fazendo com que ela avance 2 mm do limite anterior
 - f. remover o instrumento, irrigar com hipoclorito de sódio 1% e aspirar
 - g. preencher a câmara pulpar com hipoclorito de sódio 1%, reintroduzir a lima K com suaves movimentos de vaivém, fazendo com que ela avance 2 mm do limite anterior (repetir essa manobra até que o instrumento atinja o CRI)
 - h. com a lima em posição (agora utilizar lima de calibre mínimo #15), radiografar pela técnica do paralelismo (conseguida por meio do grampo para isolamento absoluto) com incidência excêntrica, visando o terço apical, para obter a distância da ponta do instrumento até o vértice radiográfico da raiz (X)
 - i. obter o comprimento real do dente ($CRD = CRI + X$)
 - j. obter o comprimento real do canal dentinário ($CRC = CRD - 1$ mm)
 - k. obter o comprimento real de trabalho ($CRT = CRC$) – Devemos trabalhar em toda a extensão do canal dentinário pois a contaminação microbiana compromete todo o sistema de canais radiculares.
 - l. realizar a manobra de penetração desinfetante até o CRT
 - m. tirar a radiografia de confirmação do CRT com a lima em posição (mínimo #15), valendo-se da técnica do paralelismo (conseguida por meio do grampo para isolamento absoluto) com incidência

excêntrica, visando o terço apical, para obter a distância da ponta do instrumento até o vértice radiográfico da raiz (X)

- **Desobturação**
 - a. corrigir os possíveis erros cometidos na cirurgia de acesso
 - b. rever o CRI
 - c. remover o material presente na câmara pulpar com curetas afiadas e brocas esféricas. Pode-se utilizar brocas de Largo no terço cervical ou calcadores aquecidos de diâmetro compatível à entrada do canal)
 - d. com pinça clínica levar o solvente (óleo de casca de laranja ou eucaliptol) à câmara pulpar e, pela ação de capilaridade preenchê-la
 - e. com o auxílio de uma lima K seccionada e com a ponta afilada (instrumento preparado) realizar movimentos de penetração, criando espaços na guta-percha para que o solvente infiltre.
 - f. lavar a câmara pulpar com hipoclorito de sódio 1%, preenchê-la novamente com solvente e repetir a manobra anterior, valendo-se agora de uma lima K (mínimo #15) não preparada até atingir o CRI
 - g. com a lima em posição, radiografar pela técnica do paralelismo (conseguida por meio do grampo para isolamento absoluto) com incidência excêntrica, visando o terço apical, para obter a distância da ponta do instrumento até o vértice radiográfico da raiz (X)
 - h. obter o comprimento real do dente ($CRD = CRI + X$)
 - i. obter o comprimento real do canal dentinário ($CRC = CRD - 1 \text{ mm}$)
 - j. obter o comprimento real de trabalho ($CRT = CRC$)
 - k. complementar a desobturação até o CRT, **SUBSTITUINDO** o solvente pelo Endo-PTC nas proximidades do limite apical
 - l. lavar abundantemente com hipoclorito de sódio 1% e tirar a radiografia de confirmação do CRT

- **Preparo do canal radicular**
 - a. realizar o preparo radicular valendo-se da **TÉCNICA CÉRVICO-APICAL**
 - localização e exploração do canal com limas K de fino calibre (# 15 e # 20)
 - preparo do 1/3 cervical com brocas de Largo # 2 ou # 3 com movimentos de penetração e pressão lateral no sentido anti-curvatura, sem forçá-la para dentro do canal
 - trabalhar na porção reta do canal, não ultrapassando o 1/3 médio do canal
 - recapitular com lima K de fino calibre
 - preparo do 1/3 médio do canal com brocas de Gates Glidden # 2 ou # 3 com movimento de penetração e ligeira pressão apical. **NÃO EXERCER PRESSÃO LATERAL**
 - recapitular com lima K de fino calibre
 - até esta fase trabalhamos tendo como referência a medida do CRI (sempre aquém, nos terços cervical e médio do canal)
 - obter o valor de “x” e concluir os cálculos odontométricos, observando a diminuição do grau de curvatura do canal

- lima # 20 alcança o CRT, graças ao melhor acesso e remoção da concrecência dentinária e diâmetro anatômico
 - preparo do 1/3 apical com limas do tipo K ou K Flexíveis pré-curvadas, dependendo se o canal é curvo ou não, valendo-se de movimentos de imagem no sentido anti-curvatura para canais curvos
 - dilatação do 1/3 apical com instrumento **IGUAL OU MAIOR A LIMA # 30**
 - **sempre irrigar fartamente com hipoclorito de sódio 1% entre as etapas anteriores**
- b. levando em consideração as condições anátomo-patológicas do elemento dentário no qual se está intervindo, selecionar a seqüência de instrumentos a ser utilizada na instrumentação, e com o auxílio de limitadores de silicone calibrar as limas na medida do CRT
 - c. colocar os instrumentos que deverão ser utilizados no Clean Stand
 - d. repetir o embrocamento do campo operatório
 - e. lavar a câmara pulpar com hipoclorito de sódio 1% e aspirar
 - f. preencher a câmara com Endo-PTC (cânula grossa tipo White Mac acoplada à seringa de 5cc com êmbolo de silicone autoclaváveis Ultradent[®]) e com o primeiro instrumento selecionado, levá-lo ao interior do canal
 - g. gotejar hipoclorito na câmara pulpar, observar a reação de efervescência e iniciar a instrumentação com a primeira lima

A INSTRUMENTAÇÃO DEVE OCORRER, OBRIGATORIAMENTE, NA PRESENÇA DA EFERVESCÊNCIA. CASO ELA CESSAR, É NECESSÁRIO RENOVAR A SUBSTÂNCIA QUÍMICA (ENDO-PTC E HIPOCLORITO DE SÓDIO 1%)

- h. após a utilização de toda a seqüência de instrumentos previamente selecionados, realizar a manobra de preparo apical-PA: para canais retos, selecionar o instrumento superior ao último instrumento utilizado no preparo químico cirúrgico-PQC, calibrar no CRT, levá-lo até essa medida e com movimentos de ¼ à direita e ¼ à esquerda criar um batente apical ou ombro apical; para canais curvos: selecionar o instrumento superior ao último instrumento utilizado no preparo químico cirúrgico-PQC, pré-curvar e calibrar no CRT, levá-lo até essa medida e com 2 movimentos apenas de tração, criar um batente apical ou ombro apical
- i. terminada a instrumentação, lavar a câmara pulpar com hipoclorito de sódio 1% (utilizar cânula fina tipo Endo EZE com ½ cana lateral na ponta, acoplada à seringa de 5cc com êmbolo de silicone, autoclaváveis e, aspirar com cânula grossa tipo White Mac e intermediário autoclaváveis Ultradent[®]) até não observar mais a efervescência

- **Irrigação e Aspiração**

- a. usar no mínimo 10ml de hipoclorito de sódio 1% por canal (cânula fina tipo Endo EZE com ½ cana lateral na ponta, acoplada à seringa de 5cc com êmbolo de silicone, autoclaváveis), calibrada 3mm aquém do CRT, melhorando a capacidade de limpeza. A ½ cana lateral na ponta da cânula fina têm a finalidade de evitar a injeção da solução irrigante para a

região do periápice e, facilitar o refluxo da solução em direção cervical

- b. usar no mínimo 10ml de EDTA-T à 17% ou Ácido Cítrico 15% por canal (cânula fina tipo Endo EZE com ½ cana lateral na ponta, acoplada à seringa de 5cc com êmbolo de silicone, autoclaváveis), calibrada 3mm aquém do CRT, melhorando a capacidade de limpeza. A ½ cana lateral na ponta da cânula fina têm a finalidade de evitar a injeção da solução irrigante para a região do periápice e, facilitar o refluxo da solução em direção cervical
- c. irrigar com movimentos simultâneos de penetração e retirada, apoiando a agulha em uma das paredes do canal, potencializando o deslocamento dos debrís dentinários e sujidades, melhorando a capacidade de limpeza
- d. concomitantemente à irrigação, promover a aspiração, posicionando a cânula aspiradora grossa (tipo White Mac e intermediário autoclaváveis Ultradent®) nas proximidades da entrada do canal, potencializando o poder de arraste dos debrís dentinários e sujidades para cervical, similar ao turbilhonamento
- e. complementar a secagem do canal radicular, aspirando com cânulas de calibre progressivamente menores, capaz de penetrar no canal, promovendo aspiração no terço médio (cânula tipo capillary tip verde Ultradent®) e, terço apical (cânula tipo capillary tip roxa Ultradent®) Para secagem final do canal são utilizadas cones de de papel absorvente
- f. secar os canais com cones de papel absorventes estéreis de tamanho compatível com o instrumento utilizado no preparo apical-PA

- **Medicação Intracanal**

- a. para utilização de qualquer medicação intracanal é necessário calibrar a agulha **ESTÉRIL** 3 mm aquém do CRT
- b. colocar o tubete de medicação (**NDP** para casos de polpa viva ou **Ca(OH)₂** para casos de polpa morta) na carpule
- c. O Ca(OH)₂ P.A. pode ser manipulado com anestésico ou PRP até que tome consistência pastosa. Pode ser inserido com limas tipo K e condensado com cones de papel e calcadores tipo Paiva. Neste caso radiografe antes de completar o selamento.
- d. utilizar PRP **APENAS** quando o preparo químico-cirúrgico em dentes com polpa morta não foi completado
- e. preencher os canais até a medicação fluir para a câmara pulpar

OBS.: A SELEÇÃO DO CASO, A HABILIDADE DO OPERADOR E AS CONDIÇÕES DO TRATAMENTO PODEM PERMITIR A OBTURAÇÃO EM SESSÃO ÚNICA. NESTA SITUAÇÃO DEVE-SE DEIXAR A MEDICAÇÃO NDP CERCA DE 5 MINUTOS ATUANDO ANTES DE PROCEDER ÀS MANOBRAS DE OBTURAÇÃO.

- **Selamento provisório**

- a. colocar uma bolinha de algodão estéril na entrada do canal
- b. colocar uma fina camada de guta-percha em bastão (caso seja possível – dependência da espessura da cavidade) na entrada do canal em dentes uniradiculares, ou no assoalho da câmara pulpar em dentes multiradiculares
- c. preencher o restante da cavidade com cimento provisório (Cavit, Cimpat, Cotosol, Citodur, Tempore, IRM, ionômero de vidro, com espessura não inferior do que 3 a 5mm, dependendo do material

- utilizado no selamento provisório com a finalidade de impedir infiltrações entre sessões)
- d. remover o isolamento absoluto e relativo
 - e. verificar a oclusão

2. Segunda sessão:

- **Avaliação do Pós-operatório**
 - a. deve ser feita no mínimo 72 horas após o preparo químico-cirúrgico-PQC
 - b. o paciente não deve relatar dor e, caso esta tenha ocorrido, ela não deve ter ultrapassado as primeiras 48 horas
 - c. não deve ser observado dor à palpação apical ou à percussão vertical ou horizontal
 - d. o dente não deve apresentar mobilidade e muito menos edema ou fístula
- **Preparo para a terapia endodôntica**
 - a. anestesia
 - b. preparo do dente para o isolamento absoluto:
 - c. escolha do grampo (número deve estar anotado na ficha)
 - d. isolamento relativo com rolete de algodão ou gaze no fundo de sulco vestibular
 - e. isolamento absoluto
 - f. levar em posição o conjunto lençol/grampo
 - g. soltar o lençol das aletas do grampo e adaptá-lo ao colo do dente usando fio dental, porém sem realizar amarra
 - h. fazer o embrocamento do campo operatório com **CLOREXIDINA a 2%**
- **Remoção do curativo**
 - a. remover o selamento provisório com brocas esféricas, curetas e exploradores
 - b. remover o curativo de demora irrigando com hipoclorito, limas de fino calibre e aspirando
 - c. repetir o embrocamento do campo operatório com **CLOREXIDINA a 2%**
- **Irrigação e Aspiração**
 - a. promover a remoção da medicação intracanal pela irrigação do canal com hipoclorito de sódio 1% e Endo-PTC, repassando a instrumentação do canal com o último instrumento utilizado no PQC, com apelo às substâncias químicas
 - b. se necessário, refazer o preparo apical
 - c. verificar se há exsudação hemorrágica, serosa ou purulenta
 - d. caso não haja, proceder a manobra de irrigação e aspiração com 10ml de hipoclorito de sódio a 1% e em seguida 10ml de EDTA-T à 17% ou Ácido Cítrico 15% por canal
- **Prova do cone**
 - a. selecionar um cone principal de diâmetro igual a lima empregada na manobra de preparo apical-PA
 - b. desinfetar o cone principal e os secundários, colocando-os num pote Dappen ou placa de Petri repleto de hipoclorito de sódio à 1% ou inundação dos cones com hipoclorito de sódio à 1%, valendo-se da seringa de irrigação sob uma compressa de gaze antes da prova do cone

- c. iniciar a escolha do cone principal pelo teste visual (o cone deve chegar no CRT visualizando-o na referência oclusal ou incisal e não ultrapassá-lo quando forçado em direção apical)
 - d. o segundo teste para a seleção do cone principal é o tátil (o cone deve apresentar travamento apical (ligeira resistência quando tracionado em direção oclusal/incisal)
 - e. o último teste é o radiográfico (verifica se o canal cirúrgico respeitou os limites do canal anatômico, atingindo o limite determinado na radiografia de confirmação de odontometria-CRT)
 - f. escolhido o cone principal, marcar o cone na referência oclusal (imprimindo pressão com o mordente da pinça Perry) e retirá-lo, mantendo-o no pote Dappen ou placa de Petri contendo hipoclorito de sódio 1%
- **Secagem do canal**
 - a. empregar cânulas de fino calibre e cones de papel absorvente **ESTÉRIL** de diâmetro correspondente ao instrumento do preparo apical
 - b. verificar novamente se há exsudação
 - c. proteger o canal com cone de papel seco e **ESTÉRIL**
 - **Obturação**
 - a. **manipulação do cimento AH-Plus-** utilizar placa de vidro ou bloco de papel e espátula número 24 estéreis, valendo-se de porções iguais das pastas (cerca de 0,5 cm de cada pasta para cada canal).

NO MOMENTO DA OBTURAÇÃO, OS CONES PRINCIPAIS E SECUNDÁRIOS DEVEM SER SECOS COM GAZE ESTÉRIL, ANTES DE SER APLICADO O CIMENTO OBTURADOR
 - b. **inserção do cimento** - o paciente deve estar posicionado de forma que o ápice do dente esteja num plano inferior a entrada do canal radicular. O cone principal ou secundário deve ser utilizado para levar o cimento para o interior do canal. Um pouco de cimento, é levado na ponta do cone, ao interior do canal radicular, pincelando as paredes do canal de apical para cervical, tomando-se o cuidado de não bombear cimento para o forame, o que poderia provocar extravasamentos. Esse procedimento deverá ser repetido até que o cimento flua para a câmara pulpar. Posicionar o cone principal na medida do CRT
 - c. no caso de dentes multirradiculares, promover a colocação de todos os cones principais
 - d. em seguida realizar a condensação lateral, a partir do primeiro cone secundário, com espaçadores digitais de calibre adequado buscando espaço para a colocação dos cones secundários, sempre dos menores para os maiores diâmetros e os mais longos precedem os curtos, buscando maior quantidade de guta percha do terço apical para o cervical, com menor quantidade possível de cimento obturador
 - c. tomar a **radiografia de qualidade de obturação**
 - d. **Cortes dos cones** - aquecer ao rubro o calcador modelo Paiva de tamanho compatível a entrada do canal, cortar os cones (2 mm abaixo do colo clínico nos dentes anteriores e pré-molares e ao nível do assoalho da câmara pulpar nos molares).
 - e. Com calcadores frios e de menor calibre realizar a manobra de condensação vertical.

- f. **Limpeza da cavidade** - limpar o excesso de cimento da câmara pulpar com bolinhas de algodão embebidas em álcool.

- **Selamento final**
 - a. aplicar 1mm de cimento provisório (Citodur, Cavit, Cimpat, Cotosol, Tempore), umedecer uma bolinha de algodão em água, deixar por 1 minuto
 - b. secar e preencher toda a cavidade com Ionômero de vidro selando toda a câmara pulpar, 3mm espessura, no mínimo
 - c. remover o isolamento absoluto e relativo
 - d. verificar a oclusão, realizando alívio articular se necessário

- **Radiografia final**
 - a. Radiografar com posicionador para a técnica do paralelismo e, se possível, utilizar filme duplo para realizar a radiografia final