

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

GUIA CURRICULAR

CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

MÓDULO III

**Participando do controle e
incidência das doenças bucais**

Manual do Docente

Belo Horizonte, 2011

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Av. Augusto de Lima, 2.061 - Barro Preto - BH - MG

CEP: 30190-002 - www.esp.mg.gov.br

Unidade Geraldo Campos Valadão

Rua Uberaba, 780 - Barro Preto - BH - MG

CEP: 30180-080

www.esp.mg.gov.br

Damião Mendonça Vieira

Diretor Geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Luciana Tarbis Mattana Saturnino

Superintendente de Educação

Marilene Barros de Melo

Superintendente de Pesquisa

Tânia Mara Borges Boaventura

Superintendente de Planejamento, Gestão e Finanças

Fabiane Martins Rocha

Assessora de Comunicação Social

Audrey Silveira Batista

Assessor Jurídico

Nina de Melo Dávil

Auditora Geral

Michael Molinari Andrade

Coordenador de Educação Permanente - SEDU/ESP-MG

Clarice Castilho Figueiredo

Coordenadora de Educação Técnica – SEDU/ESP-MG

Fernanda Jorge Maciel

Coordenadora de Educação Superior – SEDU/ESP-MG

Patrícia da Conceição Parreiras

Coordenadora do Núcleo de Gestão Pedagógica – SEDU/ESP-MG

Conteudista/Elaboração

Cristiane Carvalho Barbosa

Erica Menezes dos Reis

Heloisa Corrêa Moreira Bistene

Patrícia da Conceição Parreiras

Roberta Moriya Vaz

Revisão Pedagógica

Núcleo de Gestão Pedagógica – SEDU/ESP-MG

Fabiane Martins Rocha

Editora Responsável

Produção Gráfica e impressão: Autêntica Editora

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rod. Prof. Américo Gianetti, s/n, Ed. Minas, Serra Verde,

Belo Horizonte-MG

www.saude.mg.gov.br

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Wagner Eduardo Ferreira

Secretário Adjunto de Estado de Saúde de Minas Gerais

Maurício Rodrigues Botelho

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Wagner Fulgêncio Elias

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Daniele Lopes Leal

Diretoria de Saúde Bucal

Jorge Luiz Vieira

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

Cristina Luiza Ramos da Fonseca

Superintendente de Gestão de Pessoas

Aline Branco Macedo

Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas

Eustáquio da Abadia Amaral

Superintendente de Planejamento e Finanças

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Esplanada dos Ministérios. Edifício Sede, Bloco G, Ed. Sede, Sala 751 - Zona Cívico-Administrativa – Brasília-DF

CEP: 70058-900

E-mail: degerts@saude.gov.br

Alexandre Padilha

Ministro da Saúde

Milton Martins de Arruda

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Sigisfredo Luis Brenelli

Diretor do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde

Clarice Aparecida Ferraz

Coordenadora Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

M663g

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Guia Curricular. Curso Técnico em Saúde Bucal: Módulo III – Participando do controle e incidência das doenças bucais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. – Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

Manual do Docente
88.; il.

ISBN: 978-85-62047-03-9

1. Saúde bucal. 2. Saúde bucal, estudo e ensino. I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

WU 13

MÓDULO III

Participando do controle e incidência das doenças bucais

Unidade 2 - Atividades Restauradoras.....	7
---	---

Atividades de Concentração:

Atividade I – Acolhimento.....	9
Atividade II – Nomenclatura e Classificação das Cavidades.....	9
Atividade III – Classificação de Cavidades.....	13
Atividade IV – Relaxamento.....	17
Atividade V – Isolamento do Campo Operatório.....	17
Atividade VI – Restauração Dentária.....	21
Atividade VII – Restauração de Amálgama.....	21
Atividade VIII – Técnica de Manipulação e Condensação do Amálgama.....	22
Atividade IX – Dinâmica.....	25
Atividade X – Restauração de Amálgama em Cavidade de Classe II – Parte I.....	26
Atividade XI – Restauração de Amálgama em Cavidade de Classe II – Parte II.....	27
Atividade XII – Restauração de Classe V.....	28
Atividade XIII – Restauração de Resina.....	28
Atividade XIV – Características das Resinas e Técnica para Restauração Dentária.....	29
Atividade XV – Dinâmica.....	31
Atividade XVI – Restauração de Resina em Cavidades de Classe III e IV.....	32
Atividade XVII – Restauração de Resina em Cavidade de Classe V.....	32
Atividade XVIII – Cimento de Ionômetro de Vidro I.....	33
Atividade XIX – Cimento de Ionômetro de Vidro II.....	34
Atividade XX – Dinâmica.....	36
Atividade XXI – Instrumento para Manipulação e Inserção dos Cimentos de Ionômetro de Vidro.....	36
Atividade XXII – Inserção do Cimento de Ionômetro de Vidro na Cavidade.....	37
Atividade XXIII – Cimento de Fosfato de Zinco – Parte I.....	38
Atividade XXIV – Cimento de Fosfato de Zinco – Parte II.....	38
Atividade XXV – Dinâmica.....	40
Atividade XXVI – Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol.....	41
Atividade XXVII – Cimento de Hidróxido de Cálcio.....	42
Atividade XXVIII – Dinâmica.....	44
Atividade XXIX – Vide a Bula.....	44
Atividade XXX – Manual: Restaurações Dentárias.....	45
Atividade XXXI – Relato de Experiências no Serviço.....	46
Atividade XXXII – Restaurações Indiretas, Confeções de Provisórios e de Próteses (Totais e Parciais) – Parte I.....	46
Atividade XXXIII – Dinâmica.....	47
Atividade XXXIV – Restaurações Indiretas, Confeções de Provisórios e de Próteses (Totais e Parciais) – Parte II.....	49
Atividade XXXV – Ciclo Restaurador.....	52
Atividade XXXVI – Orientações para as Atividades de Dispersão.....	53

Atividades de Dispersão:

Atividade I – Isolamento Absoluto e Relativo.....	54
Atividade II – Restauração de Amálgama Classe I.....	54
Atividade III – Restauração de Amálgama Classe II.....	55
Atividade IV – Restauração de Amálgama Classe V.....	56
Atividade V – Restauração de Resina Classe III.....	56
Atividade VI – Restauração de Resina Classe IV.....	57
Atividade VII – Restauração de Cimento Ionômetro de Vidro (CIV).....	57
Atividade VIII – Manipulação do Fosfato de Zinco.....	58
Atividade IX – Manipulação e Inserção do Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol.....	58
Atividade X – Manipulação e Inserção do Cimento de Hidróxido de Cálcio.....	59

Unidade 3 - Noções básicas de metodologia de ensino e aprendizagem.....	63
---	----

Atividades de Concentração:

Atividade I – Acolhimento.....	65
Atividade II – A Importância da Aprendizagem.....	65
Atividade III – O TSB como Educador.....	66
Atividade IV – Três Respostas Pedagógicas para uma Situação-Problema.....	67
Atividade V – Dinâmica: Planejamento Para Quê? Com Quem? Como?.....	68
Atividade VI – Práticas Pedagógicas.....	69
Atividade VII – A Educação no Serviço.....	70
Atividade VIII – Educação Permanente.....	71
Atividade IX – Dinâmica: Que Será Que É?.....	73
Atividade X – Capacitação ou Educação Permanente?.....	74
Atividade XI – Uma Estratégia Integrada Para Ação Educativa.....	78
Atividade XII – Orientações para as Atividades de Dispersão.....	80
Atividade XIII – Fechamento e Avaliação.....	81

Atividades de Dispersão:

Atividade I – Atividades Educativas.....	82
--	----

MÓDULO III

**Participando do controle e incidência
das doenças bucais**

UNIDADE 2

ATIVIDADES RESTAURADORAS

UNIDADE 2

Atividades Restauradoras

OBJETIVO

Realizar os cuidados necessários, os procedimentos higienizadores do campo operatório (local) e dos materiais a serem utilizados antes e depois da realização dos atos cirúrgicos.

ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

Serão apresentadas a seguir as atividades pedagógicas a serem realizadas em sala de aula (período de concentração) e no ambiente de trabalho (período de dispersão) correspondentes a Unidade de Estudo 2 do Módulo III.

Esta Unidade de Estudo está articulada a conjunto de atividades, de forma a propiciar o engajamento dos alunos no processo de aquisição de novos conhecimentos que favoreçam a reflexão sobre o seu contexto e o processo de trabalho.

Este guia contém descrição detalhada das atividades a serem desenvolvidas, incluindo dinâmicas e textos de estudo para os alunos, bem como referências bibliográficas de apoio ao docente, além de atividades relacionadas a conhecimento prévio e avaliações.



ATIVIDADE I – ACOLHIMENTO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Acolher e conhecer a expectativa dos alunos em relação ao assunto desta unidade.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Acolher os alunos para o início da unidade de estudo;
- Solicitar o relato dos alunos sobre:
 - Qual a sua expectativa em relação ao conteúdo que será abordado nesta unidade, o grau de conhecimento e empatia em relação ao tema?

Fechamento

- Motivar os alunos para o desenvolvimento das atividades desta unidade de estudo.



ATIVIDADE II – NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DAS CAVIDADES

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Identificar a nomenclatura e classificação das cavidades.

Material

- Papel kraft e pincel atômico;
- Sugestão: figuras e fotos;
- Texto: “Nomenclatura e classificação das cavidades” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Apresentar uma exposição dialogada através de uma síntese do tema utilizando-se de quadro, papel kraft ou power point;
- Ler o texto: “Nomenclatura e classificação das cavidades” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Inserir as palavras desconhecidas no glossário;

- Fazer as considerações complementares durante as apresentações;
- Sugestão: o docente poderá ilustrar a aula com figuras, fotos ou demonstrar as cavidades através de dentes de modelo ou naturais preparados.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas durante a atividade proposta.



TEXTO PARA LEITURA

NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DAS CAVIDADES

Cristiane Carvalho Barbosa¹

A cavidade preparada em um dente pode ser denominada de acordo com o número de faces em que ocorre	
Cavidade Simples	Envolve só uma face do dente
Cavidade Composta	Envolve duas faces do dente
Cavidade Complexa	Envolve três ou mais faces do dente

A cavidade preparada em um dente pode ser denominada de acordo com as faces envolvidas (recebe o nome das mesmas e costuma ser abreviada com as letras iniciais de cada uma, sem pontuação)	
Cavidade preparada na face oclusal do dente	Cavidade oclusal = O
Cavidade preparada na face oclusal e face mesial do dente	Cavidade méso-oclusal = MO
Cavidade preparada na face oclusal e face distal do dente	Cavidade dista-oclusal = DO
Cavidade preparada na faces mesial, oclusal e distal do dente	Cavidade méso-ocluso-distal = MOD
Cavidade preparada nas faces mesial, oclusal e lingual	Cavidade méso-ocluso-lingual = MOL

A cavidade preparada em um dente pode ser denominada de acordo com a forma e a extensão das cavidades	
Intracoronárias (inlay)	São cavidades preparadas no interior da estrutura dentária, que podem ser comparadas a uma caixa com a tampa aberta (Ex.: cavidade oclusal e cavidade méso-oclusal).

¹ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Intra-extracoronárias	São preparos que podem se estender sobre as cúspides parcial (onlay) ou totalmente (overlay) e/ou a outras faces do dente (Ex.: cavidade mésio-ocluso-distal com redução de uma, duas ou mais cúspides, onlay, ou cavidade MOD com redução de todas as cúspides, overlay).
Extracoronárias parciais	São preparos dentários que envolvem três faces axiais do dente (mesial, distal e vestibular) e a face oclusal ou incisal (Ex.: preparo dentário para coroa parcial $\frac{3}{4}$ em dentes anteriores, ou $\frac{4}{5}$ em dentes posteriores, que apresentem redução parcial [onlay] ou total [overlay] das cúspides ou borda incisal).
Extracoronárias totais	São preparos dentários em que todas as faces axiais e oclusal ou incisal do dente são reduzidas e recobertas (overlay) pelo material restaurador (Ex.: preparo dentário para coroa total).

Classificação das cavidades segundo Black	
Cavidade classe I	Cavidades preparadas em regiões de cicatrículas e fissuras na face oclusal de pré-molares e molares, na região vestibular de molares, na face lingual dos incisivos superiores e na face palatina dos molares superiores.
Cavidade classe II	Cavidades preparadas nas faces proximais dos pré-molares e molares.
Cavidade classe III	Cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos, sem remoção do ângulo incisal.
Cavidade classe IV	Cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos, com remoção e restauração do ângulo incisal.
Cavidade classe V	Cavidades preparadas no terço gengival, que não sejam áreas de cicatrículas, das faces vestibular e lingual de todos os dentes.

Exemplos:



Cavidade simples, oclusal-O, intracoronária, classe I.



Cavidade simples, lingual-L, intracoronária, classe I.



Cavidade composta, disto-oclusal, intracoronária, classe II.



Cavidade composta, méso-ocluso-distal, intracoronária, classe II.



Cavidade complexa, méso-ocluso-lingual, intracoronária, classe II.



Cavidade extracoronária parcial (onlay).



Cavidade extracoronária total (overlay).

Fonte: MANDARINO, F. *et al.* *Nomenclatura e classificação das cavidades*. 2003. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/amalgama/amalgama_01/amalgama_01.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

Referências

MANDARINO, F. *et al.* *Nomenclatura e classificação das cavidades*. 2003. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/amalgama/amalgama_01/amalgama_01.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.

MONDELLI, J. *et al.* *Fundamentos de dentística operatória*. São Paulo: Editora Santos, 2006. 343 p.



ATIVIDADE III – CLASSIFICAÇÃO DE CAVIDADES

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Classificar as cavidades dentárias.

Material

- Nenhum.

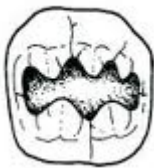
Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Solicitar a classificação das cavidades;
- Sortear um grupo para apresentar a classificação em plenária;
- Pedir que os outros grupos façam a complementação necessária.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.

Classifique as cavidades a seguir:















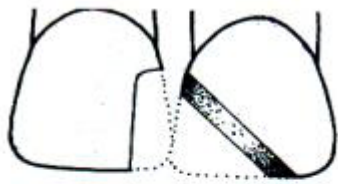


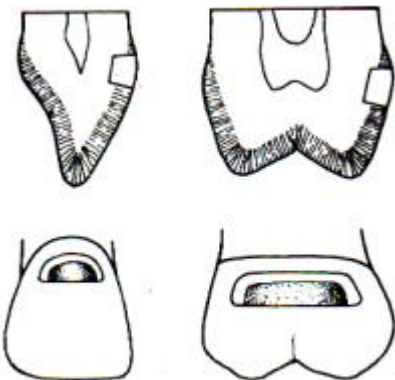












Referências

MANDARINO, F. et al. *Nomenclatura e classificação das cavidades*. 2003. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/amalgama/amalgama_01/amalgama_01.html>. Acesso em: 17 jan. 2011.



ATIVIDADE IV – RELAXAMENTO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Promover um momento de descontração e relaxamento.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Formar um círculo;
- Orientar com as seguintes instruções:
 - a) levantar;
 - b) espreguiçar;
 - c) inspirar profundamente;
 - d) expirar lentamente;
 - e) caminhar pela sala para movimentar os músculos.

Fechamento

- Solicitar que todos voltem aos seus lugares, fechem os olhos e fiquem em silêncio por alguns instantes com vistas a um relaxamento e se prepararem para a próxima atividade.



ATIVIDADE V – ISOLAMENTO DO CAMPO OPERATÓRIO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o tema: isolamento absoluto e relativo.

Material

- Sugestão: material para demonstração de isolamento absoluto e relativo, fotos, slides ou figuras;
- Texto: “Isolamento do campo operatório” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Fazer a leitura circular do texto: “Isolamento do campo operatório” – Cristiane Carvalho Barbosa;

- Inserir as palavras desconhecidas no glossário;
- Promover uma exposição dialogada, com ilustração dos dois tipos de isolamento, assim como dos instrumentos e materiais necessários para sua realização;
- Discutir as vantagens e desvantagens de cada tipo de isolamento e conhecer os tipos de isolamento utilizados na prática de cada aluno.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

ISOLAMENTO DO CAMPO OPERATÓRIO

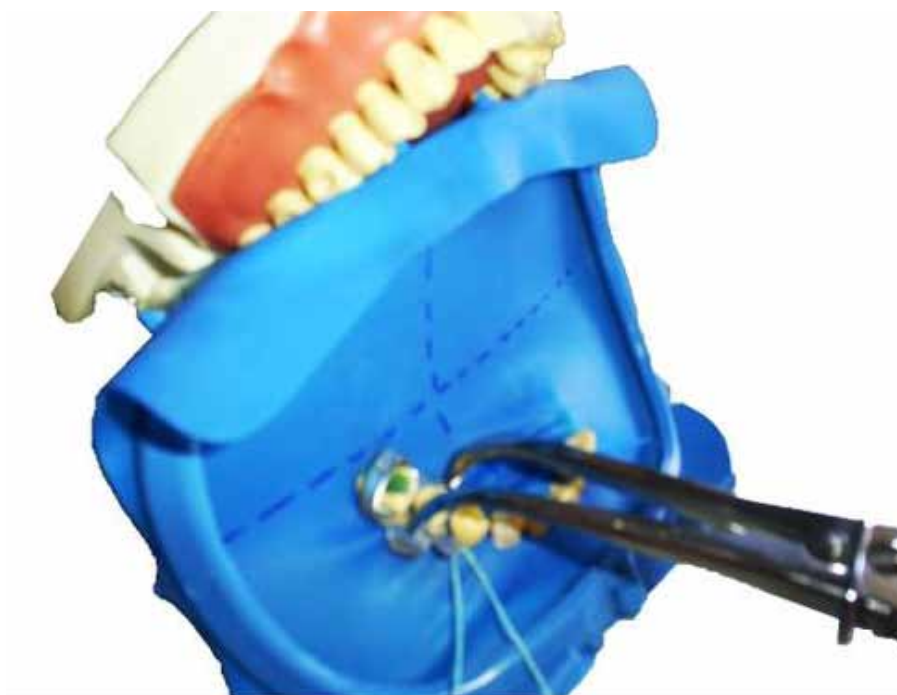
Cristiane Carvalho Barbosa²

Para realizar restaurações dentárias, é necessária a utilização do isolamento relativo ou absoluto. O dente a ser restaurado deverá estar seco, limpo, com o preparo cavitário pronto, antes da inserção ou condensação do material restaurador na cavidade.

ISOLAMENTO ABSOLUTO

Permite um campo operatório livre de umidade e a confecção de uma restauração de qualidade. Possibilita o afastamento e a proteção dos tecidos moles, melhora a visibilidade do campo operatório, cria condições adequadas para inserção e condensação dos materiais restauradores e protege o paciente da aspiração ou deglutição de fragmentos de material restaurador durante o procedimento operatório.

O isolamento absoluto sempre que possível deve ser utilizado.



Fonte: < http://www.fotolog.com.br/debyinha_m/32424062>. Acesso em: 17 jan. 2011.

² Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

MATERIAIS E INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO ISOLAMENTO ABSOLUTO

Lençol de borracha

É um material feito de látex, que pode ser encontrado de várias cores, pode ser vendido em rolos ou já cortado em quadrados, pronto para usar.



Fonte: <<http://www.patologiaoral.com.br/endo/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

Perfurador do lençol de borracha

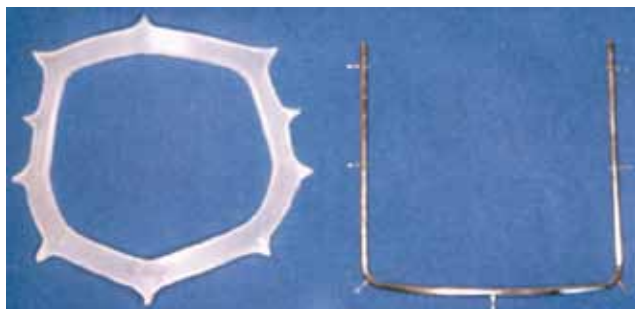
É um instrumento utilizado para realizar furos no lençol com diâmetro necessário para acomodar os dentes a serem isolados.



Fonte: <<http://www.endonline.com.br/bookline/arsenal/isolamento.htm>> e <<http://www.patologiaoral.com.br/endo/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

Porta-dique de borracha

É um dispositivo utilizado para manter o lençol de borracha esticado em uma posição correta que não atrapalhe a visualização do campo operatório. Pode ser de plástico ou de metal, o primeiro é indicado para procedimentos endodônticos, pois não interfere na realização das radiografias.



Fonte: <<http://www.patologiaoral.com.br/endo/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

Grampos

Os grampos são utilizados para manter o lençol de borracha estável junto aos dentes.

Série de grampos:

200 a 205	Molares
206 a 209	Pré-molares
210 a 212	Dentes anteriores
W8A, 14A e 26	Adaptam-se na maioria dos dentes posteriores



Grampos 209, 211, 207, 201, 14, 13, 12ª

Fonte: <<http://www.endonline.com.br/bookline/arsenal/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

Pinça porta grampo

É utilizada para levar o grampo ao dente.



Fonte: <<http://www.patologiaoral.com.br/endo/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

Isolamento relativo

É indicado para a realização de restaurações provisórias, ou em condições em que seja impossível utilizar isolamento absoluto. São utilizados rolos de algodão e gazes.

Referências

ARSENAL ENDODÔNTICO – isolamento. Disponível em: <<http://www.patologiaoral.com.br/endo/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.

MONDELLI, J. et al. *Fundamentos de dentística operatória*. São Paulo: Editora Santos, 2006. 343 p.

RUIZ, P. A.; ANDRADE, A. K. M. Isolamento absoluto em endodontia. Publicado em 17 de setembro de 2002. Disponível em: <<http://www.endonline.com.br/bookline/arsenal/isolamento.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2011.



ATIVIDADE VI – RESTAURAÇÃO DENTÁRIA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender as restaurações dentárias.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 3 grupos;
- Fazer as seguintes afirmações:
 - “Nenhum material restaurador é melhor que a estrutura dental”;
 - “Na dúvida, não restaure”;
 - “Quanto menor a restauração, mais resistente é o dente”.
- Cada grupo ficará responsável em fazer considerações sobre cada afirmação para discussão em plenária;
- Explorar o debate enfatizando a importância do diagnóstico adequado e a indicação de restauração somente em situações nas quais não exista dúvida;
- Enfatizar a necessidade da ruptura do ciclo restaurador repetitivo e orientar sobre o desafio da máxima atitude em prevenção, máxima preservação do dente e mínima restauração.

Fechamento

- Concluir o tema Restauração Dentária, para dar início ao tema Restauração de Amálgama.



ATIVIDADE VII – RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender a técnica de restauração de amálgama.

Material

- Sugestão: utilização de slides, ilustrações, modelos, materiais e instrumentos demonstrativos.

Desenvolvimento

- Avaliar os conhecimentos da turma sobre a técnica de restauração com amálgama;
- Promover uma exposição dialogada sobre o uso de instrumental para a condensação, escultura, bruni-mento, acabamento e polimento da restauração;
- Demonstrar, passo a passo, a técnica de restauração com amálgama;
- Retomar a discussão da Atividade VI, salientando novamente a importância do diagnóstico adequado e a indicação de restauração somente em situações em que não exista dúvida: “na dúvida, não restaure”; da necessidade da ruptura do ciclo restaurador repetitivo e do desafio da máxima atitude em prevenção, máxima preservação e mínima restauração: “quanto menor a restauração, mais resistente é o dente”.

Fechamento

- Esclarecer que a sistematização acontecerá na próxima atividade com a leitura do texto.



ATIVIDADE VIII – TÉCNICA DE MANIPULAÇÃO E CONDENSAÇÃO DO AMÁLGAMA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir sobre a técnica de manipulação e condensação do amálgama.

Material

- Texto: “Restauração de Amálgama” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Ler o texto: “Restauração de Amálgama” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Inserir as palavras desconhecidas no glossário;
- Refletir se o texto está de acordo com os passos levantados pela turma em relação à manipulação e condensação do amálgama.

Fechamento

- Fazer a sistematização do tema com apresentação de slides (sugestão).



TEXTO PARA LEITURA

RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA

Cristiane Carvalho Barbosa³

O amálgama dentário é um material muito utilizado na odontologia, principalmente para a restauração dos dentes posteriores. Uma liga de amálgama resulta da reação entre várias substâncias químicas (à base de prata, estanho, cobre, zinco, dentre outros componentes) e mercúrio em estado líquido na temperatura ambiente. As ligas que possuem cobre produzem amálgamas com uma melhor qualidade, e as que contêm zinco em sua composição não podem entrar em contato com água, por isso, se for utilizar isolamento relativo, é indicado o uso de ligas sem zinco.

Em relação à restauração de resina, o amálgama possui menor sensibilidade pós operatória, dura mais tempo, é radiopaco (ou seja, é mais facilmente visualizado nas radiografias), por ter uma cor diferente da do dente facilita no momento de sua remoção e a capacidade de selar a margem da restauração ao longo do tempo. Uma boa liga para amálgama permite que a restauração com durabilidade média de 12 a 15 anos, sendo que aproximadamente 90% das restaurações de amálgama são funcionais por mais de 10 anos.

As falhas nas restaurações de amálgama estão associadas, geralmente, ao trabalho do cirurgião-dentista, do seu auxiliar, ou do cuidado do paciente.

PROPORÇÃO

A quantidade de mercúrio a ser utilizada depende do tipo de liga e do método de trituração do amálgama. Recomenda-se que seja utilizada uma quantidade mínima de mercúrio. A relação de mercúrio-liga recomendada, principalmente para ligas que contêm cobre, é de 1:1 (uma parte de mercúrio para uma parte de liga). Algumas ligas com formato de limalha precisam de uma quantidade maior de mercúrio, como de 6:5 ou de 7:5. Para saber a proporção correta, é necessário conhecer as recomendações do fabricante, contidas na bula, da liga que será utilizada. A adição de mercúrio após a trituração é contraindicada.

Atualmente são amplamente utilizadas as cápsulas descartáveis que contêm quantidades pré-proporcionadas de mercúrio e liga. As mesmas contêm ligas tanto na forma de comprimidos quanto na forma pré-proporcionada de pó; associados a uma quantidade adequada de mercúrio, esses dois componentes são fisicamente separados um do outro, dentro desta cápsula, a fim de evitar a amalgamação durante a armazenagem.

TRITURAÇÃO

A trituração é a mistura do mercúrio com o pó da liga, cujo produto é uma massa plástica que será levada à cavidade preparada no dente para condensação da restauração. A trituração deficiente ou excessiva diminui a resistência da restauração. A trituração pode ser realizada com o uso de gral e pistilo, durante 1-2 minutos, ou através de amalgamadores mecânicos com controle da velocidade e tempo de apenas alguns segundos. Quando são utilizados amalgamadores (método mecânico), a cápsula funciona como um gral, e um pistilo de plástico ou de metal, menor que a cápsula, é colocado no interior desta, e funciona como o pistilo. Neste método as cápsulas devem estar bem fechadas para que o mercúrio não vaze para o ambiente de trabalho. Para regular a velocidade e o tempo de trituração, nos amalgamadores, devem-se respeitar as recomendações do fabricante da liga. É importante não tocar a massa com as mãos, pois pode umedecê-la. As ligas pré-dosadas não requerem o uso do pistilo.

Para a trituração manual, o mercúrio é misturado à liga no momento da restauração. A adaptação do gral ao pistilo deve ser realizada previamente com o uso de carborundum e água, em seguida, ambos, gral e pistilo, deverão ser polidos novamente com branco de espanha e água, e depois lavados com água pura.

³ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Na trituração movimenta-se o pistilo contra as paredes do gral, misturando os componentes. O término da trituração manual é constatado manualmente, através das seguintes observações: não há mais partículas da liga soltas; houve coesão da massa de amálgama, e a massa de amálgama não adere ao gral.

O mercúrio e a liga podem ser pesados e acondicionados em recipientes seguros e identificados, para agilizar o trabalho no consultório.

CONSISTÊNCIA DA MISTURA

- Mistura muito mole, brilhante e pegajosa: pode ter sido supertriturada ou há excesso de mercúrio. O excesso de mercúrio poderá ser removido envolvendo a mistura em um lençol de linho que deverá ser torcido com uma pinça, o excesso de mercúrio deverá ser depositado em um recipiente próprio.
- Mistura fosca, ressecada, granulosa: quantidade de mercúrio insuficiente.
- Mistura com superfície lisa, homogênea.

CONDENSAÇÃO

O objetivo da condensação é compactar a liga na cavidade preparada a fim de obter a maior densidade possível com uma quantidade de mercúrio suficiente. Durante a condensação, o campo operatório deve ser mantido seco.

O material deve ser inserido na cavidade e imediatamente condensado com uma pressão suficiente para remover os vazios e adaptar o material às paredes da cavidade, a ponta do condensador é forçada com pressão manual, sobre a massa de amálgama. A condensação deve ser iniciada no centro e em seguida a ponta do instrumental deve forçar a massa contra as paredes do preparo cavitário. Após a condensação, a superfície deve ter uma aparência brilhante, isso indica que há mercúrio suficiente para se difundir com o incremento seguinte, garantindo uma união entre eles. Deste modo, a massa de amálgama deve ser inserida até completar toda a cavidade. Se a porção triturada não for suficiente, uma nova massa de amálgama pode ser preparada e inserida, desde que o amálgama já inserido não esteja endurecido ou tenha perdido sua plasticidade.

A condensação do amálgama pode ser realizada por dispositivos automáticos, que proporcionam resultados semelhantes à condensação manual e que provocam menos fadiga do profissional.

Escultura e acabamento

Após a condensação do amálgama na cavidade, deve-se esculpir a restauração para produzir a anatomia correta do dente. Se a técnica for adequada, o amálgama deverá estar pronto para a escultura ao final da condensação. Em seguida, a restauração deve ser alisada, através da brunidura. O acabamento final da restauração só deve ser realizado após completo endurecimento do amálgama, que ocorre após 24 horas.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Materiais dentários* – Manual para ACD e THD. Belo Horizonte, 1997.

MARSHALL, S. J. *et al.* Amálgamas dentais. In: ANUSAVICE, K. J. *Materiais dentários*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 764 p.



ATIVIDADE IX – DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre trabalho em equipe.

Material

- Peças do quebra-cabeça.

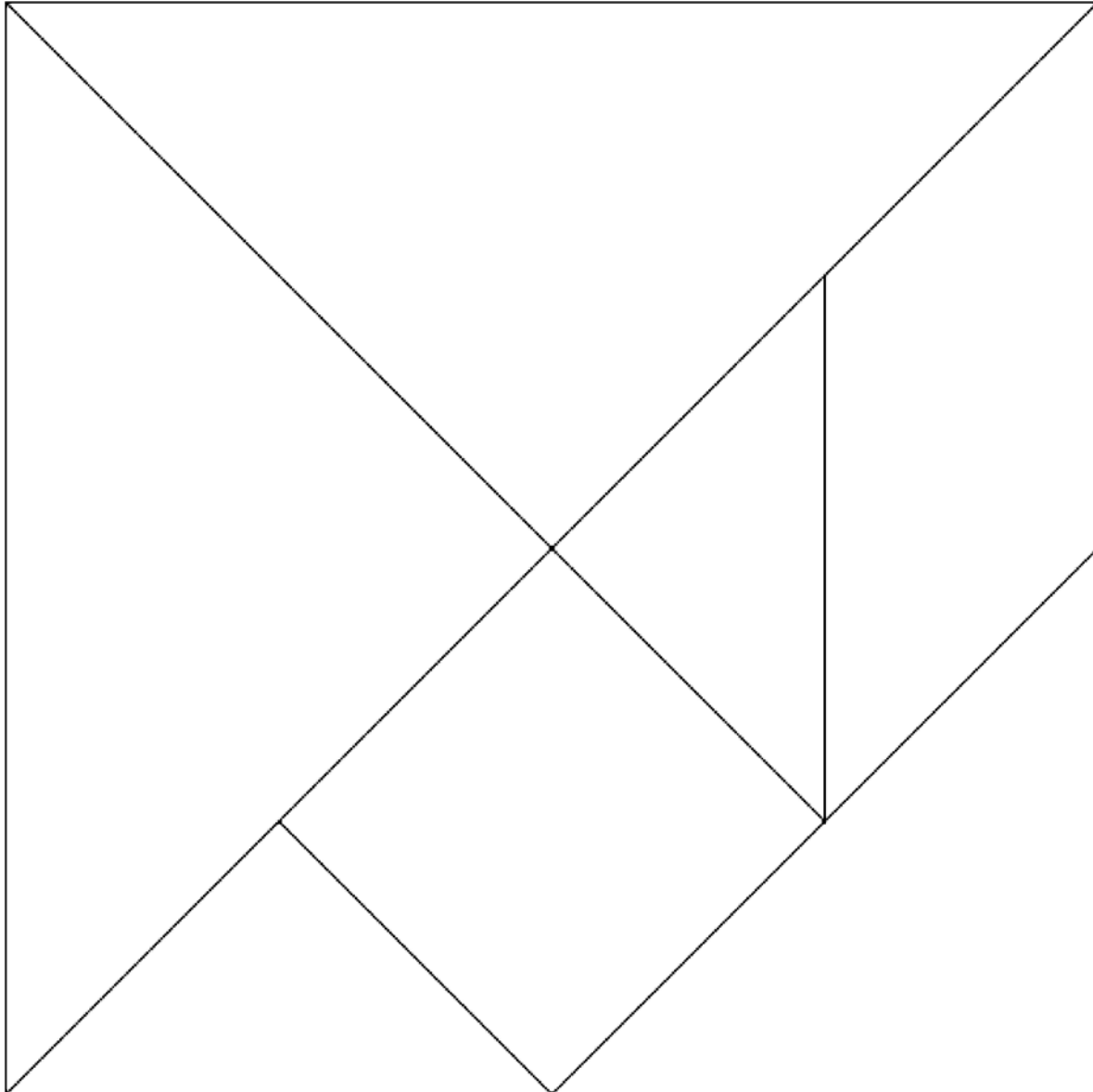
Desenvolvimento

- Instruções para a montagem de quatro quebra-cabeças:
 - 1) escolher quatro figuras diferentes;
 - 2) colar atrás de cada figura um papel colorido. Cada figura com uma cor diferenciada;
 - 3) após colagem, cortar cada figura de forma a criar um quebra-cabeça.
- Dinâmica:
 - Solicitar que a turma forme 4 grupos;
 - Distribuir aleatoriamente as peças do quebra-cabeça de maneira que cada grupo fique com peças de cores variadas;
 - Pedir que cada grupo monte seu quebra-cabeça;
 - Estabelecer um tempo máximo de 10 minutos para cada grupo montar sua figura;
 - Ficar atenta ao desenvolvimento da atividade verificando os pontos:
 - Comunicação; interação; parceria; doação; trabalho em equipe.
 - Ao final dos 10 minutos, pedir que todos apresentem a figura montada;
- Solicitar que os alunos relatem o sentimento vivenciado durante a montagem da figura e qual a atitude, as estratégias do grupo para concluir a atividade proposta.

Fechamento

- Relatar que a proposta da atividade visa ao trabalho em equipe;
- O trabalho só seria possível com a interação de toda a turma, a partir das trocas das peças do quebra-cabeça entre os grupos.

Exemplo de uma figura:



ATIVIDADE X – RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA EM CAVIDADE DE CLASSE II – PARTE I

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender a cavidade classe II para restauração com amálgama e refletir sobre suas características.

Material

- Papel A4;
- Sugestão: desenhos, figuras ou dentes preparados para restaurações tipo classe II para amálgama.

Desenvolvimento

- Apresentar dentes humanos previamente preparados (MO, DO e MOD) e discutir as características do preparo (convergência, nome das paredes cavitárias, etc.) ou utilizar figuras/desenhos com esses tipos de preparo;
- Considerar a importância da preservação da crista marginal em lesões proximais e do preparo de cavidade que conserve, sempre que possível, tal estrutura;
- Lembrar que as cavidades MO ou MOD são restritas a situações clínicas preexistentes;
- Discutir com a turma as características do preparo para restaurações de amálgama classe II e sobre a crista marginal e a importância de sua preservação.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XI – RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA EM CAVIDADE DE CLASSE II – PARTE II

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Compreender a técnica e instrumentais para a realização de restaurações de amálgama classe II;
- Promover o manuseio do instrumental complementar para o procedimento restaurador em cavidades classe II.

Material

- Papel A4;
- Sugestão: material necessário para a confecção de restauração classe II.

Desenvolvimento

- Apresentar o material usado para restauração classe II (matriz, porta-matriz, cunha);
- Listar os passos da técnica;
- Fazer demonstrações de restauração classe II em dentes previamente preparados;
- Discutir os passos da técnica para restaurações classe II;
- Sintetizar o tema fazendo as considerações necessárias.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XII – RESTAURAÇÃO DE CLASSE V

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender as técnicas de restauração classe V.

Material

- Papel A4;
- Sugestão: material necessário para restauração de classe V em amálgama.

Desenvolvimento

- Listar junto com os alunos os passos para restauração classe V de amálgama;
- Promover a observação e demonstração dos procedimentos de restauração classe V em amálgama.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XIII – RESTAURAÇÃO DE RESINA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender os passos da técnica restauradora com resina.

Material

- Papel A4, papel kraft/cartolina/quadro e pincel atômico.

Desenvolvimento

- Listar os passos da técnica restauradora com resina em papel kraft/cartolina/quadro;
- Promover um debate solicitando aos alunos que relatem como são realizadas as restaurações de resina no seu trabalho;
- Fazer uma exposição dialogada da técnica de restauração com resina;
- Salientar a discussão sobre o uso de instrumental para condensação, acabamento e polimento da restauração e as normas de controle de infecção na prática odontológica.

Fechamento

- Fazer o levantamento das dúvidas e esclarecê-las;
- Colocar para a turma que a sistematização do tema acontecerá na próxima atividade.



ATIVIDADE XIV – CARACTERÍSTICAS DAS RESINAS E TÉCNICA PARA RESTAURAÇÕES DENTÁRIAS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender as características das resinas e sua técnica para restauração dentária.

Material

- Texto: “Restaurações de Resina” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Fazer a leitura circular do texto: “Restaurações de Resina” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Inserir as palavras desconhecidas no glossário;
- Comentar cada parágrafo;
- Fazer a sistematização do tema.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

RESTAURAÇÕES DE RESINA

Cristiane Carvalho Barbosa⁴

As resinas compostas foram desenvolvidas devido às suas características estéticas, são indicadas para restauração de dentes anteriores e posteriores. Existem as resinas quimicamente ativadas (fornecidas sob a forma de pó-líquido, pasta-líquido ou pasta-pasta) e as ativadas por luz (apresentadas na forma de pasta única).

As resinas compostas são constituídas por:

- a) Matriz resinosa.

⁴ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

- b) Partículas de cargas (que melhoram as propriedades do material).
- c) Agente de união (que promove a união entre a matriz e as partículas de carga).
- d) Sistema ativador-inibidor: o ativador inicia a reação de polimerização e seu início de ação depende da mistura das pastas-resinas quimicamente ativadas – ou ativação da luz – nas resinas ativadas pela luz; o inibidor impede que a reação de polimerização inicie espontaneamente.
- e) Modificadores ópticos: são responsáveis pela cor da resina; o objetivo é produzir restaurações semelhantes a estrutura dentária.

Conforme o tamanho das partículas de carga, as resinas podem ser classificadas da seguinte maneira:

- a) Resinas compostas tradicionais, convencionais ou macropartículas: apresentam partículas de cargas maiores em comparação com os outros tipos de resinas, sua principal desvantagem é a rugosidade superficial da restauração.
- b) Resinas compostas de partículas pequenas: foram produzidas com o intuito de aumentar a lisura superficial da restauração, mantendo ou aumentando as propriedades da resina tradicional. Devido a sua resistência e lisura superficial, são indicadas para restaurações de classe IV.
- c) Resinas compostas de micropartículas: produzem uma superfície mais lisa e translúcida que as duas primeiras. Possuem propriedades mecânicas inferiores às das resinas tradicionais, e por isso são contraindicadas para restaurações de classe IV e II. São indicadas para restaurações em superfícies lisas (classe III e V).
- d) Resinas compostas híbridas: foram desenvolvidas para produzir propriedades mecânicas semelhantes às das primeiras categorias e aliadas à lisura superficial e translucidez. As resinas híbridas contêm dois tipos de carga, uma de tamanho maior e outra menor. São indicadas para restaurações de classe IV e posteriores.
- e) Resinas compostas de baixa viscosidade, “flow”: possuem um menor percentual de carga, o que permite que o material escoe com facilidade. São indicadas para uso como forro ou base cavitária em cavidade classe II e pequenas cavidades de classe I. Sua desvantagem é a maior suscetibilidade ao desgaste.

TÉCNICA DE RESTAURAÇÃO COM RESINA

ÁCIDO PARA CONDICIONAMENTO DO DENTE

O condicionamento ácido é realizado para aumentar a adesão mecânica da resina ao dente e reduzir a infiltração marginal. O agente condicionante mais utilizado é o ácido fosfórico a 37% em gel. O ácido deve ser aplicado por aproximadamente 15 segundos. Após o condicionamento, o ácido deve ser enxaguado vigorosamente por 20 segundos com um jato de água, em seguida, o esmalte deve ser totalmente seco. O esmalte seco deve apresentar-se branco e opaco, o que indica um correto condicionamento. A partir deste momento o dente não pode ter contato com a umidade, o que prejudicaria a adesão, e caso isso ocorra o dente deverá ser condicionado novamente.

SISTEMA ADESIVO

PRIMERS

Devido à maior presença de água na dentina, utiliza-se primeiramente o primer sobre a mesma, que possui capacidade de interagir com sua superfície úmida. Para sua aplicação devem ser seguidas as recomendações do fabricante. De acordo com cada produto, podem ser aplicadas de uma a seis camadas. Em seguida, o primer deve ser polimerizado, e ao final a superfície do preparo deve ser seca cuidadosamente com jatos de ar para a remoção do solvente do primer.

ADESIVO

Os adesivos são mais fluidos que a resina composta e assim melhoram a adaptação da resina ao esmalte ou dentina. O adesivo deve ser aplicado após o primer, e a seguir, fotopolimerizado.

Existem vários tipos de sistemas adesivos, alguns apresentam um frasco separado para cada componente, outros apresentam frascos únicos para mais de uma componente (ex.: em um único frasco estão inseridos condicionador e primer), por isso é importante conhecer o material utilizado e seguir as recomendações do fabricante.

INSERÇÃO E POLIMERIZAÇÃO DA RESINA

Ativação química

A polimerização inicia-se com a mistura de duas pastas, após a mistura o incremento deve ser rapidamente inserido e esculpido.

Ativação por luz

A resina deve ser inserida em incrementos de aproximadamente 2 a 3 mm que devem ser polimerizados por aproximadamente 40 segundos, cada.

Referências

ANUSAVICE, K. J. *Materiais dentários*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 764 p.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Materiais dentários – Manual para ACD e THD*. Belo Horizonte, 1997.

NORLING, B. K. Adesão. In: ANUSAVICE, K. J. *Materiais dentários*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 764 p.

RAWLS, H. R.; ESQUIVEL-UPSHAW, J. *Resinas restauradoras*.



ATIVIDADE XV – DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Promover um momento de descontração.

Material

- Quadro ou papel kraft e pincel atômico.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 2 grupos;
- Pensar em uma palavra;
- Colocar no quadro tantos traços quantos forem as letras da palavra e dar uma dica acerca desta;
- A cada rodada, um grupo deverá tentar adivinhar uma letra da palavra (os grupos deverão adivinhar qual é a palavra pensada pelo docente);

- Elaborar um placar para anotar quantos erros e acertos cada grupo teve;
- Ao final, vence quem tiver menos erros e adivinhar mais palavras.

Fechamento

- Reforçar a importância de se trabalhar dinâmicas durante o processo ensino-aprendizagem.



ATIVIDADE XVI – RESTAURAÇÃO DE RESINA EM CAVIDADES DE CLASSE III E IV

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender a restauração de resina em cavidades de classe III e IV.

Material

- Papel A4, papel kraft/cartolina/quadro e pincel atômico.

Desenvolvimento

- Listar os passos para realizar uma restauração de resina em cavidades de classe III e IV;
- Pedir que os alunos relatem suas experiências do local de trabalho;
- Discutir sobre as dificuldades e repensar a prática;
- Explicitar os cuidados e materiais necessários;
- Identificar os cuidados na confecção da restauração;
- Sugestão: ilustrar as atividades com figuras, slides ou demonstração em dente natural ou em modelo.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XVII – RESTAURAÇÃO DE RESINA EM CAVIDADE DE CLASSE V

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender a restauração de resina em cavidades de classe V.

Material

- Papel A4, papel kraft/cartolina/quadro e pincel atômico.

Desenvolvimento

- Listar os passos para realizar uma restauração de resina em cavidades de classe V;
- Relatar as experiências do local de trabalho;
- Explicitar os cuidados e materiais necessários;
- Discutir os cuidados na confecção da restauração;
- Sugestão: ilustrar as atividades com figuras, slides ou demonstração em dente natural ou em modelo.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XVIII – CIMENTO DE IONÔMETRO DE VIDRO I

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender como é utilizado o cimento ionômero de vidro nos vários locais de trabalho.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 4 grupos;
- Escolher um secretário responsável pelo registro, e um relator, que fará a apresentação em plenária;
- Cada grupo deverá responder a cada uma das seguintes questões:
 - Grupo 1: Para que é utilizado o cimento de ionômero de vidro em seu local de trabalho?
 - Grupo 2: Quais os cuidados dispensados ao material em relação a armazenamento, uso e manipulação do cimento ionômero de vidro?
 - Grupo 3: Liste as etapas de manipulação do cimento ionômero de vidro.
 - Grupo 4: Qual a opinião da sua equipe de trabalho em relação ao uso do cimento ionômero de vidro?
- Fazer as intervenções necessárias durante as apresentações;
- Sistematizar enfatizando os cuidados e características do cimento do ionômero de vidro;
- Sugestão: ilustrar as atividades com figuras, slides ou demonstração do material.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XIX – CIMENTO DE IONÔMETRO DE VIDRO II

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Promover o conhecimento sobre o material cimento ionômero de vidro e sua técnica de manipulação.

Material

- Papel A4;
- Texto: “Cimentos de ionômero de vidro” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Ler e discutir o texto: “Cimentos de ionômero de vidro” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Dividir a turma em 2 grupos:
 - Um grupo deverá apontar e registrar as novidades que descobriu após a leitura do texto, e o segundo deverá acrescentar e registrar informações sobre o ionômero de vidro que não estão no texto, mas que são conhecidas pelos alunos através de sua prática cotidiana;
- Ao final, cada grupo deverá apresentar suas considerações;
- Fazer complementações acerca do tema e sintetizar as considerações.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

CIMENTOS DE IONÔMERO DE VIDRO

Cristiane Carvalho Barbosa⁵

São materiais adesivos com atividade anticariogênica, pois liberam flúor na cavidade bucal. Foram utilizados inicialmente para restaurar cavidades de classe III e V, mas, em virtude de sua adesão a estrutura dentária e liberação de flúor, passaram a ser utilizados como agente de cimentação, adesivos para colagem de

⁵ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

braquetes ortodônticos, selantes de sulcos e fissuras, forramentos e bases, núcleos de preenchimento e restaurações intermediárias. Apresentam-se sob a forma de pó e líquido.

Os cimentos de ionômero de vidro podem ser classificados em:

a) Cimentos ionoméricos convencionais:

Tipo I: utilizados para cimentação;

Tipo II: utilizados para restauração;

Tipo III: utilizados para selamento de cicatrículas e fissuras;

Tipo IV: base para proteção sob outros materiais restauradores, como resina.

b) Cimentos de ionômero de vidro reforçados com partículas metálicas:

Apresentam propriedades mecânicas melhoradas devido à incorporação de partículas de metal. São indicados para restauração de dentes permanentes: classe I, classe V, túnel e classe II de dentes decíduos.

c) Cimentos de ionômero de vidro modificado por resina:

Possuem resina em sua composição e podem ser fotoativados ou ativados quimicamente. Esse tipo de cimento ionômero de vidro possui um tempo de trabalho maior e é menos sensível a umidade durante a presa.

Proporcionamento e manipulação do cimento de ionômero de vidro

As recomendações do fabricante devem ser seguidas. O material deve ser manipulado utilizando uma espátula e uma placa de vidro. A placa de vidro resfriada e seca pode ser usada para retardar a reação e aumentar o tempo de trabalho. A placa de vidro pode ser substituída por um bloco de papel. O líquido não pode ser resfriado para não aumentar a viscosidade. É recomendável que o pó e o líquido somente sejam dispensados na placa no momento da manipulação. Para a dispensação do líquido, o mesmo deve ser mantido em posição vertical. A proporção é de uma medida de pó para uma gota do líquido. O pó deve ser dividido em duas ou três partes e aglutinado incorporando uma porção de cada vez ao líquido. O tempo de mistura não deve ultrapassar 45 a 60 segundos. Ao final da aglutinação, a massa deve assemelhar-se a massa de vidraceiro e apresentar aspecto brilhante. Se a massa apresentar aspecto fosco, deverá ser desprezada, e uma nova porção deverá ser manipulada. Em seguida o material deverá ser levado à cavidade e comprimido, pode-se utilizar instrumento plástico ou uma seringa. Após a inserção do cimento na cavidade, utiliza-se uma matriz de poliéster para comprimir e adaptar o cimento por no mínimo cinco minutos. Após a remoção da matriz, a restauração deverá ser coberta por um verniz insolúvel em água ou a base de unha. O acabamento e o polimento só devem ser realizados após 24 horas. Os cimentos de ionômero de vidro também são fornecidos em cápsulas contendo pó e líquido já proporcionados cuja mistura é realizada em um amalgamador.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Materiais dentários* – Manual para ACD e THD. Belo Horizonte, 1997.

SHEN, C. Cimentos odontológicos. In: ANUSAVICE, K. J. *Materiais dentários*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 16. p. 419-468.



ATIVIDADE XX – DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Promover momentos de descontração.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 4 grupos;
- Grupo 1: escolher um integrante para ser o representante que fará as mímicas;
- Grupo 2: escolher o nome de um filme para que o representante do grupo 1 faça as mímicas para o seu grupo adivinhar (o grupo 2 deve falar em segredo com o representante);
- A dinâmica segue em sequência, dando oportunidade para todos os grupos se apresentarem, conforme colocado ao grupo 1 e 2;
- Vence o grupo que adivinhar o maior número de nome de filmes.

Fechamento

- Salientar a importância de momentos de descontração para dar continuidade às atividades do curso.



ATIVIDADE XXI – INSTRUMENTO PARA MANIPULAÇÃO E INSERÇÃO DOS CIMENTOS DE IONÔMETRO DE VIDRO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Sistematizar os conteúdos estudados: os instrumentos necessários para a utilização do cimento de ionômetro de vidro (CIV) e sua ordem de utilização.

Material

- Papel kraft e pincel atômico.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 3 grupos;

- O primeiro grupo deverá listar os instrumentos e dispositivos necessários para a manipulação do CIV;
- O segundo grupo deverá listar os instrumentos necessários para a inserção do COV na cavidade;
- O terceiro grupo deverá listar os instrumentos necessários para a proteção do CIV e ajuste de oclusão;
- Fazer o registro em papel kraft;
- Promover a apresentação dos grupos em plenária;
- Após apresentação dos grupos, apresentar a lista dos instrumentos e sua ordem de utilização.

Fechamento

- Verificar se não há dúvidas sobre o tema.



ATIVIDADE XXII – INSERÇÃO DO CIMENTO DE IONÔMETRO DE VIDRO NA CAVIDADE

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Identificar qual o melhor dispositivo para a inserção do CIV na cavidade.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 2 grupos;
- Escolher um secretário e um relator para fazer registro e apresentação em plenária;
- Solicitar um grupo para enumerar as vantagens da utilização da seringa de inserção de CIV, na cavidade e o outro grupo, as desvantagens;
- Apresentar suas considerações sobre as apresentações e discutir os pontos principais.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE XXIII – CIMENTO DE FOSFATO DE ZINCO - PARTE I

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o uso do cimento fosfato de zinco.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 6 grupos;
- Promover uma discussão em cada grupo sobre o uso do cimento fosfato de zinco, a partir das perguntas:
 - 1) No seu local de trabalho você utiliza o fosfato de zinco? Para qual finalidade?
 - 2) Você e sua equipe têm alguma dificuldade de trabalhar com esse material? Por quê?
 - 3) Quais os cuidados quanto ao seu armazenamento?
 - 4) Quais os cuidados em relação ao proporcionamento?
 - 5) Quais os cuidados em relação à manipulação?
 - 6) Quais os cuidados em relação ao uso do cimento fosfato de zinco?
- Após as discussões nos grupos abrir o debate envolvendo toda a turma em plenária;
- Fazer um breve fechamento das discussões para iniciar a teorização na próxima atividade.

Fechamento

- Concluir salientando que será apresentado na próxima atividade um texto que sistematiza o tema.



ATIVIDADE XXIV – CIMENTO DE FOSFATO DE ZINCO - PARTE II

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Aprofundar os conhecimentos acerca do material cimento de fosfato de zinco.

Material

- Papel A4;
- Texto: “Cimento de fosfato de zinco” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 2 grupos;
- Fazer a leitura do texto: “Cimento de fosfato de zinco” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Orientar que cada grupo prepare cinco perguntas relativas ao texto para um outro grupo responder;
- Solicitar que cada grupo apresente a resposta em plenária;
- Motivar a turma que faça suas considerações e complementações às respostas dos grupos.

Fechamento

- Sistematizar as apresentações, fazendo as considerações que se fizerem necessárias.



TEXTO PARA LEITURA

CIMENTO FOSFATO DE ZINCO

Cristiane Carvalho Barbosa⁶

É um cimento utilizado para fixar restaurações metálicas fundidas (peças metálicas, coroas, pontes fixas, núcleo metálico fundido, entre outros), além disso pode ser utilizado para selamento provisório (curativo). É o mais antigo dos agentes cimentantes. Apresenta-se na forma de pó e líquido, em dois recipientes separados.

Propriedades

Quando o pó é adicionado ao líquido, forma-se, rapidamente, uma substância sólida. O tempo de presa é contado do início da mistura até o momento em que a ponta de uma sonda não penetre na superfície do cimento. Esse tempo necessita ser precisamente controlado, pois, se o cimento endurecer rápido, a viscosidade aumentará tão depressa que será impossível fixar completamente a fundição. Um tempo de presa razoável, na temperatura da cavidade oral, para o cimento de fosfato de zinco situa-se entre 5 e 9 minutos.

Fatores que interferem no tempo de presa do fosfato de zinco

A redução da proporção pó/líquido aumenta o tempo de presa, porém, não é um meio aceitável de se estender o tempo de presa, pois afeta as propriedades físicas do material e resulta em um menor pH da mistura, o que é prejudicial à polpa dentária.

É recomendável a introdução de pequenas quantidades de pó ao líquido por meio de pequenos incrementos para aumentar o tempo de presa, além de permitir que mais pó seja incorporado à mistura.

Quanto maior o tempo de espatulação, dentro dos limites práticos, mais longo é o tempo de presa.

Quanto menor for a temperatura durante a espatulação, mais longo será o tempo de presa. O método mais efetivo para controlar os tempos de trabalho e de presa é regular a temperatura da placa para manipulação. Deve-se ter cuidado ao resfriar a placa para evitar a formação de gotas de água que podem interferir na mistura.

As características ideais do cimento para fixar uma restauração metálica fundida são: consistência cremosa e formar uma película. Para verificar a presença dessas características na mistura, deve-se levantar a es-

⁶ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

pátula, mantendo-a sobre a placa. Se o cimento estiver na consistência correta, ao levantar a espátula se formará um fio de cimento entre ela e a placa. Se o cimento cair gotejando rapidamente, está muito fluido, e se não se descolar da espátula, está muito espesso.

Manipulação

Devem-se seguir as recomendações do fabricante.

A placa de vidro deverá ser resfriada para retardar o tempo de presa. O pó deve ser dividido em várias porções conforme instruções do fabricante. Inicia-se a mistura através da adição de uma pequena quantidade de pó que deve ser espatulada vigorosamente. Deve-se usar uma ampla área da placa. Cada incremento deve ser espatulado de 15 a 20 segundos. A mistura de todo pó ao líquido requer geralmente de 1,5 a 2 minutos. A cimentação deve ser realizada em seguida, antes que o cimento endureça. O líquido do cimento deve ser mantido em vidro tampado e, se o líquido se tornar embaçado, não deverá ser utilizado.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Materiais dentários* – Manual para ACD e THD. Belo Horizonte, 1997.

SHEN, C. Cimentos odontológicos. In: ANUSAVICE, K. J. *Materiais dentários*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 16. p. 419-468.



ATIVIDADE XXV – DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Reconhecer a importância do trabalho em grupo e da comunicação.

Material

- Sugestão: um objeto previamente providenciado pelo docente para a atividade (avental, escova de dente, pasta de dente, fio dental, etc.).

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Esconder um objeto dentro da sala;
- Cada grupo deverá escolher um aluno, que terá seus olhos vendados;
- O aluno escolhido deverá procurar o objeto escondido na sala, guiado apenas pelas orientações dos componentes do seu grupo;
- Afastar móveis ou objetos que possam causar acidente durante a dinâmica;
- Cronometrar o tempo de cada grupo;
- Ao final vence o grupo que encontrar o objeto em menor tempo;

- Solicitar que o aluno que esteve com os olhos vendados expresse o que sentiu durante o desenvolvimento da atividade.

Fechamento

- Finalizar salientando a importância da comunicação.



ATIVIDADE XXVI – CIMENTO DE ÓXIDO DE ZINCO E EUGENOL

Tempo estimado: 2 HORAS

Objetivos

- Compreender o uso do cimento de óxido de zinco e eugenol;
- Elaborar um planejamento para a execução de um curativo em um dente onde foi realizada uma pulpectomia.

Material

- Papel A4, papel kraft e pincel atômico;
- Texto: “Cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE)” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Solicitar que os grupos discutam sobre o tema cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE);
- Após as discussões, que promoveram o levantamento do conhecimento dos alunos sobre o tema, solicitar que leiam o texto: “Cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE)” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Elaborar um planejamento, passo a passo, contendo instrumentais, materiais, cuidados e técnicas necessárias para a confecção de um curativo no dente de um paciente de 23 anos, do sexo masculino, que será encaminhado para tratamento de canal no CEO;
- Fazer o registro em papel kraft para apresentação em plenária;
- Fazer intervenções durante as apresentações a fim de complementar os planejamentos elaborados pelos alunos.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

CIMENTO DE ÓXIDO DE ZINCO E EUGENOL (OZE)

Cristiane Carvalho Barbosa⁷

Esses cimentos geralmente se apresentam na forma pó (óxido de zinco) e líquido com eugenol, ou às vezes na forma de duas pastas. Não devem ser utilizados em cavidades que serão restauradas com resina para não interferir na sua polimerização.

Tipos de OZE:

- a) Cimento tipo I: é usado para cimentação provisória;
- b) Cimento tipo II: é utilizado para cimentação de longa duração;
- c) Cimento tipo III: é utilizado como restauração temporária e base para isolamento térmico;
- d) Cimento tipo IV: é indicado para restaurações intermediárias.

Características do OZE:

Quanto maior for a proporção pó/líquido, mais rápido o material tomará presa. O resfriamento da placa de vidro reduz a velocidade da reação de presa. Se o líquido apresentar-se amarelado, é sinal de que está alterado e deve ser descartado.

Manipulação

Devem-se consultar as recomendações do fabricante antes do uso.

Recomenda-se dividir o pó em duas ou três porções. O tempo total de manipulação é de aproximadamente um minuto.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. **Materiais dentários - Manual para ACD e THD**. Belo Horizonte. 1997.

SHEN. C. Cimentos odontológicos. In: ANUSAVICE. K. J. **Materiais dentários**. 11^a ed. Editora Elsevier. RJ. Cap. 16. P. 419-468. 2005.



ATIVIDADE XXVII – CIMENTO DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Compreender o uso do cimento de hidróxido de cálcio.

⁷ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Material

- Quadro, papel kraft e pincel atômico;
- Texto: “Cimento de hidróxido de cálcio” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Solicitar aos alunos que formem uma fila à frente do quadro;
- Cada aluno deverá ir ao quadro e escrever algo relativo ao uso do cimento de hidróxido de cálcio;
- Após o registro de todos os alunos no quadro, o docente deve conduzir uma exposição dialogada sobre cimento de hidróxido de cálcio, partindo dos conhecimentos dos alunos;
- Dividir a turma em grupos;
- Fazer a leitura do texto: “Cimento de hidróxido de cálcio” - Cristiane Carvalho Barbosa;
- Pedir que os alunos elaborem casos clínicos que exemplifiquem as finalidades de uso do cimento de hidróxido de cálcio citadas no texto;
- Cada grupo deverá apresentar seus casos clínicos em plenária.

Fechamento

- Sistematizar fazendo as considerações para complementação do conteúdo.



TEXTO PARA LEITURA

CIMENTO DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO

Cristiane Carvalho Barbosa⁸

O hidróxido de cálcio é o principal material usado para forramento cavitário, é utilizado nos preparos cavitários sobre a dentina e abaixo da restauração.

Finalidades:

- a) Isolamento térmico;
- b) Proteção da polpa à agressão química de materiais (ex.: cimento de fosfato de zinco);
- c) Formação de dentina;
- d) Fixação de restaurações provisórias.

São encontrados sob a forma de duas pastas ou fotopolimerizáveis.

Manipulação

As pastas são manipuladas sobre folhas de papel fornecidas pelo fabricante. As pastas devem ser dispensadas sobre a folha imediatamente antes do início da manipulação. A espatulação dura cerca de dez segundos. São inseridas na cavidade com o auxílio de instrumentos porta-hidróxido de cálcio.

⁸ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Materiais dentários* – Manual para ACD e THD. Belo Horizonte, 1997.

SHEN, C. Cimentos odontológicos. In: ANUSAVICE, K. J. *Materiais dentários*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 16. p. 419-468.



ATIVIDADE XXVIII – DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Relaxar com música.

Material

- Sugestão: letras de músicas.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 3 grupos;
- Responsabilizar dois grupos para cantar em plenária a música escolhida pelo seu grupo;
- Responsabilizar o 3º grupo por observar e avaliar o desempenho dos dois grupos;
- Promover o relato deste 3º grupo sobre o desempenho dos grupos;
- Fazer o seguinte questionamento para as os dois grupos que apresentarem:
 - Quais foram as dificuldades e facilidades para escolher a música e ensaiar para apresentação?

Fechamento

- Refletir sobre a comunicação entre os componentes do grupo e a importância da música para ajudar na fixação de conhecimentos.



ATIVIDADE XXIX – VIDE A BULA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Promover a reflexão sobre a importância de seguir instruções e recomendações.

Material

- Papel A4;
- Sugestão: bulas de diferentes materiais restauradores.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Distribuir aos grupos uma bula, previamente escolhida para a atividade, solicitando que os alunos listem todas as recomendações do fabricante relativas ao uso do material;
- Solicitar aos alunos que reflitam e discutam sobre as seguintes questões:
 - Você segue as recomendações conforme o fabricante?
 - É possível seguir as recomendações do fabricante ou elas estão distantes da realidade?
- Cada grupo deverá apresentar sua lista e conclusões ao final da atividade.

Fechamento

- Concluir fazendo considerações sobre as apresentações dos grupos.



ATIVIDADE XXX – MANUAL: RESTAURAÇÕES DENTÁRIAS

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o manual dos equipamentos utilizados nas confecções de restaurações dentárias.

Material

- Sugestão: manual de uso de equipamentos como amalgamadores, de diferentes tipos, fotopolimerizadores, seringas para inserção do ionômero, etc.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Distribuir um manual para cada grupo;
- Solicitar que cada grupo liste as principais recomendações do fabricante para o uso do equipamento para apresentar em plenária;
- Após apresentações, discutir com toda a turma sobre a seguinte questão:
 - No seu local de trabalho, são respeitadas as recomendações do fabricante em relação ao uso desses equipamentos?
- Fazer a sistematização da discussão.

Fechamento

- Concluir fazendo os esclarecimentos às dúvidas dos alunos.



ATIVIDADE XXXI – RELATO DE EXPERIÊNCIAS NO SERVIÇO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Conhecer as experiências dos alunos em relação à confecção de restaurações provisórias, indiretas e próteses totais e parciais.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Formar um círculo;
- Solicitar aos alunos que respondam às questões a seguir (experiências diferentes que vivem em seu local de trabalho), fazendo o registro em papel A4, para debate com toda a turma:
 - Sua equipe realiza algum tipo de restauração indireta, provisórios ou prótese (total ou parcial)?
 - Como são a execução, a técnica e os passos necessários para a realização desses procedimentos?
 - Quais os materiais utilizados?
 - Qual a opinião da equipe em relação à execução desses procedimentos?
 - Qual a opinião dos usuários em relação à execução desses procedimentos?
- Sistematizar a atividade com vistas à maior compreensão dos alunos.

Fechamento

- Concluir salientando que neste momento iniciamos com o levantamento das experiências de cada um. Na próxima atividade os alunos compreenderão melhor a execução dos procedimentos citados nesta atividade.



ATIVIDADE XXXII – RESTAURAÇÕES INDIRETAS, CONFECÇÕES DE PROVISÓRIOS E DE PRÓTESES (TOTAIS E PARCIAIS) - PARTE I

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o passo a passo para a confecção de restaurações indiretas, confecção de provisórios e de próteses (totais e parciais).

Material

- Papel kraft, papel A4 e pincel atômico.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Solicitar aos alunos que listem na folha de papel A4 ou papel kraft, para apresentação em plenária, o passo a passo para a confecção de: restaurações provisórias, restaurações metálicas indiretas, restaurações indiretas de resina, restaurações indiretas de porcelana, próteses totais, próteses parciais provisórias e prótese parcial removível, com base nas experiências profissionais de cada um;
- Discutir os pontos mais importantes de cada apresentação.

Fechamento

- Sistematizar a atividade.



ATIVIDADE XXXIII – DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a mensagem traduzida na letra da música “Epitáfio” - Titãs.

Material

- Sugestão: música “Epitáfio” - Titãs.

Desenvolvimento

- Promover um momento de reflexão, colocando a música “Epitáfio” - Titãs para tocar ou solicitando aos alunos que cantem a música;
- Solicitar que os alunos manifestem os sentimentos vivenciados durante este momento.

Fechamento

- Concluir que esta música é uma grande reflexão sobre a vida de cada um.



Epitáfio⁹

Titãs

Composição: Sérgio Britto

Devia ter amado mais
Ter chorado mais
Ter visto o sol nascer
Devia ter arriscado mais
E até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer...
Queria ter aceitado
As pessoas como elas são
Cada um sabe a alegria
E a dor que traz no coração...
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar...
Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr
Devia ter me importado menos
Com problemas pequenos
Ter morrido de amor...
Queria ter aceitado
A vida como ela é
A cada um cabe alegrias
E a tristeza que vier...
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar...(2x)
Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr...

⁹ Disponível em: <<http://letras.terra.com.br/titas/48968/>>. Acesso em: 02 fev. 2011.



ATIVIDADE XXXIV – RESTAURAÇÕES INDIRETAS, CONFEÇÃO DE PROVISÓRIOS E DE PRÓTESES (TOTAIS E PARCIAIS) - PARTE II

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender sobre a confecção de restaurações indiretas, confecção de provisórios e de próteses (totais e parciais).

Material

- Papel A4;
- Textos:
 - “Restaurações indiretas” - Cristiane Carvalho Barbosa;
 - “Restaurações Provisórias” - Cristiane Carvalho Barbosa;
 - “Prótese total” - Cristiane Carvalho Barbosa;
 - “Prótese parcial removível” - Cristiane Carvalho Barbosa.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em 4 grupos;
- Responsabilizar cada grupo pela leitura de um texto para apresentação da síntese do texto em plenária;
- Promover a sistematização dos textos e discutir com a turma os pontos principais dos conteúdos apresentados.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

RESTAURAÇÕES INDIRETAS

Cristiane Carvalho Barbosa¹⁰

As restaurações indiretas são indicadas para dentes que perderam uma grande parte da estrutura dentária devido à fratura ou cárie e em que não é possível restaurar com técnicas de restauração direta. Elas conferem proteção necessária da estrutura dental remanescente e permitem obter relações de contato e de escultura oclusal melhores. As restaurações indiretas podem ser do tipo INLAY (contidas no preparo, podendo ou não recobrir cúspides, mas não recobrem todas as cúspides) ou ONLAY (recobrem todas as cúspides). Podem ser confeccionadas de ligas metálicas, resina ou cerâmica. A restauração metálica indireta, apesar da sua desvantagem estética, é a que possui melhores propriedades físicas e mecânicas. É também chamada de

¹⁰ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

restauração metálica fundida (RMF). A restauração de resina indireta apresenta a vantagem de reduzir alguns problemas causados durante a confecção das restaurações diretas de resina, como contração de polimerização, abrasão, microinfiltração, além de possuir melhor anatomia, superfícies mais lisas e melhor relação de contato oclusal. As restaurações de cerâmica apresentam estética satisfatória, porém, o seu maior problema é o fato de ser muito friável e necessitar de um desgaste maior do dente para possibilitar que a restauração tenha uma espessura adequada que não prejudique suas propriedades, outras desvantagens são o seu valor, é mais caro, e a sua etapa de confecção laboratorial, que é mais demorada.

Para a confecção de INLAY/ONLAY inicialmente deve ser realizado o preparo do dente, em seguida confecciona-se uma restauração provisória a fim de reproduzir a oclusão, adaptação e forma de contorno da futura restauração definitiva.

A moldagem do preparo pode ser realizada com os seguintes materiais: hidrocoloides, polissulfeto, silicone de condensação ou adição e poliéster. Podem ser utilizadas as seguintes técnicas para moldagem:

a) Técnica de dupla impressão: primeira impressão com material pesado em moldeira → após a moldagem é realizado um alívio nesse material → em seguida insere-se na área aliviada o material de consistência leve e realiza-se a segunda impressão.

b) Técnica de moldagem de única impressão: utilizam-se dois materiais, um com uma viscosidade mais pesada e outro com viscosidade mais leve em uma mesma e única impressão.

Caso necessário, deve ser realizado o afastamento gengival. Após a conclusão da restauração, fase laboratorial, ela é cimentada, no caso das RMFs, com cimento de fosfato de zinco ou cimentos resinosos, no caso das restaurações de resina, com cimentos de ionômero de vidro ou resinosos, e no caso das restaurações cerâmicas, com cimentos resinosos.

Referências

NETTO, N. G.; BURGER, R. C. *Inlay onlay metálica e estética*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2009. 241 p.



TEXTO PARA LEITURA

RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS

Cristiane Carvalho Barbosa¹¹

O material mais utilizado para a confecção de restaurações provisórias é a resina acrílica, mas também pode ser utilizada a resina composta, a primeira é mais fácil e rápida de ser trabalhada, além de mais barata. Atualmente são fabricadas resinas compostas para execução de restaurações provisórias, estas podem se apresentar em dois sistemas de diferentes tipos de ativação: química e fotoativada.

A restauração provisória deve ser confeccionada em todos os casos, pois protege a estrutura dental remanescente de estímulos lesivos de origem física, química e bacteriana, mantém a integridade do periodonto, mantém os contatos proximais e oclusais, permite avaliar o prognóstico de dentes com vitalidade pulpar duvidosa, promove o afastamento gengival quando necessário, possibilita avaliar se o desgaste realizado foi suficiente, avalia a expulsividade do preparo e ainda permite uma função mastigatória correta.

Técnicas para confecção das restaurações provisórias:

a) Através da moldagem do dente antes do preparo:

Molda-se o dente antes de ser preparado, em seguida a resina acrílica deve ser inserida no molde no local correspondente ao dente preparado, desta maneira a moldeira é levada à boca, e após a polimerização da

¹¹ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

resina, o provisório é removido do molde. Na sequência é realizado o reembasamento cervical, para adequada adaptação do provisório; para finalizar, o mesmo é ajustado, acabado e polido e, enfim, cimentado.

b) Com dentes de estoque:

O dente de estoque é selecionado e tem suas faces lingual, cervical ou incisal desgastadas até serem bem adaptadas sobre o dente preparado. Em seguida completa-se o dente de estoque com resina acrílica a fim de cobrir todas as faces preparadas, aguarda-se sua polimerização, procede-se ao ajuste oclusal, acabamento, polimento e à fixação.

Referências

NETTO, N. G.; BURGER, R. C. *Inlay onlay metálica e estética*. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2009. 241 p.
PEGORARO, L. F. *et al. Prótese fixa*. São Paulo: Artes Médicas, 1998. v. 7. 313 p. (Série EAP-APCD.)



TEXTO PARA LEITURA

PRÓTESE TOTAL

Cristiane Carvalho Barbosa¹²

A primeira prótese total superior foi confeccionada em 1962 de um pedaço de molar de hipopótamo. A partir de 1830, o marfim seria um dos principais materiais utilizados para base das dentaduras.

A prótese total substitui ambos os arcos dentários perdidos, osso alveolar e fibromucosa gengival, está relacionada aos problemas de saúde geral do corpo humano. A prótese total reabilita a boca do ser humano, auxilia a recomposição do sistema estomatognático e do bem estar psicossocial.

Espera-se que um dia não precisemos recorrer às próteses totais devido à melhoria da condição de saúde bucal da população, mas no presente elas ainda são necessárias para reabilitação física e psicossocial do indivíduo. A confecção adequada das próteses totais requer conhecimento do profissional em relação à anatomia da cavidade bucal e de sua musculatura que, direta e indiretamente, influenciam na estabilização e retenção das próteses.

Para a moldagem podem ser utilizadas moldeiras de estoque ou individuais. Geralmente é realizada uma primeira moldagem com as moldeiras de estoque e a partir dos modelos produzidos é confeccionada uma moldeira individual, em resina acrílica, que permite reproduzir os detalhes anatômicos com maior fidelidade. Para moldagem podem ser utilizados os seguintes materiais: godiva, gesso solúvel, cera para moldagem, pasta zinco-enólica, hidrocoloides ou elastômeros.

Após a confecção da moldeira individual, realiza-se uma nova moldagem para a obtenção dos moldes secundários. Sobre os mesmos serão confeccionados a base de prova e os arcos de oclusão superior e inferior em cera para a determinação da dimensão vertical de oclusão e curvatura dos arcos. Em seguida os modelos são montados em articulador (equipamento que simula alguns movimentos mandibulares) para a montagem dos dentes e escultura da gengiva. Previamente o dentista já escolheu a cor e o formato dos dentes. Esse conjunto é levado à boca do paciente para avaliação e ajustes necessários e em seguida é incluído em muflas para a confecção da prótese total. Ao final deve ser novamente analisado em articulador para ajuste oclusal, seguido de limpeza e polimento.

Referências

TAMAKI, T. *Dentaduras completas*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1983. 252 p.
TURANO, J. C.; TURANO, L. M. *Fundamento de prótese total*. 8. ed. São Paulo: Editora Santos, 2007. 929 p.

¹² Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.



TEXTO PARA LEITURA

PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR)

Cristiane Carvalho Barbosa¹³

Próteses → substituem os tecidos faltantes por elementos artificiais.

Parcial → substituem um ou mais dentes e estruturas associadas, ou seja, o paciente é parcialmente desdentado.

Removível → pode e deve ser removida para higienização adequada dos dentes.

Seus objetivos são: restaurar a eficiência mastigatória, restaurar a fonética, restabelecer a estética, proporcionar conforto ao paciente, integrar-se ao sistema estomatognático, preservar os tecidos remanescentes.

Seu uso é indicado: em pacientes com extremo livre uni ou bilateral (desdentado posterior), quando há espaços múltiplos sem dentes, em caso de perda óssea extensa anterior, para próteses temporárias, como orientador em reabilitações complexas, como estabilizador de dentes com mobilidade, em contenções de fraturas maxilares, em pacientes com fissura palatina e em odontopediatria (em caso de agenesia ou perda precoce de dentes).

Antes da confecção das PPRs os dentes remanescentes devem ser tratados em caso de apresentarem algum problema bucal e é realizado o contorno e preparo para apoios, quando necessário.

A moldagem para a obtenção do modelo de estudo é realizada com moldeiras perfuradas e alginato, a partir dessa moldagem é confeccionado o modelo de estudo onde serão realizados os planejamentos protéticos. Em seguida podem ser confeccionadas moldeiras individuais em acrílico para obter uma cópia fiel das estruturas bucais, principalmente dos tecidos moles. A partir dessa segunda moldagem obtém-se o modelo de trabalho sobre o qual é realizado o desenho da PPR e seu planejamento. A seguir são realizadas as fases laboratoriais com o objetivo de confeccionar a estrutura metálica. Essa estrutura deve ser experimentada pelo paciente. Em sequência segue o registro das relações intermaxilares, realizadas através de um rolete de cera colocado no espaço desdentado para permitir a montagem dos dentes e escultura do tecido gengival. Previamente, no consultório, o dentista deverá escolher a cor e forma dos dentes. Para concluir a PPR, a cera é substituída por resina, e a prótese é acabada e polida.

Referências

KLIEMANN, C.; OLIVEIRA, W. *Manual de prótese parcial removível*. São Paulo: Editora Santos, 1999. 265 p.

TAMAKI, T. *Prótese parcial fixa e removível*. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1982. 234 p.

TODESCAN, R. *et al. Atlas de prótese parcial removível*. São Paulo: Editora Santos, 1996. 354 p.



ATIVIDADE XXXV – CICLO RESTAURADOR

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Identificar o grau de conhecimento dos alunos sobre o ciclo restaurador.

¹³ Graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UFMG. Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Solicitar que cada grupo reflita sobre a seguinte questão para apresentação em plenária:
 - Sempre que um dente restaurado estiver com cárie, deve-se repetir a restauração?
- Discutir junto com a turma as soluções e alternativas diante de uma restauração com cárie;
- Avaliar a viabilidade da execução das soluções e alternativas;
- Atentar para as técnicas de reparo através de polimentos e consertos.

Fechamento

- Sistematizar o tema Ciclo Restaurador.



ATIVIDADE XXXVI – ORIENTAÇÕES PARA AS ATIVIDADES DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender as atividades de dispersão a serem realizadas no local de trabalho.

Material

- Roteiro para atividades de dispersão.

Desenvolvimento

- Orientar os alunos para as atividades de dispersão a serem realizadas na rotina de trabalho;
- Pedir aos alunos que registrem no seu caderno de atividades suas dúvidas durante a realização das tarefas para serem esclarecidas na próxima concentração.

Fechamento

- Certificar de que não há dúvidas sem esclarecimento em relação às atividades a serem realizadas no local de trabalho.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO

ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DE DISPERSÃO

Para o Curso Técnico em Saúde Bucal estão previstas várias atividades que deverão ser realizadas nos espaços de atuação do aluno, no seu cotidiano de trabalho e acompanhadas pelo docente de dispersão. Cabe aos docentes (concentração e dispersão) e coordenador local esclarecer e motivar com sua contribuição no momento de formação do técnico. Esta contribuição estará criando e fortalecendo o processo de educação permanente da equipe.

Apresentamos abaixo as atividades a serem realizadas nessa fase:



ATIVIDADE I – ISOLAMENTO ABSOLUTO E RELATIVO

Objetivo

- Executar em modelo isolamento absoluto e isolamento relativo.

Material

- Modelo, instrumentos e materiais necessários para realização de isolamento absoluto e relativo.

Desenvolvimento

- Realizar, com a supervisão do docente de dispersão, o isolamento absoluto e relativo em modelo;
- Solicitar ao aluno que faça o registro da experiência, apresentando as suas dificuldades e facilidades;
- Ressaltar alguns cuidados importantes para a realização de um isolamento absoluto e relativo adequados.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE II – RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA CLASSE I

Objetivo

- Exercitar, em dentes humanos previamente preparados ou modelos, a técnica restauradora com amálgama em cavidades classe I.

Material

- Dentes humanos previamente preparados ou dentes de modelo, material para restauração de amálgama.

Desenvolvimento

- Disponibilizar dentes preparados com cavidades classe I;
- Realizar restauração de amálgama classe I em dentes preparados ou modelos, sob orientação do docente de dispersão;
- Solicitar o registro da experiência vivida, apresentando suas dificuldades e facilidades.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE III – RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA CLASSE II

Objetivo

- Executar a técnica restauradora com amálgama em cavidades classe II, em dentes humanos previamente preparados ou modelos.

Material

- Dentes humanos previamente preparados ou dentes de modelo, material para restauração de amálgama.

Desenvolvimento

- Disponibilizar dentes preparados com cavidades classe II;
- Realizar restauração de amálgama classe II em dentes preparados ou modelos, sob orientação do docente de dispersão;
- Preparar uma apresentação, pois será sorteado em sala de aula um aluno para apresentar a experiência;
- Registrar os procedimentos para apresentação na próxima concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE IV – RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA CLASSE V

Objetivo

- Executar a técnica restauradora com amálgama em cavidades classe V, em dentes humanos previamente preparados ou modelos.

Material

- Dentes humanos previamente preparados ou dentes de modelo, material para restauração de amálgama.

Desenvolvimento

- Disponibilizar dentes preparados com cavidades classe V;
- Realizar restauração de amálgama classe V em dentes preparados ou modelos, sob orientação do docente de dispersão;
- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE V – RESTAURAÇÃO DE RESINA CLASSE III

Objetivo

- Executar a técnica restauradora com resina em cavidades classe III, em dentes humanos previamente preparados ou modelos.

Material

- Dentes humanos previamente preparados ou dentes de modelo, material para restauração de resina classe III.

Desenvolvimento

- Disponibilizar dentes preparados com cavidades classe III;
- Realizar restauração de resina classe III em dentes preparados ou modelos, sob orientação do docente de dispersão;

- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE VI – RESTAURAÇÃO DE RESINA CLASSE IV

Objetivo

- Executar a técnica restauradora com resina em cavidades classe IV, em dentes humanos previamente preparados ou modelos.

Material

- Dentes humanos previamente preparados ou dentes de modelo, material para restauração de resina classe IV.

Desenvolvimento

- Disponibilizar dentes preparados com cavidades classe IV;
- Realizar restauração de resina classe IV em dentes preparados ou modelos, sob orientação do docente de dispersão;
- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE VII – RESTAURAÇÃO DE CIMENTO IONÔMETRO DE VIDRO (CIV)

Objetivo

- Executar a técnica restauradora com cimento de ionômero de vidro, em dentes humanos previamente preparados ou modelos.

Material

- Dentes humanos previamente preparados ou dentes de modelo, material para restauração de cimento de ionômero de vidro.

Desenvolvimento

- Realizar restauração de CIV em dentes preparados ou modelos, sob orientação do docente de dispersão;
- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE VIII – MANIPULAÇÃO DO FOSFATO DE ZINCO

Objetivo

- Manipular o fosfato de zinco.

Material

- Materiais e instrumentos necessários para a manipulação do fosfato de zinco.

Desenvolvimento

- Manipular o cimento fosfato de zinco, sob orientação do docente de dispersão;
- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE IX – MANIPULAÇÃO E INSERÇÃO DO CIMENTO DE ÓXIDO DE ZINCO E EUGENOL

Objetivo

- Manipular o cimento de óxido de zinco e eugenol e inseri-lo na cavidade.

Material

- Materiais e instrumentos necessários para a manipulação do cimento de óxido de zinco e eugenol, dente previamente preparado ou dente de modelo.

Desenvolvimento

- Manipular o cimento de óxido de zinco e eugenol e inseri-lo na cavidade, sob orientação do docente de dispersão;
- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE X – MANIPULAÇÃO E INSERÇÃO DO CIMENTO DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO

Objetivo

- Manipular o cimento de hidróxido de cálcio e inseri-lo na cavidade.

Material

- Materiais e instrumentos necessários para a manipulação do cimento de hidróxido de cálcio e eugenol, dente previamente preparado ou dente de modelo.

Desenvolvimento

- Manipular o cimento de hidróxido de cálcio e inseri-lo na cavidade, sob orientação do docente de dispersão;
- Registrar os procedimentos para apresentação na concentração.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.

MÓDULO III

**Participando do controle e incidência
das doenças bucais**

UNIDADE 3

**NOÇÕES BÁSICAS DE METODOLOGIA
DE ENSINO E APRENDIZAGEM**

UNIDADE 3

Noções básicas de metodologia de ensino e aprendizagem

OBJETIVOS

- Conhecer, discutir e refletir sobre as metodologias de ensino em serviço e recursos didáticos.
- Capacitar o aluno para a organização de atividades de educação permanente em saúde bucal, conforme demandas identificadas pela equipe de saúde.

ATIVIDADES PEDAGÓGICAS

Serão apresentadas a seguir as atividades pedagógicas a serem realizadas em sala de aula (período de concentração) e no ambiente de trabalho (período de dispersão) correspondentes à Unidade de Estudo 3 do Módulo III.

Esta Unidade de Estudo está articulada a um conjunto de atividades, de forma a propiciar o engajamento dos alunos no processo de aquisição de novos conhecimentos que favoreçam a reflexão sobre o seu contexto e o processo de trabalho.

Este guia contém descrição detalhada das atividades a serem desenvolvidas, incluindo dinâmicas e textos de estudo para os alunos, bem como referências bibliográficas de apoio ao docente, além de atividades relacionadas a conhecimento prévio e avaliações.



ATIVIDADE I – ACOLHIMENTO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Promover a integração entre os participantes.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Formar um círculo;
- Orientar o início da atividade, solicitando que cada um expresse ao colega da direita “o que deseja para ele”;
- Prosseguir a ação até chegar no docente;
- Promover ao final desta atividade uma reflexão, na qual todos manifestem os sentimentos vivenciados pelo desejo do colega.

Fechamento

- Convidar a turma para dar início às atividades da unidade de estudo.



ATIVIDADE II – A IMPORTÂNCIA DA APRENDIZAGEM

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a importância da aprendizagem.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Formar um círculo;
- Registrar e apresentar uma situação significativa vivenciada, que proporcionou um aprendizado, refletindo em suas vidas;
- Ouvir alguns depoimentos;

- Sistematizar a discussão, evidenciando os diversos espaços de convívio social (casa, escola, trabalho) onde se estabelecem as relações de aprender e ensinar;
- Reforçar o caráter pedagógico presente no dia a dia de trabalho (durante o atendimento ao usuário, no comportamento profissional, nas posturas assumidas, no espaço físico, na organização dos serviços).

Fechamento

- Motivar os alunos para a próxima atividade.



ATIVIDADE III – O TSB COMO EDUCADOR

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Elaborar um plano de atividade educativa dirigido aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Promover uma exposição dialogada;
- Analisar e discutir a seguinte situação:
 - Numa reunião de equipe, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentaram alguns problemas de interesse para a equipe de saúde bucal:
 - 1) crianças menores de dois anos com cárie de acometimento precoce;
 - 2) adolescentes com alta incidência de gengivite;
 - 3) idosos portadores de prótese total mal higienizada.
- Informar que, a partir da situação, foi constatada a necessidade do ACS aprimorar a forma de intervenção junto aos usuários, durante as visitas domiciliares;
- Dividir a turma em três grupos;
- Solicitar que elaborem uma atividade de preparação para o ACS, com vistas à superação da situação encontrada, registrando suas conclusões;
- Para o registro, considerar os seguintes pontos:
 - Delegar a divisão nos grupos (1º grupo: gestantes e bebês; 2º grupo: adolescentes; 3º grupo: idosos);
 - Registrar a importância da equipe e o TSB, como parte desta equipe, colaborando na preparação de outros profissionais (Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde, Agente de Limpeza) para o enfrentamento dos desafios diários dos serviços de saúde;
 - Reforçar ao aluno a sua posição de educador em saúde;

- Solicitar que a metodologia seja detalhada, apresentando o passo a passo de como serão desenvolvidas as atividades do plano de ação;
- Disponibilizar textos de apoio, que possam ser consultados, para auxiliar na montagem do plano. Se necessário, disponibilizar também outros materiais;
- Promover apresentação em plenária.

Fechamento

- Sistematizar a atividade, esclarecendo as dúvidas e complementando com informações necessárias ao fechamento das questões discutidas e apresentadas pelos alunos.



ATIVIDADE IV – TRÊS RESPOSTAS PEDAGÓGICAS PARA UMA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender o processo pedagógico nas abordagens aos usuários.

Material

- Papel A4.

Desenvolvimento

- Analisar a seguinte situação:
 - Numa reunião de equipe, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentaram alguns problemas de interesse para a equipe de saúde bucal:
 - **O CASO:**
 - Durante a visita domiciliar, foi constatado que o ACS aborda o usuário lendo a orientação de que é necessário higienizar a cavidade bucal todos os dias. Com isso, o ACS estava convencido de que, desta forma, conseguia apoiar o usuário nas atividades de controle das doenças bucais;
 - Analisando esse caso, a equipe de saúde bucal observou a necessidade de buscar alternativas de ensino que viabilizem melhores resultados nas abordagens;
 - Na análise, surgiram as seguintes respostas pedagógicas:

Resposta “A”

1. O ACS realiza uma palestra sobre higienização bucal para o usuário, destacando as principais técnicas de escovação e de uso do fio dental.
2. Em seguida, é feita uma demonstração das técnicas utilizando um modelo de gesso. As dúvidas levantadas pelo usuário são respondidas pelo ACS.
3. O usuário “pratica” a higienização no modelo de gesso.

Resposta “B”

1. O ACS solicita que o usuário demonstre como se higieniza a cavidade bucal.
2. A partir daí, reforça os movimentos que auxiliam na desorganização do biofilme e orienta para novas maneiras de se cuidar.

3. Discute as dúvidas existentes e pede que o usuário refaça a higienização aprimorando a técnica usada.

Resposta “C”

1. O ACS demonstra a técnica adequada de higienização.

2. Em seguida, pede para o usuário higienizar a cavidade bucal.

3. Solicita a repetição do cuidado quantas vezes for necessário, até o usuário ajustar-se ao ensinado.

- Dividir a turma em 3 grupos, responsabilizando cada grupo por uma resposta pedagógica;
- Promover que cada grupo faça uma análise das respostas apresentadas, procurando compará-las e distingui-las no que diz respeito ao papel do ACS e do usuário no processo;
- Identificar a concepção de ensinar e aprender da resposta pedagógica referente ao seu grupo;
- Promover a apresentação de cada grupo em plenária;
- Sistematizar as respostas pedagógicas, solicitando aos alunos que escolham a que consideram a mais adequada para a resolução do problema e justifiquem;
- Ressaltar a importância da opção do método pedagógico que reforça a autonomia, a criatividade, o pressuposto de que “ninguém sabe tudo” e “ninguém ignora tudo”, de que as pessoas são corresponsáveis e construtoras do seu conhecimento.

Fechamento

- Destacar a importância de se respeitar os padrões socioculturais dos educandos.



ATIVIDADE V – DINÂMICA: PLANEJAMENTO PARA QUÊ? COM QUEM? COMO?

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Favorecer a integração do grupo.
- Trabalhar conceitos e valores associados ao processo de planejamento participativo.

Material

- Sugestão:
 - sucata diversa (caixas de papelão, vasilhames, tubos de linha vazios, latas de refrigerante, garrafas PET, frascos de soro fisiológico, pedaços de lã e barbante, retalhos de pano, couro, feltro, botões, ferragens etc.);
 - papéis coloridos;
 - cartolinas;
 - jornais e revistas;
 - cola, tesoura, régua;
 - canetas pilot, lápis de cera e lápis de cor.

Desenvolvimento

- Solicitar que os alunos providenciem os materiais para a dinâmica;
- Dividir a turma em grupos;
- Distribuir os materiais aleatoriamente;
- Estimular a criatividade dos participantes de cada grupo na construção/produção de um objeto, para apresentação em plenária;
- Ressaltar que num primeiro momento não haverá instruções nesta produção, os grupos terão liberdade para criar o objeto conforme escolha do grupo;
- Promover as apresentações, solicitando aos grupos que relatem a experiência vivenciada no momento da construção. Para os relatos, solicitar que destaquem os seguintes pontos:
 1. Como decidiram qual objeto fazer?
 2. Foi fácil chegar a um consenso?
 3. Como foi feita a defesa das propostas?
 4. Como escolheram os materiais? Houve intercâmbio de materiais com outros grupos?
 5. E a qualidade do resultado? Correspondeu às expectativas? O que interferiu nesse processo?
- Propiciar uma sistematização, colocando para a turma que as questões levantadas anteriormente, fazem uma correlação com o processo de trabalho. Neste contexto e possibilitando ampliar a discussão, perguntar:
 1. Por que planejar?
 2. Com quem?
 3. Quais são as etapas?
 4. Vocês concordam que os aspectos levantados se relacionam ao processo de planejamento?

Fechamento

- Finalizar concluindo que é fundamental o planejamento nos processos de trabalho.



ATIVIDADE VI – PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as práticas pedagógicas.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;

- Promover uma discussão a partir das questões a seguir (para a discussão, rever as conclusões das atividades III e IV);
- Solicitar o registro das discussões para apresentação em plenária;
- Analisar as conclusões:
 - Para você o que vem primeiro, a teoria ou a prática?
 - Qual o papel do educador e do educando em cada proposta?
 - A concepção pedagógica escolhida pela turma propicia ao ACS relacionar o que sabe aos novos conhecimentos?
 - Os pontos citados no plano de ação são relevantes e pertinentes, para que o ACS compreenda os problemas de saúde bucal a serem enfrentados?
 - Previu-se uma avaliação do ACS? E do Plano de Ação?
- Conduzir a discussão de maneira que cada proposta seja analisada livremente por todos do grupo;
- Reforçar que o exercício tem por objetivo a compreensão dos pressupostos de uma prática educativa crítica;
- Concluir a atividade acrescentando informações sobre:
 - 1) os benefícios advindos de uma prática pedagógica em que se utiliza da teoria para iluminar o cotidiano, o espaço do trabalho, da vida;
 - 2) a importância do educando observar a realidade e emitir uma primeira percepção sobre uma dada situação;
 - 3) o papel do educador enquanto mediador entre o educando e o conhecimento;
 - 4) a necessidade de integração entre ensino-serviço-comunidade como estratégia que possibilite a articulação entre a teoria e a prática;
 - 5) os conteúdos concretos, relacionados com a realidade social, com as dificuldades locais;
 - 6) a avaliação enquanto ação diagnóstica, de processo e de resultados.

Fechamento:

- Esclarecer as dúvidas.



ATIVIDADE VII – A EDUCAÇÃO NO SERVIÇO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre a educação no serviço.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Promover uma reflexão com o registro individual das questões a seguir:
 - A sua equipe possui momentos de capacitação, discussão e reflexão sobre a prática?
 - Como é realizada a educação dos profissionais no seu serviço? Qual a frequência?
 - Comente sobre as capacitações que foram realizadas neste ano.
 - O que a sua equipe pensa sobre a capacitação no serviço?
 - Você possui alguma crítica ou sugestão a fazer sobre este processo?
- Formar um círculo;
- Propiciar uma discussão de toda a turma a partir do registro individual;
- Estimular a discussão sobre as questões, o relato de experiências e intervir quando necessário.

Fechamento

- Concluir ressaltando a importância da educação permanente no serviço.



ATIVIDADE VIII – EDUCAÇÃO PERMANENTE

Tempo estimado: 1 hora

Objetivos

- Conhecer a opinião dos alunos sobre educação permanente;
- Compreender o conceito de educação permanente.

Material

- Papel A4;
- Texto: “O conceito de educação permanente em saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional” – Ministério da Saúde.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Orientar que cada grupo elabore um conceito de educação permanente;
- Promover a apresentação em plenária dos conceitos elaborados pelos grupos;
- Fazer a leitura circular do texto: “ O conceito de educação permanente em saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional” – Ministério da Saúde;
- Grifar as palavras cujo significado não conheçam, para dar continuidade à elaboração do glossário iniciado no Módulo I;

- Apresentar o conceito de educação permanente, utilizando os recursos de sua preferência (powerpoint, cartaz, multimídia).

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



Texto para a leitura

O conceito de educação permanente em saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional¹

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

¹ Extraído de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 9. 64 p. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26735>. Acesso em: 01 jan. 2011.



ATIVIDADE IX – DINÂMICA: QUE SERÁ QUE É? ²

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Identificar os processos mentais utilizados pelo homem ao produzir conhecimento, embasados na realidade concreta.

Material

- Papel A4 e papel kraft.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Distribuir para cada grupo uma folha de papel A4 com o registro de três palavras (as mesmas palavras para todos os grupos);
- Solicitar que todos os componentes dos grupos socializem, façam o registro do significado das palavras e sistematizem em cada grupo um conceito único para cada palavra;
- Responsabilizar em cada grupo um relator, para apresentação em plenária do conceito de cada palavra definido em seu grupo;
- Fazer o registro no quadro ou papel kraft, das definições das três palavras elaboradas nos grupos;
- Apresentar o conceito, colhido de uma fonte científica (Exemplo: Dicionário Aurélio), para cada palavra;
- Discutir com toda a turma as semelhanças e diferenças dos conceitos elaborados nos grupos com o conceito colhido da fonte científica;
- Solicitar que os alunos façam o relato do processo de conhecimento das palavras sugeridas, como:
 - A palavra refere-se ao cotidiano de cada um?
 - A palavra advém de um processo educacional?
 - Outras.

Fechamento

- Sistematizar dizendo que o conhecimento é socialmente construído, e a sua reconstrução é uma ação coletiva que contém o individual;
- Refletir sobre o processo vivenciado e o dia a dia de cada um no seu trabalho, em especial, na socialização do conhecimento.

² Extraído de: Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC/DN/DPN, 2007. p. 110-111. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducaoSaudeBucal.pdf> >. Acesso em: 03 jan. 2011.



ATIVIDADE X – CAPACITAÇÃO OU EDUCAÇÃO PERMANENTE?

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Refletir sobre a capacitação e educação permanente.

Material

- Papel A4;
- Texto: “Capacitação ou Educação Permanente?” - Ministério da Saúde.

Desenvolvimento

- Fazer a leitura do texto: “Capacitação ou Educação Permanente?” - Ministério da Saúde;
- Dividir a turma em 2 grupos:
 - Um grupo irá apontar o conceito, as vantagens e desvantagens da “capacitação”, e o outro irá fazer o mesmo para a “educação permanente”;
- Cada grupo deverá eleger um secretário, que ficará responsável pelo registro, e um relator, que ficará responsável pela apresentação da atividade em plenária;
- Fazer complementações às apresentações dos alunos.

Fechamento

- Reforçar as principais características e diferenças entre capacitação e educação permanente;
- Esclarecer as dúvidas.



Texto para leitura

Capacitação ou educação permanente?³

O que se espera dos processos de capacitação? O trabalho de Roschke, Brito e Palacios (2002) indica que, geralmente, se deseja:

- melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;

³ Extraído de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 9. 64 p. 2009. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26735>. Acesso em: 01 jan. 2011.

- contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão, a gestão de qualidade, etc.;
- servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população, etc.

Além da ação educacional propriamente dita, portanto, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, poucas vezes se instala uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos. A partir desses estudos e análises, é possível levantar três questões principais, associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde, neste primeiro esboço do problema:

- nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;
- a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional;
- finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.

Vários novos programas de capacitação significaram um importante avanço em seus enfoques e experiências, considerando estas questões. A maioria, entretanto, mantém um atraso significativo nos estilos e práticas de capacitação, repetindo sempre a mesma fórmula.

ANTIGOS PROBLEMAS: A PERSISTÊNCIA DO MODELO ESCOLAR

Apesar da importância e difusão da capacitação, nem sempre se alcançam os resultados esperados, ou seja, nem sempre esses projetos se convertem em ação. Não são suficientes para reconsiderar as próprias práticas da capacitação, nem levam à análise dos múltiplos sentidos que a capacitação assume nos distintos projetos. Muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos. Em outros termos: refletir sobre a direção que tomam as iniciativas de capacitação, se à atualização de conhecimentos ou competências técnicas específicas, ou à promoção de mudanças na organização dos serviços, parece ser um prerequisite para a definição de seu desenho.

Na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária.

Em qualquer dos casos, o desenho básico da capacitação de pessoal, dentro dessa lógica, pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A primeira intenção é “sensibilizar” o grupo acerca do valor do novo enfoque ou conhecimento e “transmitir” a melhor forma de entendê-lo. É praxe, posteriormente, organizar uma “cascata” de encontros, das equipes centrais até os grupos de nível operativo, por intermédio de multiplicadores. A expectativa (e o pressuposto) é que informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas de trabalho.

Paralelamente a este paradigma de transmissão escolar, realizam-se ações de educação para a saúde dirigidas à comunidade: reuniões para informar o comportamento ideal, para oferecer instrução diversa da realidade existente ou dos problemas e condições em que se realizam, e ainda dos códigos semânticos por meio dos quais se comunicam. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas.

A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcança os resultados esperados. Apesar das evidências, insiste-se neste estilo de capacitação que demonstra ser a lógica escolar incorporada habitual e sutilmente nos modelos mentais.

Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz no processo de capacitação parece relacionar-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados. Em outros, quando ainda se incluem as estratégias adequadas, parece que não considera os tempos necessários para instalar ou extinguir um comportamento. Espera-se que, como resultado de algumas reuniões, as modificações de comportamento se transformem, rapidamente, em realidade. Assim, as ações de capacitação incrementam os encontros e aulas no período em que se pretende introduzir as mudanças, diluindo-se posteriormente. Às vezes os tempos de capacitação se parecem mais aos tempos produtivos das máquinas que aos tempos humanos.

Ainda que em alguns casos se alcancem aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva.

Por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas ou a revisão de critérios e capacidades existentes que lhes inibem a resolução. Embora a aprendizagem devesse ser, necessariamente, individual, já que somente os indivíduos são capazes de aprender, muitos autores usaram, metaforicamente, a expressão “aprendizagem organizacional” para descrever situações em que as individualidades são integradas, compartilhadas e postas em ação por meio da coordenação da conduta de indivíduos distintos, o que inclui, necessariamente, os que ocupam posições diferenciadas na organização em termos de hierarquia e poder.

Como é de se esperar, essa dificuldade é muito maior quando as aprendizagens têm menos relação com habilidades técnicas individuais e mais a ver com mudanças em dinâmicas complexas, tais como o estilo de liderança ou a tomada de decisões, ou com mudanças culturais. A questão é particularmente crucial quando o que se procura são mudanças nos modelos de atenção e participação, o que representa uma transformação nas regras do jogo das instituições.

É necessário considerar, neste sentido, a coerência e a relação entre as propostas de capacitação e as políticas de transformação de serviços de saúde, particularmente nos contextos de mudanças ou reformas. A experiência parece mostrar que se diluem esforços de transformação multiplicando projetos, todos orientados a produzir mudança ou reforma organizacional, sem que estejam coordenados entre si. Quando se instalam nos diversos estados, municípios ou localidades, cada um deles chega ao terreno com lógicas diferenciadas de trabalho, o que dá a impressão de uma *bricolagem*, e não de um programa de ação compartilhado. Outras vezes, as intenções embutidas na capacitação não são acompanhadas pelas ações de gestão dos recursos humanos, o que implica impulsionar mudanças por meio de ações educativas, mas manter o mesmo enfoque e procedimentos de administração burocrática de pessoal.

Como última questão, faz-se mister acrescentar que o crescimento da capacitação, nos últimos 20 anos, parece ser mais um crescimento em extensão. Somente em alguns casos se alcança uma mudança qualitativa, embora tenham sido operadas transformações conceituais e práticas: as ações convivem com uma diversidade de programas que conservam os traços mais clássicos.

Por algum motivo, a capacitação segue empregando os mesmos conceitos e tecnologias de há 20 anos, muito mais do que qualquer outro procedimento organizacional. A escassa discussão sobre a efetividade da capacitação e suas possíveis estratégias de melhora é um elemento que, embora de difícil explicação, não deveria estar ausente nesta apresentação sobre os antigos (e ainda atuais) problemas.

AS MUDANÇAS NOS ENFOQUES EDUCATIVOS: REVISITANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE

Os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando os aportes da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho.

Uma corrente de pensamento tem origem nas concepções de Educação Permanente - desenvolvidas tanto em experiências concretas como em formulações teóricas desde o começo da década de 1970, particularmente difundidas pela Unesco. Elas facilitaram o reconhecimento do adulto como sujeito de educação (tradicionalmente centrada na criança) e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além do ambiente escolar, ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais.

A partir de então, outras vertentes de origens diversas geraram novos desenvolvimentos no campo da capacitação laboral, tais como o Desenvolvimento Organizacional, os Círculos de Qualidade, a Qualidade Total ou a Reengenharia Organizativa, particularmente difundida no âmbito das empresas.

No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e do desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente”.

A Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, se caracteriza por:

- representar uma *continuidade* do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização; conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

A nova vertente deu lugar à construção teórica e metodológica da Educação Permanente em Saúde, amplamente desenvolvida na bibliografia e nos programas de desenvolvimento de recursos humanos em distintos países da América Latina. A aproximação com o mundo das práticas, nos mesmos contextos da ação, foi redundante.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, no trabalho também se aprende. É previsto que se transformem as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

O mesmo enfoque, centrado na situação de trabalho, apesar das diferenças contextuais e de propósitos, orientou a capacitação no âmbito das empresas. O enfoque “qualidade total” dá ênfase ao desenvolvimento

das equipes e à revisão crítica de práticas e seus resultados. Ainda que com menos frequência, existem produções concretas, desse tipo, no campo das organizações da saúde.

É importante destacar que as novas tendências podem incluir, em uma ou mais etapas de seu desenvolvimento, atividades deliberadamente desenhadas para produzir aprendizado em sala de aula como parte do processo, integradas à educação ampla e permanente, em que os momentos de trabalho em sala de aula são apenas momentos de retroalimentação para análise da prática e o desenvolvimento de novas ações.

Entretanto, no campo da capacitação do pessoal da Saúde, as mudanças de concepção não conseguiram superar o enfoque centrado na transmissão de conhecimento por meio de aulas. Pelo contrário, este enfoque se mantém no desenvolvimento de diversas propostas, de forma paralela ou simultânea, com as propostas alternativas. Sua manutenção ao longo do tempo pode ser explicada, entre outras razões, pela persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação e por uma visão simplificada das pessoas e da prática, no campo das organizações. A persistência dos modelos escolares obedece não somente ao fator cultural ou aos “modelos mentais”, mas a uma visão muito restrita dos conceitos de aprendizagem e da aprendizagem do adulto nas organizações, de acordo com a mesma teoria educacional.



ATIVIDADE XI – UMA ESTRATÉGIA INTEGRADA PARA AÇÃO EDUCATIVA

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Elaborar um plano de ação educativa (educação permanente) para a equipe de trabalho.

Material

- Papel A4;
- Texto: “Uma estratégia integrada para a ação educativa” - Ministério da Saúde.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos;
- Cada grupo deverá eleger um relator que apresentará a atividade em plenária;
- Ler o texto: “Uma estratégia integrada para a ação educativa” – Ministério da Saúde;
- Elaborar um plano de ação educativa voltado para alguns de seus membros ou sua equipe de trabalho, envolvendo um problema hipotético a partir dos temas discutidos nesta unidade e na Unidade IV do Módulo II (Educação em Saúde Bucal);

Exemplo: A equipe levantou o problema do compressor odontológico. Este aparelho tem apresentado defeito com frequência. Como capacitar a equipe para a manutenção preventiva do mesmo?

- Descrever todos os passos do plano;
- Promover a apresentação dos grupos;
- Fazer intervenções pertinentes e necessárias durante as apresentações dos grupos, relembrando os conteúdos já vistos e estudados.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas.



TEXTO PARA LEITURA

UMA ESTRATÉGIA INTEGRADA PARA A AÇÃO EDUCATIVA⁴

As novas perspectivas rompem com a tendência consensual que reduz o problema metodológico em educação a um mero inventário de técnicas pouco articuladas entre si, geralmente desenvolvidas em sala de aula. Na contramão, é necessária a coordenação de ações (pensando em problemas integrais e complexos), com o compromisso de efetivar a ação dos aprendizados em contextos organizacionais e sociais. Em consonância com os avanços teóricos de investigação e de experiências já analisados, uma estratégia integrada se enquadra nos seguintes critérios de educação:

- inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações;
- reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam;
- perene, na qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo;
- orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas;
- estratégica, que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema.

Para desenvolver-se, a estratégia tem a problematização como eixo em que se integram as diversas ações específicas. Sem pretender esgotar as possibilidades, o quadro a seguir sistematiza uma sequência que vai da prática à informação, da informação à aquisição de competências e capacidades, da aquisição à programação de soluções práticas. Considerar esta sequência é de vital importância, porque o acesso a informações e conhecimentos tem muito pouco significado se antes não se tiver refletido sobre e identificado, na prática, os problemas.

⁴Extraído de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 9. 64 p. 2009. Disponível em:< http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26735>. Acesso em: 01 jan. 2011.

P R O B L E M A T I Z A R A S P R Á T I C A S	Identificar problemas.	Ação-reflexão; Investigação-ação.	Estudo de casos; Trabalho de campo; Sistematização de dados locais; Construção e priorização de problemas.
	Ampliar o conhecimento.	Acesso bibliográfico; Acesso a dados; Acesso a educação virtual; Acesso a outras experiências.	Seminário de estudos; Estágio in loco; Grupos de discussão; Teleconferências e redes interativas.
	Desenvolver competências específicas e da equipe.	Aquisição de competências e capacidades específicas.	Supervisão-capacitante; Treinamentos focalizados específicos; Oficinas de elaboração de projetos de trabalho.
	Buscar soluções; colocá-las em prática e avaliá-las.	Coordenar condutas com outros e trabalho em redes.	Grupos operativos de qualidade; Oficinas de programação local; Avaliação de processos e resultados.



ATIVIDADE XII – ORIENTAÇÕES PARA AS ATIVIDADES DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Compreender as atividades de dispersão a serem realizadas no local de trabalho.

Material

- Roteiro para atividades de dispersão.

Desenvolvimento

- Orientar os alunos para as atividades de dispersão a serem realizadas na rotina de trabalho;
- Informar que os alunos devem fazer anotações no seu caderno de atividades sobre possíveis dúvidas durante a realização das tarefas para serem esclarecidas na próxima concentração.

Fechamento

- Concluir certificando-se de que não há dúvidas sem esclarecimento em relação às atividades a serem realizadas no local de trabalho.



ATIVIDADE XIII – FECHAMENTO E AVALIAÇÃO

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Avaliar as atividades e conteúdos desta unidade.

Material

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Solicitar o relato do aluno sobre as atividades desta unidade de estudo;
- Promover esclarecimentos que se fizerem necessários para consolidar o entendimento dos alunos.

Fechamento

- Avaliar o módulo, com críticas e sugestões;
- Concluir sobre o conteúdo do módulo e sua importância para a prática profissional.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO

ATIVIDADES SUPERVISIONADAS PELO DOCENTE DE DISPERSÃO

Para o curso Técnico em Saúde Bucal estão previstas várias atividades que deverão ser realizadas nos espaços de atuação do aluno, no seu cotidiano de trabalho e acompanhadas pelo docente de dispersão. Cabe aos docentes (concentração e dispersão) e coordenador local esclarecer e motivar, com sua contribuição, o momento de formação do Técnico. Esta contribuição estará criando e fortalecendo o processo de educação permanente da equipe.

Apresentamos abaixo as atividades a serem realizadas nessa fase:



ATIVIDADE I – ATIVIDADES EDUCATIVAS

Objetivo

- Preparar atividades educativas visando atualizar os profissionais da rede de serviços.

Material

- Sugestão:
 - Referências bibliográficas.

Desenvolvimento

- Propiciar uma estrutura física adequada para o desenvolvimento das atividades educativas;
- Refletir, planejar e implementar uma atividade educativa, considerando o conteúdo desta unidade e da Unidade IV do Módulo II (Educação em Saúde Bucal), visando atualizar os profissionais da rede de serviços (Ver atividade XI – simulação feita na Concentração);
- Os temas deverão ser discutidos pela equipe após o levantamento dos problemas;
- Registrar como foram a atividade, planejamento, ação e avaliação, para apresentar no próximo encontro presencial, através de cartazes, fotos, vídeos e/ou apresentação de slides;
- Avaliar como foi realizar essa atividade.

Fechamento

- Sistematizar a atividade e esclarecer as dúvidas.

