UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

MARIANA GABRIEL

PERFIL DOS EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Londrina
2013

MARIANA GABRIEL

PERFIL DOS EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL, para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Emi Tanaka Carloto.

Londrina
2013

Catalogação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G118p Gabriel, Mariana.
Perfil dos egressos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina / Mariana Gabriel. – Londrina, 2013.
53 f.: il.

Orientador: Elisa Emi Tanaka Carloto.
Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Odontologia – Estudo e ensino – Teses. 2. Estudantes de Odontologia – Teses. I. Carloto, Elisa Emi Tanaka. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 616.314:378

MARIANA GABRIEL

PERFIL DOS EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL, para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profa. Dra. Elisa Emi Tanaka Carlotto
UEL – Londrina - PR

_____
Profa. Dra. Maria Celeste Morita
UEL – Londrina - PR

_____
Profa. Dra. Raquel Sano Suga Terada
UEM – Maringá - PR

Londrina, 28 de fevereiro de 2013.

Dedico esse trabalho primeiramente à Deus,

presente em todos os momentos de minha vida.

À minha adorada mãe,

que sempre me confortou e indicou o caminho certo.

Ao meu pai (*in memorian*),

que mesmo ausente me inspirou na profissão a seguir.

À vovó Domingas (*in memorian*),

pelo amor, carinho e companhia a mim dedicada.

Ao Luizinho,

meu grande amor, pelo respeito e apoio aos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora professora Elisa Emi Tanaka, que desde a graduação me conduz para uma formação sólida, ética e integrada. Muito obrigada!

À professora Maria Celeste Morita, pelos ensinamentos e oportunidades na minha profissão e também por despertar em mim a paixão pela Saúde Coletiva.

Aos professores Marcio Grama Hoeppner, Maura Sassahara Higasi, Lucimar Britto Codato, Maria Luiza Hiromi Iwakura KasaiI, Evelise Ono, Fernanda Akemi Nakanishi Ito pelo profissionalismo e amizade.

Aos professores do programa de mestrado, pelos aprendizados nessa etapa de minha vida profissional.

Aos amigos do mestrado, pela companhia e carinho, de maneira especial à Sonia Gomes de Lemos e João Paulo Menk Sangiorgio que me ajudaram e fazem parte desse trabalho.

As amigas Carolina Freitas Moraes, Renata Meldola Piccolo Spadão, Viviana Orben e Kizzy Santos Fernandes que sempre me apoiaram e me incentivaram a seguir meus sonhos.

À amiga Iane Gonçalves, que esteve presente nos momentos de alegria e de angústia durante o mestrado.

À toda minha família e amigos de Botucatu-SP que me acompanharam e torceram por mim.

À minha prima Liliana por seu empenho e dedicação em me ajudar .

Gostaria de agradecer também algumas pessoas que contribuíram para a construção desse trabalho:

À equipe de Servidoras Técnico Administrativo do arquivo da Universidade Estadual de Londrina: Mariusa Aparecida do Nascimento Benitez, Rute Soares e Edna Menck Barros Otemaier. Os estágiarios: Dayane Cristina Soldan, Giácomo Pietro Rebequi e Luiza Strapazzon da Rosa.

À Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD) da Universidade Estadual de Londrina, particularmente à Izabel Maria Diniz.

Ao colegiado de curso de Odontologia, em especial a amiga Joceli Ruiz, pela disponibilidade e apoio.

Aos egressos do curso de Odontologia que contribuiram nessa pesquisa.

À CAPES pelo apoio financeiro à minha formação.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”

Paulo Freire [1987]

GABRIEL, Mariana. **Perfil dos egressos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.** 2013. 53 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

O Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina completa 50 anos de fundação e passa pela implantação de uma nova matriz curricular, baseada em um projeto pedagógico centrado na integração dos conhecimentos e desenvolvimento do raciocínio lógico e crítico da saúde bucal. Neste momento, faz-se necessário conhecer o perfil e as percepções dos egressos em relação ao curso, para contribuir com a continuidade do desenvolvimento desta Universidade. Assim, na busca por essas questões, foi observado uma mudança nos últimos anos em relação à origem escolar dos estudantes, com um aumento expressivo de ingressantes que concluíram o ensino médio em escolas públicas, devido, principalmente, à implantação do sistema de cotas. Este trabalho apresenta dois artigos, com objetivos e metodologias diferentes para cada estudo. No primeiro, o objetivo foi conhecer a percepção dos egressos, graduados antes e após a mudança curricular, em relação ao desenvolvimento de competências durante a graduação e, dessa forma, apontar sinalizadores desse processo. Já no segundo artigo, o objetivo foi verificar o desempenho dos estudantes após a implantação do sistema de cotas no curso. Verificou-se que as mudanças curriculares propostas foram apontadas pelos egressos e que os estudantes beneficiados pela politica de cotas demostraram condições de acompanhar o curso com bom desempenho acadêmico

Palavras-chave: Educação. Estudantes de Odontologia. Ensino.

GABRIEL, Mariana. **Profile of students graduated from Dentistry, at State University of Londrina.** 2013. 53 f. Dissertation (Masters in Dentistry) – State University of Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

The State University of Londrina's Dentistry School completes 50 years of foundation and goes through the implementation of a new curriculum, based on a Pedagogic Project focused on knowledge integration and logical reasoning and critical development in oral health. At this moment, it's necessary to identify the profile and perceptions of the egresses about the course, contributing to the continued development of this university. Thus, the search for these questions, it was observed a shift in the last years regarding to the students school background, with a significant increase of new students who completed secondary education in public schools, mainly due to the implementation of the quota system. This dissertation presents two articles, with different aims and methodologies for each study. In the first, the purpose was to know the perceptions of students, who graduates before and after the curriculum change, regarding to skills development during the graduation and thus point out flags of that process. In the second article, the purpose was to verify the students' performance after the implementation of the quota system in the course. It was found that the curriculum changes were pointed out by graduates and students that were benefited by quotas policy demonstrated being able to stay in the course with good academic performance.

Keywords: Education. Dental Students. Teaching.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 9

2 ARTIGOS 13

2.1 Artigo 1: Currículo e o Desenvolvimento de Competências – uma Visão dos Egressos de Odontologia 13

2.2 Artigo 2: Desempenho de estudantes cotistas no curso de Odontologia 26

RERERÊNCIAS 36

APÊNDICES 38

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 39

ANEXOS 43

ANEXO A – Parecer do Comitê em Ética e Pesquisa 44

ANEXO B – Normas de publicação da revista "Cadernos de Saúde Pública" 45

ANEXO C – Normas de publicação da revista "Journal of Dental Education" 50

INTRODUÇÃO

O número de pessoas com diploma universitário cresceu nas últimas décadas e para muitos essa conquista significa a promessa de crescimento pessoal e profissional. No entanto, um dos principais problemas com os quais os recém-graduados deparam-se é a dificuldade de ingressar no mercado de trabalho. Assim, o diploma universitário, nos dias atuais, não é mais garantia de emprego (TEIXEIRA; GOMES, 2004).

Alguns autores apontam a existência de uma enorme dicotomia entre o que ensinam nas faculdades e a realidade que os profissionais encontram na atuação profissional (SANCHEZ; DRUMONT; VILAÇA, 2008). Por este e outros motivos, são necessárias modificações nos currículos, inclusive para acompanhar o ritmo da mudança na Odontologia, resultado da progressiva incorporação de tecnologia, redução do exercício liberal estrito, crescimento dos sistemas de odontologia de grupo, aumento do percentual de profissionais com vínculo público e, sobretudo, o crescimento expressivo dos postos de trabalhos na rede pública de serviços de Odontologia, como, por exemplo, o programa Saúde da Família (PSF), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Os Cirurgiões-Dentistas são vistos como profissionais que podem desempenhar um papel decisivo nas equipes do PSF (SANCHEZ; DRUMONT; VILAÇA, 2008), atuando em equipes multidisciplinares e desenvolvendo atividades de promoção e recuperação da saúde de maneira integrada. Até 2012, foram implantadas 22.203 equipes de Saúde Bucal no PSF (Brasil, 2012) com uma cobertura de 87% dos municípios brasileiros. De 2002 a 2010 cresceu 49% o número de dentistas trabalhando no SUS, sendo que 30% dos dentistas do país trabalham no programa Brasil Sorridente. Em relação aos Centros de Especialidades (CEO), totalizam-se 853 implantados (BRASIL, 2011).

Mesmo com a abertura destes postos de trabalho, a eficiência dos serviços de Saúde Bucal ainda está longe da ideal, principalmente devido à incompatibilidade da formação e pela distribuição dos profissionais nas regiões brasileiras não ser homogenia. Esses motivos, entre outros, justificam as dificuldades de inserção no mercado de trabalho (ZANETTI, 1999), de aproximadamente 10.000 novos Cirurgiões Dentistas anualmente graduados em Universidades brasileiras. Em 2012, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) contabilizou 203 cursos reconhecidos, sendo que 129 estão localizadas nas regiões sul e sudeste (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2009-2011). Situação que tende a agravar as desigualdades de distribuição profissional no país, sem priorizar o acesso à saúde

da população. O Brasil supera os Estados Unidos e toda a Europa no número de escolas de odontologia e formandos. Nos Estados Unidos, há 56 escolas de Odontologia, distribuídas em trinta e quatro estados, com aproximadamente 4.500 recém-graduados ao ano para uma população de quase o dobro do Brasil. Em toda a Europa, existem 177 instituições e aproximadamente 6.500 alunos se formam todos os anos (SALIBA et al., 2009) para atender uma demanda de, aproximadamente, 700 milhões de pessoas. As mudanças na Odontologia resultam de uma complexa articulação de fatores, entre eles, o conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os ambientes, os instrumentos e materiais utilizados e os recursos humanos (NARVAI, 2002).

Desde 2002, no ambiente educacional brasileiro, as faculdades e cursos de Odontologia implantam currículos para a formação de um profissional com competências para atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade no SUS, seguindo os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2002). No entanto, o relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Bucal de 2004, apontou que ainda a formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orientava pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e a principal causa desse quadro era devido ao modelo formador do país estar dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população (BRASIL, 2005).

Ocorreram avanços na educação em Odontologia, mas ainda é necessário tratar, de cada questão especificamente, pois esse processo não é decorrência automática de qualquer mudança metodológica, mas demandam uma transformação na cultura pedagógica da instituição (ARAUJO, 2006).

Em 2005, foi lançado por meio da Portaria nº 2101, Interministerial Ministério da Saúde /Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que tem como objetivo induzir o processo de mudança curricular nas Instituições de Ensino Superior. Do mesmo modo o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) promove a formação de grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2011a). Com essas medidas institucionais busca-se a formação de um profissional da saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país.

Pensando em melhorar a formação em Odontologia e acompanhar as tendências do mercado de trabalho da profissão, o curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no ano de 2005, fez uma reforma curricular com base nas DCN

(BRASIL, 2002). Estruturado em módulos integrados das áreas de conhecimento, o curso busca a interdisciplinaridade e a atenção integral em saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2005). Segundo as DCN a formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Sendo o perfil do egresso desejado:

> O curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002)

Com 50 anos de curso é importante analisar a formação e a opinião dos egressos graduados nesse período e também apontar indicadores da mudança curricular. Conhecer o perfil do profissional é necessário para delinear as transformações ocorridas na profissão ao longo do tempo, novas tendências e necessidades do mercado de trabalho, inclusive para possibilitar a orientação de futuras decisões do curso. O acompanhamento dos egressos, além de auxiliar nas estratégias educacionais, também está presente na avaliação institucional do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) que cita:

> Quando existem mecanismos adequados para conhecer a opinião dos egressos sobre a formação recebida, tanto curricular quanto ética, para saber o índice de ocupação entre eles, para estabelecer relação entre a ocupação e a formação profissional recebida; além disso, a opinião dos empregadores dos egressos é utilizada para revisar o plano e os programas e existem atividades de atualização e formação continuada para os egressos. (BRASIL, 2011b)

As informações fornecidas pelos egressos são relevantes para a universidade, pois os ex-alunos não estão mais ligados institucionalmente, no entanto, conhecem a realidade acadêmica dos cursos, nos quais se graduaram, estando aptos a fornecer informações contextualizadas após terem interagido diretamente com o meio externo, podendo avaliar a eficácia da contribuição dos conhecimentos adquiridos (SANTOS; TAKAOKA, 2007).

Embora esse acompanhamento seja importante para as universidades, estudos sobre o tema são limitados na literatura científica (MARTELLI JÚNIOR et al., 2007) e o contato e acesso dos egressos nas instituições de ensino ainda é baixo.

2 ARTIGOS

2.1 ARTIGO 1

Currículo e o Desenvolvimento de Competências – uma Visão dos Egressos de Odontologia[1]

Resumo: O objetivo desse trabalho foi conhecer a percepção de egressos em relação ao desenvolvimento de competências durante a graduação em Odontologia e apontar indicadores do processo de mudança curricular. Um questionário eletrônico referente à avaliação do curso e a auto percepção do desenvolvimento de competências durante a graduação foi enviado aos egressos graduados entre 2001 a 2010. Os egressos foram divididos em 5 grupos (G1, G2, G3, G4 e G5), cada um composto por graduados de dois anos consecutivos, sendo que G5 foi graduado após a mudança curricular. Dos 560 egressos, 200 (36%) participaram da pesquisa. A maioria dos egressos julgou como bom o curso e quanto ao desenvolvimento das competências, observou-se diferença estatisticamente significante entre os grupos G1 e G5. O grupo G1 apresentou-se melhor no desenvolvimento das competências relacionadas aos procedimentos da profissão, no entanto o tempo de atuação pode ter influenciado nessa percepção. Já o grupo G5, graduado após a mudança curricular, apresentou-se melhor nas competências visão do paciente como um todo, capacidade de estabelecer plano de tratamento, liderança para coordenar equipes de profissionais da saúde e gerenciamento e marketing do consultório, que são competências essenciais além das competências procedimentais, para a formação generalista proposta pelo projeto pedagógico do curso de Odontologia.

Palavras-chave: Educação baseada em competências. Auto avaliação. Educação em odontologia.

Introdução

A Universidade deve contribuir para o desenvolvimento do País, acrescentando em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão a superação das desigualdades sociais e regionais[1]. Sendo assim, devem-se formar profissionais sensíveis e capazes de propor soluções para os problemas do país em sua área.

É imprescindível, para a formação desse profissional, que a instituição de ensino e toda sua estrutura, conduzam o processo de formação, desenvolvendo-o intelectual e profissionalmente autônomo, permitindo a continuidade do processo de formação, que não termina com a concessão do diploma de graduação[2].

O ensino deve ser integrado, apresentando conteúdos inter-relacionados e complementares[3]. No entanto, historicamente na Odontologia a prática é contemplada após o

---

[1] Artigo formatado nas normas da revista "Journal of Dental Education".

aporte teórico e cabe ao estudante, na maioria das vezes, conseguir relacionar os conhecimentos adquiridos em várias disciplinas independentes e aplicar nas diversas situações clínicas apresentadas, em geral, somente da metade para o final do curso e ainda desvinculados quanto aos aspectos da promoção e prevenção da saúde. Essa fragmentação dificulta a compreensão mais abrangente do saber[4].

Teoria e prática precisam formar um conjunto visando à construção de um conhecimento lógico, pois, o desenvolvimento de competências requer a organização e coordenação de múltiplos processos cognitivos. A aprendizagem acontece em diversas dimensões e pode ser afetada pelos contextos em que foram abordados[5], como por exemplo: forma de apresentação dos conteúdos, relação aluno-professor e motivação do estudante. A formação em Odontologia necessita que os aspectos educacionais de caráter humanista perdurem[6] para melhorar tanto o atendimento clínico como a percepção das necessidades das pessoas e da população.

A educação em Odontologia é discutida há tempos no campo acadêmico e a partir dos vários referenciais, resultantes dessa discussão, foram propostas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)[7] que contemplam elementos de fundamentação essencial, numa concepção de que o indivíduo deve aprender a aprender, comprometido com o processo de educação permanente e que os cursos de graduação sejam baseados em aprendizagem ativa, centrada no aluno, como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador e mediador deste processo. O aprendizado deve ser baseado em competências, em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para a comunidade[8].

Em 2005, após a elaboração por uma equipe de professores, foi implantada a mudança curricular na Universidade Estadual de Londrina (UEL), seguindo as DCN. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos egressos, graduados antes e após a mudança curricular, em relação ao desenvolvimento de competências durante a graduação e dessa forma, apontar sinalizadores desse processo.

Metodologia

População de estudo

A população estudada foi composta pelos egressos do curso de Odontologia graduados entre os anos de 2001 a 2010, em um total de 10 turmas com 560 Cirurgiões-Dentistas. Inicialmente foram consultadas as bases de dados do arquivo da UEL e do site do

Conselho Federal de Odontologia (CFO), buscando os dados pessoais e profissionais dos egressos. Utilizou-se da rede social *Facebook*, para contatar os egressos e buscar possíveis informantes de turma.

Instrumento da pesquisa

Elaborou-se um questionário, baseado em estudos anteriores, [9, 10, 11] com questões referentes à avaliação do curso e a auto percepção do desenvolvimento de competências durante a graduação. Uma escala de 5 pontos foi utilizada para a avaliação do curso (Péssimo / Ruim / Regular / Bom / Ótimo) e uma escala de 3 pontos para avaliar o desenvolvimento de competências (não desenvolvida / desenvolvida em parte / sim, desenvolvida). O instrumento foi disponibilizado *online* com o auxilio do *Google Docs*, que permite a criação e edição de documentos, como planilhas e questionários para pesquisa, além de fazer a captura dos resultados, disponibilizando-os para as devidas análises. Utilizando-se dos dados disponibilizados pela Universidade e da rede social *Facebook*, os egressos foram localizados e responderam ao questionário *online* via e-mail após a concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um teste piloto foi realizado com cinco egressos para verificar o nível de entendimento do instrumento, a metodologia de tabulação e análise dos dados. Os questionários foram respondidos no período de abril a agosto de 2012.

Análise dos resultados

Os egressos foram divididos em cinco grupos (G1, G2, G3, G4 e G5), cada um composto por graduados de dois anos consecutivos, entre 2001 a 2010, sendo que G1 a G4 foram graduados antes da mudança curricular ocorrida em 2005 e G5 após a mudança. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, com dados absolutos e relativos, no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Utilizou-se o teste Kruskal Wallis para verificação das variáveis com alguma diferença de opinião entre os grupos. Em seguida, para identificar as opiniões diferentes, foi aplicado o teste de Mann-Whitney para comparação dos grupos de dois em dois. Assim como em outros estudos sobre competências [12, 13,14] os resultados foram apresentados utilizando à média, para possibilitar a visualização da tendência dos resultados nos diferentes grupos, ou seja, a expressão matemática para fazer inferência aos dados coletados. Mesmo que conceitualmente uma escala de Likert seja ordinal, na medida em que não pode, teoricamente, garantir que a

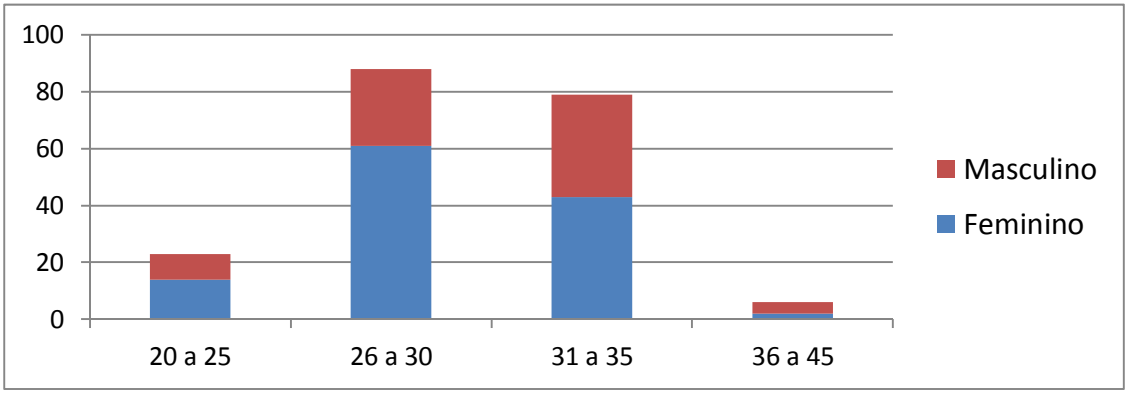
distância real entre os números seja igual, isso é irrelevante para a análise, porque o computador não tem como afirmar ou negar essa distância[15].

Essa pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa Institucional seguindo exigência da comissão do Conselho Nacional de Saúde, sob o protocolo n° 27221/2011.

Resultados

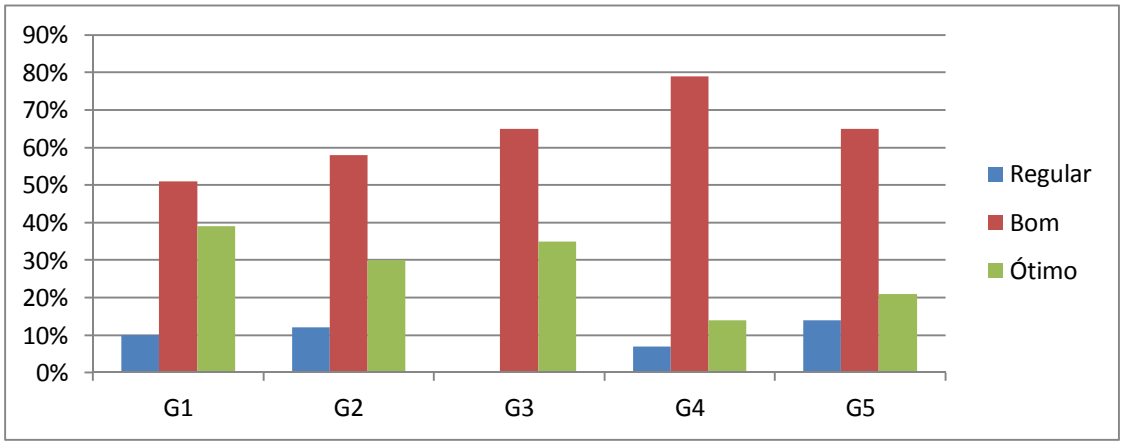
Dos 560 egressos graduados nos últimos 10 anos, 200 (36%) participaram da pesquisa. A distribuição de respostas obtida por grupo foi em média de 36%, destes, 78 (39%) são do sexo masculino e 122 (61%) do sexo feminino. A figura 1 mostra a distribuição de egressos segundo o sexo e os grupos etários, sendo que 88 pessoas (44%) se apresentam com idade entre 26 a 30 anos, 79 (39%) entre 31 a 35, 23 (11%) entre 21 a 25, 6 (3%) entre 36 a 45 e 4 (2%) não informados.

Figura 1 – Distribuição por sexo nas faixas etárias dos 200 egressos respondentes.



Em relação à distribuição geográfica, aproximadamente, 122 (61%) egressos estão no sul do Brasil, 51 (25%) no Sudeste, 18 (9%) no Centro-Oeste, 2 (1%) no Nordeste, 5 (3%) no Norte e 2 (1%) no exterior, sendo que 173 (86%) residem na região sul e sudeste, principalmente, no estado do Paraná 110 (55%), na cidade de Londrina 54 (27%). Quanto à avaliação do curso, 55 (28%) dos egressos classificaram como ótimo, 128 (64%) como bom e 17 (8%) como regular. As opções ruim e péssimo não foram assinaladas. A figura 2 apresenta à distribuição da avaliação do curso pelos egressos em cada grupo estudado.

Figura 2 – Distribuição da avaliação do curso de graduação por grupos.



A auto percepção dos egressos frente às competências desenvolvidas durante a graduação estão apresentadas na tabela 1. Quando comparadas as respostas com o teste de Kruskal Wallis, verificou-se diferença significativa, indicando que pelo menos um dos grupos possuía opiniões diferentes dos demais. Para identificar especificamente essa diferença, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, comparando o grupo G5 com os demais grupos.

Tabela 1 – Percepção do desenvolvimento de competências por grupo

Competências	**Média e Desvio Padrão**				
	G1	**G2**	**G3**	**G4**	**G5**
Capacidade de trabalhar em equipe com outros profissionais da saúde (Médico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, entre outros)	1,46 (0,64)	1,42 (0,71)	1,28 (0,75)	1,19 (0,7)	1,47 (0,63)
Liderança para coordenar equipes de profissionais da saúde	0,97 (0,84)	0,85 [b] (0,83)	0,88 [b] (0,88)	1,02 (0,8)	1,26 [a] (0,76)
Comunicação com paciente e comunidade	1,56 (0,68)	1,53 (0,67)	1,63 (0,67)	1,67 (0,61)	1,79 (0,41)
Gerenciamento e marketing do consultório	0,33 (0,62)	0,21 [b] (0,49)	0,25 [b] (0,49)	0,21 [b] (0,47)	0,48 [a] (0,55)
Ética profissional	1,79 (0,41)	1,64 (0,55)	1,68 (0,47)	1,65 (0,48)	1,74 (0,44)
Atuação de clínico geral	1,85 (0,37)	1,75 (0,51)	1,85 (0,36)	1,7 (0,51)	1,77 (0,43)
Visão do paciente como um todo	1,56 (0,6)	1,58 (0,71)	1,43 [b] (0,68)	1,49 [b] (0,55)	1,79 [a] (0,41)

Capacidade de estabelecer plano de tratamento	1,62 (0,54)	1,55 [b] (0,56)	1,55 (0,6)	1,6 (0,5)	1,77 [a] (0,48)
Associar conceitos das ciências médicas básicas às situações clínicas.	1,79 [a] (0,41)	1,64 (0,55)	1,65 (0,53)	1,60 (0,59)	1,51 [b] (0,51)
Utilizar de recursos diagnósticos para a identificação das alterações temporomandibulares.	1,23 [a] (0,71)	0,88 (0,79)	0,98 (0,77)	0,79 (0,74)	0,88 [b] (0,59)
Identificar e tratar sinais e sintomas das maloclusões.	1,44 (0,64)	1,45 (0,67)	1,23 (0,73)	1,12 (0,73)	1,19 (0,63)
Identificar e tratar sinais e sintomas de cáries.	1,95 (0,22)	1,88 (0,49)	2,00 (0,00)	1,95 (0,21)	2,00 (0,00)
Identificar e tratar sinais e sintomas da doença periodontal.	1,92 [a] (0,27)	1,58 (0,66)	1,70 (0,52)	1,79 (0,41)	1,72 [b] (0,45)

Legenda:
0 – Não desenvolvida/ 1 – Desenvolvida em parte / 2 – Sim, desenvolvida.
Horizontalmente, médias com letras distintas são estatisticamente diferentes pelo teste de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).

Discussão

Nesse estudo observou-se que o perfil sociodemográfico dos respondentes apresenta-se, em sua maioria, do sexo feminino 122 (61%), com idade entre 26 a 35 anos 167 (83%), residindo na região sul e sudeste 173 (86%), principalmente, no estado do Paraná 110 (55%), na cidade de Londrina 54 (27%), respectivamente, estado e cidade em que a UEL está situada. Trabalhos realizados no Brasil entre 1996 a 2000 [8] e 1998 a 2006 [9] também apontam uma predominância do sexo feminino na Odontologia, podendo ser um indicador do movimento de feminização das profissões da área da saúde que ocorre expressiva e progressivamente desde a década de 70[16]. A distribuição regional dos egressos obedece a duas tendências brasileiras, a instalação profissional no local em que se graduaram e as grandes concentrações nas regiões sul e sudeste[17]. Situação que contribui para as desigualdades de acesso a saúde e dificuldades de colocação no mercado de trabalho devido a grande demanda profissional.

Ao analisarmos a classificação do curso, nota-se que 28% dos egressos classificaram o curso de graduação como ótimo, 64% como bom e 8% como regular. Separando os grupos observou-se que os egressos graduados há mais tempo tendem a classificar de maneira mais satisfatória sua formação. Esse resultado pode indicar que o tempo decorrido após a conclusão do curso melhora o julgamento sobre a graduação. O egresso faz uma avaliação mais consistente sobre o curso, porque tem maior maturidade e consegue ter

uma visão mais ampla do processo[18]. Por outro lado, como apontado em outro estudo, é preciso considerar que a reforma curricular no curso de Odontologia não é uma construção fácil, muitas dificuldades e discordâncias marcaram e marcam esse processo[4]. O grupo G4, embora não seja graduado no novo currículo, vivenciou essa transição e o grupo G5 é composto pelas duas primeiras turmas graduadas após a implantação das DCN, o que pode refletir as dificuldades.

A avaliação do curso como um todo pelos egressos sem dúvida é fundamental, mas também se faz necessário analisar separadamente o desenvolvimento das competências, que são objetivos da formação, visando identificar a efetividade do processo. A educação baseada em competências é discutida há algum tempo nas escolas de Odontologia[19] e segundo as DCN[7] a formação tem por objetivo desenvolver competências gerais, tais como: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Pode-se observar que a média geral do desenvolvimento de competências foi de 1,49 em uma escala de 0 (não desenvolvida), 1 (desenvolvida em parte) e 2 (sim, desenvolvida), é um valor que denota um desenvolvimento positivo da competência e que indica que no conjunto das respostas, os egressos julgam que aprenderam. É importante ressaltar, que houve variação da média dos grupos para cada uma das competências de um mínimo de 0,21 para o desenvolvimento da competência "gerenciamento e marketing do consultório" até 1,79 para "ética profissional", 1,85 para a "atuação de clínico geral" e 2,00 para "identificar e tratar sinais e sintomas de cáries". Para apontar indicadores do processo de mudança curricular serão enfatizados apenas os resultados com diferença estatística que inclua o G5, grupo graduado após a mudança.

Gerenciamento e marketing teve a menor média entre os grupos. Segundo Costa, a graduação em Odontologia é ineficiente senão negligente quanto à formação de gerenciamento da profissão[20]. Os egressos apontam a necessidade de maior preparo para a inserção no mercado de trabalho. A orientação profissional na graduação deve abordar as diversas áreas de atuação do Cirurgião Dentista, levando em consideração as divergências sociais que o Brasil apresenta. O profissional deve estar preparado para administrar sua carreira de acordo com a realidade de seu território. Uma das alternativas implantadas pelo curso foi à inclusão do módulo de Deontologia e Gerenciamento de Carreira na quinta série (antes ofertada na segunda e terceira) visando melhor aproveitamento, uma vez que o estudante nesse momento consegue visualizar a importância do tema. O grupo G5 apresentou melhor resultado quanto à competência de gerenciamento e marketing em relação aos demais,

podendo indicar melhoria desse conteúdo, no entanto, o baixo índice encontrado, alerta para uma avaliação mais minuciosa.

O desenvolvimento de liderança apresentou uma evolução crescente do G1 ao G5. Essa competência requer diferentes metodologias para cada população de aluno, que varia de acordo com a personalidade de cada um[21]. A Universidade deve estimular esse desenvolvimento para que os Cirurgiões Dentistas possam ser profissionais com capacidade de promover a saúde bucal. Após a reforma curricular algumas ações possibilitaram o desenvolvimento dessa competência, tais como: implementação de estratégias de ensino aprendizagem multiprofissional em Unidades Básicas de Saúde (UBS), maior participação em atividades de monitoria e iniciação cientifica. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz[7].

Na avaliação da competência visão do paciente como um todo, o G5 obteve uma média superior em relação aos outros grupos. Essa competência está diretamente relacionada com os pressupostos das DCN que visam uma prática integrada de saúde incluindo promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde tanto em nível individual como coletivo e com a mudança de atitude dos cirurgiões dentistas que passam a exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social[7]. Constatar que o egresso identifica essa competência como desenvolvida, certamente tem grande impacto em sua atuação profissional, seja ela no setor público ou privado. Esses dados corroboram com as características desejáveis que um Cirurgião Dentista deve apresentar, ou seja, diferente das que o modelo biomédico confere aos profissionais de saúde[6]. Perceber que a saúde bucal é integrada a saúde geral faz com que as tomadas de decisões sejam articuladas e mais eficientes.

Em relação à capacidade de estabelecer plano de tratamento a média do G5 foi a maior entre os grupos, e também apresentou diferença estatisticamente significante em relação ao G2. Essa competência relaciona-se a uma visão multidisciplinar e um correto diagnóstico. Segundo alguns autores, a obtenção de informações necessárias para um diagnóstico seguro é diretamente proporcional a um exame cuidadoso e criterioso das estruturas bucais e, quando necessário, acompanhado de exames complementares[22]. Porém, esta definição apenas contempla o modelo biomédico já identificado como insuficiente para a formação. Não foi possível identificar o grau do detalhamento desta percepção no sentido do entendimento do que seja o “plano de tratamento”, se apenas uma lista de procedimentos a ser realizada ou uma tomada de decisão que considera promoção, prevenção, proteção e

recuperação da saúde. Pensando nessa necessidade a clínica integrada deve receber atenção especial dentro do currículo odontológico por ter objetivos tão abrangentes e complexos no aprendizado do estudante[23]. Módulos integradores abrangendo várias áreas do conhecimento distribuídos em todas as séries foram utilizados como estratégia na busca da formação integral.

Diferente dos resultados discutidos até o momento, em que o G5 classificou melhor o desenvolvimento de algumas competências, o G1 apresentou médias superiores e estatisticamente significantes em relação ao G5 para determinadas competências. Alguns fatores podem explicar estes resultados, como por exemplo, o tempo de atuação profissional, ou seja, para o egresso torna-se difícil separar a razão do desenvolvimento das competências entre as experiências profissionais dos conteúdos curriculares[24].

Utilizar recursos diagnósticos para a identificação das alterações temporomandibulares teve uma avaliação praticamente decrescente do G1 até G4, e apresentou melhora do G5 em relação a G4, no entanto significativamente menor que G1. A competência "identificar e tratar sinais e sintomas das maloclusões" foi uma das referidas como de maior dificuldade pelo conjunto de respondentes. Outro estudo com egressos de Odontologia também teve apontamento negativo dessa competência e ressalta a importância de uma melhor abordagem durante a graduação, por ser uma ciência complexa e que demanda experiência[25]. Esta constatação refere-se à necessidade de maior integração dos conteúdos dando a eles significados voltados a assuntos específicos como a oclusão. Esse é um tema que engloba diversas áreas de conhecimento, para não dizer todas, portanto, expõe-se o problema da falta de integração das áreas na elaboração do projeto pedagógico que poderia se aproveitar de uma temática central para construir o raciocínio lógico do profissional, ao invés de tratá-lo como "ciência complexa". Pensando nessa necessidade o curso iniciou atividades como o projeto de extensão "Tratamento das disfunções temporo-mandibulares (DTM): visão e abordagem interdisciplinar e multiprofissional" que conta com profissionais de várias áreas colaborando para um ensino amplo e integrado.

Identificar e tratar sinais e sintomas da doença periodontal foi uma das competências que os egressos apontaram como melhor desenvolvidas, com uma média geral de 1,75. No entanto, o G1 se mostrou significativamente mais positivo em relação ao G5. Pesquisas realizadas no Brasil em 2010 sobre a condição de saúde bucal apontaram pelo índice periodontal comunitário, altas taxas de sangramento, cálculo e bolsa periodontal entre a população adulta[26]. Os Índices cresceram em relação à mesma pesquisa de 2003. Esta

percepção pode estar mascarada pelo aprendizado e treinamento técnico constante na rotina clínica.

Associar conceitos das ciências médicas básicas às situações clínicas também foi apontado mais positivamente no G1 em relação aos outros grupos e G5 obteve a menor média nessa competência. A carga horária destinada a ciências básicas aplicadas à Odontologia no curso da UEL equivale a 20,52% do total[27], sendo que grande parte desse conteúdo é ofertado na primeira e segunda série. Estudo realizado nas escolas da China e do Japão[28] aponta que é mais fácil os alunos integrarem os conhecimentos das ciências básicas às disciplinas clínicas quando eles são abordados no mesmo período e com assuntos homólogos, estabelecendo os conteúdos de maneira integrada, como também proposto pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). A integração horizontal seria a ordenação dos conteúdos de forma que os conhecimentos adquiridos no início do curso constituam embasamento para os anos subsequentes e a integração vertical o relacionamento dos conteúdos num mesmo semestre ou série do curso[29].

O entendimento e a apropriação dos objetivos da formação profissional de um curso, muitas vezes, são negligenciados pelos que participam do processo: docentes, discentes, dirigentes, funcionários e acarretam em impressões e percepções equivocadas. Estas constatações puderam ser percebidas em algumas manifestações dos egressos participantes desta pesquisa, que pouco perceberam a importância de áreas como Saúde Coletiva, mas também apontaram o desenvolvimento da visão do paciente como um todo como sua melhor competência. Seria possível chegar a este resultado sem as modificações implementadas?

Conclusão

A maioria dos egressos julgou como bom o curso de Odontologia da UEL. Quanto ao desenvolvimento das competências, o grupo G1 apresentou-se melhor no desenvolvimento das competências relacionadas aos procedimentos da profissão, no entanto o tempo de atuação pode ter influenciado nessa percepção. Já o grupo G5, graduado após a mudança curricular, apresentou-se melhor nas competências visão do paciente como um todo, capacidade de estabelecer plano de tratamento, liderança para coordenar equipes de profissionais da saúde e gerenciamento e marketing do consultório, que são competências essenciais além das competências procedimentais, para a formação generalista proposta pelo projeto pedagógico do curso de Odontologia. Embora G5 tenha percebido melhor o

desenvolvimento da competência "gerenciamento e marketing do consultório" o baixo índice encontrado pelo conjunto de respondentes do estudo aponta para uma deficiência da formação nessa competência que precisa ser rediscutida e reformulada. A continuidade do processo de avaliação institucional é necessária para contribuir no aprimoramento do curso.

Referências

1. Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 4.155, de 1998. Aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2012.

2. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Rev ABENO 2004;1:30-37.

3. ABENO. Organização modular do currículo. Disponível em: <.http://www.abeno.org. br/index.php?r=site/detalhesReuniao&id=24&id_reuniao=28>. Acesso em: 12 nov. 2012.

4. Toassi RFC, Stobäus CD, Mosquera JJM, Moysés SJ. Currículo integrado no ensino de Odontologia. Rev Interface 2012;16(41):529-544.

5. Nascimento JV. Escala de auto-percepção de competência profissional em educação física e desportos. Rev Paul Educ Fis 1999;13(1):5-21.

6. Sanchez HF, Drumont MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em Odontologia. Ciênc Saúde Coletiva 2008;13(2):523-531.

7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ cne/arquivos/pdf/CES032002>. Acesso em: 20 nov. 2012.

8. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Currículares Nacionais. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/arquivos/downloads/download_2011121510 3241.pdf>.

9. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP entre os anos de 1996 e 2000. J Appl Oral Sci 2003;11(4):283-289.

10. Mialhe F, Furuse R, Gonçalo C. Perfil profissional de uma amostra de egressos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. UFES Rev Odontol 2008;10(2):31-36.

11. Medeiros ACR. Educação baseada em competências e o perfil dos egressos do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá [Dissertação de Mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2011.

12. Bernabé E, Ludeña MA, Beltrán-Neira RJ. Self-Perceived Public Health Competency Among Recent Dental Graduates. J Dent Educ 2006;70(5):571-579.

13. Honey J, Lynch CD, Burke FM, Gilmour ASM. Ready for practice? A study of confidence levels of final year dental students at Cardiff University and University College Cork. Eur J Dent Educ 2011(15):98-103.

14. Arena G, Kruger E, Holley D, Millar S, Tennant M. Western Australian Dental Graduates' Perception of Preparedness to Practice: A Five-Year Follow-Up.. J Dent Educ 2007;71(9):1217-1222.

15. Geoff N. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics". Adv Health Sci Educ. 2010;15(5)625-632.

16. Machado MH, Wermelinger M, Tavares MFL, Moysés NMN, Teixeira M, Oliveira ES. Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: Focando a feminização. Observatário de Recursos Humanos. Rio de Janeiro; 2006.

17. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro. Maringá: Dental Press; 2010.

18. Espartel LB. O uso da opinião dos egressos como ferramenta de avaliação de cursos: o caso de uma instituição de ensino superior catarinense. Rev Alcance 2009;16(01):102-114.

19. Albino JE, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, Horn B, Hendricson WD. Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of current practices in predoctoral dental education. J Dent Educ 2008;72 (12):1405-1435.

20. Costa B. Do ensino à prática odontológica: mito e realidade na grande São Paulo [Tese de Doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1988.

21. Hammer DA, Nadershahi NA. Assessing the demand and preferred format of a student leadership development program at pacific. J Dent Educ 2011;75 (8):1044-1052.

22. Marin HJI, Silveira MMF, Souza GFM. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Odontol Clín Cient 2007;6 (4):315-318.

23. Rodrigues MM, Reis SMAS. A interdisciplinaridade e a integração no ensino odontológico: reflexos sobre o perfil profissional em relação às reais demandas da maioria da população por atenção odontológica. Rev Ext 2004;4 (1):20-27.

24. Rafeek RN, Marchan SM, Naidu RS, Carrotte PV. Perceived competency at graduation among dental alumni of the university of the west indies. J Dent Educ 2004;68(1):81-88.

25. Nicolas E, Baptiste M, Roger-Leroi V. Clermont-ferrand dental school curriculum: An appraisal by last-year students and graduates. Eur J Dent Educ 2009;13:93-99.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília, Ministério da Saúde; 2011.

27. Universidade Estadual de Londrina. Projeto político pedagógico do curso de odontologia da Universidade Estadual de Londrina. 2005. Disponível em: <http://www.uel.br/prograd/? content=pp/pp.html>. Acesso em: 18 nov. 2012.

28. Sun H, Yang J, Kawashima N, Li Y, Zhang W, Wang P. A brief comparison of curricula at dental schools in china and japan. J Dent Educ 2012;76 (6):765-773.

29. ABENO. Subsídios para o projeto pedagógico do curso de Odontologia. Rev ABENO 2002;2:43-47.

2.2 ARTIGO 2

Desempenho de Estudantes Cotistas no Curso de Odontologia[1]

Resumo: O objetivo desse estudo foi verificar o desempenho dos estudantes advindos da política de cotas no curso de Odontologia. Foi realizado um estudo retrospectivo com estudantes ingressantes após a implantação do sistema de cotas, no período de 2005 a 2010. Os dados foram coletados por meio de análise documental de relatórios oficiais da Universidade. Buscou-se dados sobre o desempenho e permanência dos estudantes no curso nas diferentes modalidades de ingresso: sistema universal (SU), cota destinada a estudante de escola pública (CEP) e cota para negros e pardos de escola pública (CN). Nesse período 357 estudantes ingressaram no curso por meio do vestibular, sendo 75% pelo SU e 25% pelo sistema de cotas, destes, 22% CEP e 3% CN. A taxa de evasão foi de 13,7% do SU e 2% da CEP, a CN não apresentou evasão. Integralizou em tempo mínimo 90% dos estudantes do SU, 84% da CEP e 57% da CN. A média aritmética de desempenho anual dos estudantes ficou acima da média adotada pela instituição para as três modalidades (SU, CEP e CN). A política de cotas proporcionou maior ingresso de estudantes oriundos de escola pública, criando maior homogeneidade social ao curso de Odontologia. Os estudantes das CEP e CN demostraram condições de acompanhar o curso com bom desempenho acadêmico e 98% se graduaram Cirurgiões Dentistas.

Palavras-chave: Educação em odontologia. Política social. Avaliação educacional. Estudantes de odontologia.

Introdução

No Brasil, desde 2003 algumas universidades públicas estabelecem cotas para alunos que tenham cursado o ensino médio em escolas públicas com uma porcentagem para negros e indígenas. Em 2012 foi aprovado o decreto que estabelece 50% de cotas nas instituições federais de educação superior[1]. Para uma parcela de estudiosos do campo acadêmico essa política representa um ataque à igualdade de oportunidade, pois diferencia o acesso as Universidades. Outra crítica refere-se à possível diminuição da qualidade no ensino, por julgarem estes estudantes como menos preparados em comparação aos ingressantes pelo sistema universal[2].

Pesquisas nessa área são necessárias para responder aos desafios que as políticas de ação afirmativa estão apresentando para as universidades brasileiras. Tanto nos aspectos de inclusão como de acompanhamento desses novos estudantes[3]. É importante ressaltar que a política de cotas pauta-se por princípio desejáveis para a imediata correção de desigualdades de oportunidades sociais e raciais pregressas no Brasil[4]. Visa-se, por um período provisório, a criação de incentivos aos grupos minoritários, que busquem o equilíbrio

entre os percentuais de cada minoria da população na composição dos grupos nas diversas instituições que fazem parte da sociedade[3]. Mas, sobretudo para democratizar o acesso e alcançar a equidade na oferta educacional é necessário melhorar a qualidade da educação básica oferecida[5].

As ações afirmativas são recentes no Brasil, mas outros países adotaram essa política para criar igualdade de oportunidades para grupos e populações socialmente excluídas. Iniciou-se na Índia, com um sistema de cotas para as castas, depois na Malásia, Bósnia, China, Nova Zelândia, entre outros seguiram essa prática. O debate na sociedade brasileira tendeu a priorizar os Estados Unidos como o *locus* da comparação, inicialmente direcionadas para a população negra e depois ampliada para estudantes oriundos de escolas públicas[6].

Na Odontologia já se percebe a ampliação do acesso, englobando a classe de menor renda econômica aos cursos[7]. Agora é necessário acompanhar os estudantes e delinear as tendências encontradas para possibilitar uma perspectiva futura da profissão além de adequações do modelo formador existente.

Nesse contexto, este artigo teve como objetivo verificar o desempenho dos estudantes após a implantação do sistema de cotas no curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Metodologia

Foi realizado um estudo retrospectivo com estudantes ingressantes no curso de Odontologia após a implantação do sistema de cotas na Universidade, no período de 2005 a 2010. A coleta dos dados foi realizada por meio de análise documental de relatórios oficiais da universidade. Buscou-se dados sobre o desempenho e permanência dos estudantes no curso, nas diferentes modalidades de ingresso: sistema universal, cota destinada a estudantes de escola pública e cota para negros e pardos de escola pública.

Elaborou-se uma planilha no Microsoft Excel, utilizando as informações coletadas. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, com dados absolutos e relativos, no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional seguindo exigência da comissão do Conselho Nacional de Saúde, sob o protocolo n° 27221/2011.

Resultados

Durante o período estudado 357 estudantes ingressaram no curso por meio do vestibular, sendo que 269 (75%) foram matriculados pelo sistema universal (SU), 77 (22%) pela cota de escola pública (CEP) e 11(3%) pela cota para negros e pardos de escola pública (CN). A tabela 1 apresenta a relação de candidatos e o número de vagas destinadas para cada modalidade no vestibular de 2005 a 2010.

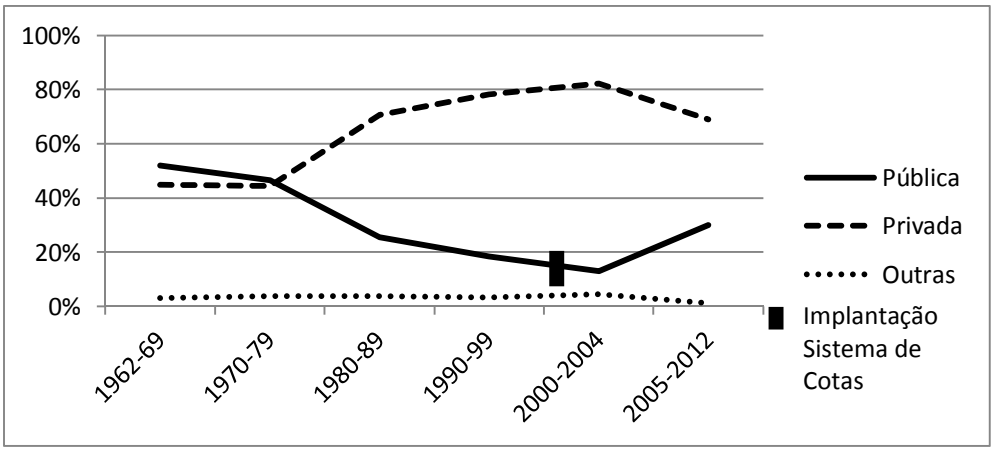
Tabela 1 – Relação candidato / vaga no vestibular no período de 2005 a 2010

Vestibular	SU	CEP	CN
2005	710 / 47	192 / 11	16 /02
2006	588 /46	131 /13	8 /1
2007	624 /44	160 /14	12 /2
2008	647 /45	161 /13	16 /02
2009	508 /45	123 /12	18/03
2010	595 /43	160 /15	18/02

Fonte: Coordenadoria de Processo Seletivo – COPES / UEL.

O gráfico 1 apresenta o tipo de escola em que os estudantes do curso concluíram o ensino médio desde a primeira turma ingressante na instituição em 1962. As escolas foram divididas em escola pública, privada e outros, que inclui estudantes que concluíram o ensino médio no exterior e os que não foram identificados à origem.

Gráfico 1 – Tipo de escola que os ingressantes no curso concluíram o ensino médio segundo as décadas e após a implantação do sistema de cotas



As turmas ingressantes em 2005, 2006, 2007 e 2008 completaram o período mínimo de integralização do curso e a tabela a seguir apresenta o acompanhamento desses estudantes durante a graduação.

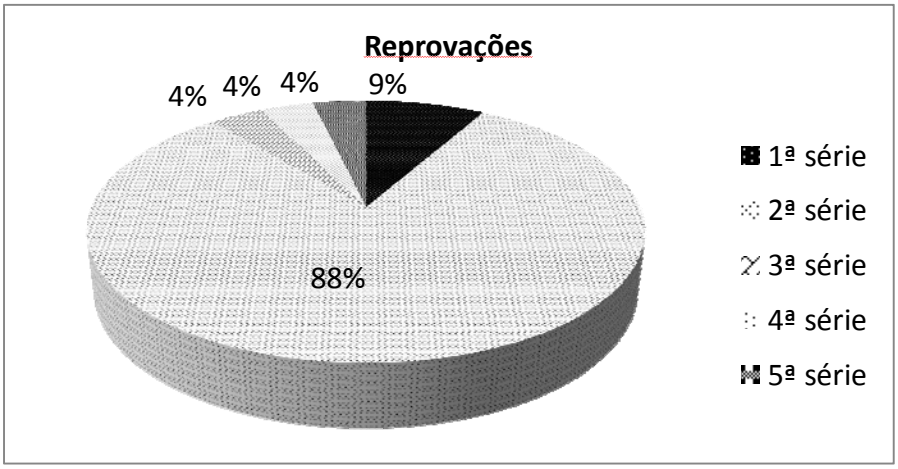
Tabela 2 – Acompanhamento dos estudantes durante o período de graduação

Período	**Graduados em tempo mínimo**			**Retidos**			**Evadidos**		
	SU	**CEP**	**CN**	**SU**	**CEP**	**CN**	**SU**	**CEP**	**CN**
2005 - 2012	143 (91%)	42 (84%)	4 (57%)	13 (8%)	8 (16%)	3 (43%)	25 (14%)	1 (2%)	-

De 2005 a 2008, 182 (76%) estudantes ingressaram pelo sistema universal, sendo que 25 (14%) evadiram, 1 (0,5%) trancou por um ano e 157 continuaram ativos. Destes, 13 (8%) ficaram retidos em pelo menos um ano durante o curso e 143 (91%) integralizaram em 5 anos. Quanto aos cotistas, 51 (21%) ingressaram pela cota de escola pública e 1 (2%) evadiu. Dos 50 que continuaram ativos no curso, 8 (16%) reprovaram em pelo menos um ano, 42 (84%) integralizaram em 5 anos. Das cotas reservadas para negros e pardos de escola pública, 7 (3%) estudantes ingressaram, não houve evasão, 3 (43%) reprovaram em pelo menos um ano e 4 (57%) integralizaram em 5 anos. Os ingressantes em 2009 e 2010 estão ativos no curso até o momento do estudo, portanto os dados ainda poderão sofrer alterações.

O gráfico 2 apresenta em porcentagem a distribuição dos índices de reprovações no curso em cada série durante o período estudado dos ingressantes de 2005 a 2010.

Gráfico 2 – Reprovações dos estudantes nas cinco séries do curso de 2005 a 2012



O rendimento anual dos estudantes nos módulos cursados durante o curso está apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Média e desvio padrão do rendimento anual dos estudantes

Período	**S. Universal**		**Escola Pública**		**Negros**	
	TOTAL	Média (DP)	TOTAL	Média (DP)	TOTAL	Média (DP)
1º ano	237	7,4 (0,56)	75	7,3 (0,61)	11	7,2 (0,57)
2º ano	237	7,2 (0,64)	75	7,1 (0,63)	11	7 (0,55)
3º ano	199	7,3 (0,62)	62	7,2 (0,60)	9	7 (0,62)
4º ano	158	7,5 (0,55)	50	7,4 (0,51)	7	7 (0,64)
5º ano	118	7,7 (0,50) [a]	38	7,5 (0,45)	5	7,1 (0,74) [b]

*Horizontalmente, médias com letras distintas são estatisticamente diferentes pelo teste de t student ($p \leq 0,05$).

Discussão

Os resultados da Política de Ação Afirmativa já podem ser observados no curso de Odontologia. Em 2005, a instituição aderiu ao sistema de cotas, destinando até 40% das vagas para estudantes oriundos de escolas públicas, sendo que até metade das vagas decorrentes da aplicação deste percentual deveriam ser para negros e pardos de escolas públicas, com o objetivo de contribuir com a redução das desigualdades sociais no ensino superior. [8] Após a implantação do sistema de cotas verificou-se maior ingresso de estudantes concluintes do ensino médio em escolas públicas. O vestibular é visto como um filtro social, que evidencia a discrepância na educação básica brasileira. Desde a década de 80, período de maior concorrência no curso, os estudantes das escolas privadas destacavam-se e obtinham a maior representatividade.

Embora até 40% das vagas sejam destinadas as cotas, elas são proporcionais à quantidade de inscritos por curso, e na Odontologia apenas cerca de 25% foram preenchidas durante o período estudado, sendo essa percentagem ainda menor nas cotas destinadas a estudantes negros. O Brasil é um país com grande miscigenação racial, no entanto a região sul apresenta a menor porcentagem da população negra e parda[9], o que pode ter contribuído para o baixo número de inscritos. Uma efetiva democratização da educação requer políticas para a ampliação do acesso, mas também são necessárias políticas voltadas para a permanência dos estudantes no sistema educacional de ensino[10]. A Odontologia é conhecida por seu alto prestígio social[4], bem como da necessidade de investimentos financeiros dos estudantes para sua conclusão, pois diferente dos outros cursos da saúde é necessário aquisição de

instrumental para a execução das atividades práticas durante a graduação. Em 2007, uma pesquisa de mercado realizada no estado de Pernambuco, mostrou os custos necessários para a realização da graduação em Odontologia na Universidade Federal de Pernambuco. Um estudante gastaria aproximadamente R$ 10.000,00 reais em materiais e instrumentos, sem contar gastos com moradia, alimentação, transporte, lazer, livros, cópias e impressões[11]. A procura por cursos noturnos é maior entre os inscritos pelo sistema de cotas, pois cursos em período integral dificultam que o estudante concilie um trabalho.

Deve-se levar em consideração a permanência dos estudantes na graduação. De 2005 a 2010 o índice de evasão no curso foi de 10%, sendo que destes, apenas um estudante era ingressante pelo sistema de cotas. Estudos apontam que beneficiários efetivos das cotas abandonam menos os cursos que ingressaram[12]. A evasão na Odontologia é baixa em relação aos outros cursos na instituição. Matemática e Física, por exemplo, apresentam índices de até 56%. Dos ingressantes do ano de 2006, observou-se que 20% dos estudantes evadiram, sendo esse o maior percentual desde 1992, destes todos ingressaram pelo sistema universal. Os motivos da evasão não foram objetivos desse estudo, mas sabe-se que 5% passaram no vestibular para medicina e 3% cursaram Odontologia em outra instituição mais próxima de sua cidade natal, sendo assim uma evasão aparente, pois não caracteriza abandono efetivo da educação superior. A evasão estudantil é considerada uma perda social, acadêmica e econômica[13]. Entre as causas que levam os estudantes abandonarem o curso estão: falta de expectativa em relação à profissão, insatisfação com o corpo docente, estrutura física e curricular e falta de recursos financeiros para o estudante se manter [13,14].

As Universidades devem ter mecanismos de combate à evasão estudantil, principalmente as que adotam políticas de ações afirmativas, o acompanhamento dos estudantes no curso é essencial para que os objetivos da política sejam alcançados e o abandono do curso permaneça com baixos índices. A instituição deve ter medidas antes mesmo do ingresso dos estudantes, com informações em “feiras vocacionais”[15]. Após a entrada, iniciativas junto aos estudantes são necessárias, como por exemplo, recepcionar o calouro de forma harmoniosa, fazendo com que ele saiba a quem procurar em caso de dificuldade, apresentar aos estudantes uma visão global dos possíveis perfis profissionais, incentivar a participação em projetos de iniciação cientifica, pesquisa e extensão entre outras medidas de acolhimento[16]. Deve-se considerar, a possibilidade do estudante beneficiado pela cota ser carente e criar planos de auxilio para a permanência no curso[17]. A instituição aqui estudada implantou uma Comissão Permanente de Acompanhamento e de Avaliação da

Implementação da Política de Cotas com a finalidade de analisar o comportamento dos estudantes cotistas durante sua permanência na UEL.

Após oito anos de implantação da politica de cotas, pode-se ter um panorama do desempenho dos cotistas no curso. A média adotada para aprovação do estudante no módulo é 6,0 e caso ocorra reprovação em módulos essenciais o estudante não poderá cursar em regime de dependência. No período estudado, o tempo de integralização do curso, apresentou diferentes percentuais em relação às modalidades de ingresso, sendo que os alunos ingressantes pelo sistema universal tiveram menores índices de reprovações em comparação aos ingressantes pelas cotas de escola pública e negros, que integralizaram em maior tempo. Atualmente o curso segue as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais com estruturação modular que reúne diversas áreas do conhecimento. Busca-se a interdisciplinaridade e a atenção integral em saúde, em seu aspecto individual e coletivo. O tempo mínimo e máximo para a integralização é de 5 e 10 anos, respectivamente[18]. Currículos integrados, desde a primeira série, possibilitam a formação de um perfil profissional desejado nos dias atuais, além de ser apontado como facilitador da aprendizagem do estudante, diminuindo as taxas de reprovações[19]. A segunda série apresentou maior índice de reprovação, independente da modalidade (universal e cotas). Esse é um ano com muitos conceitos teóricos e que para a compreensão é necessário que o estudante tenha uma boa base do ensino médio. Algumas escolas dos Estados Unidos e Canadá exigem a realização de um curso preparatório antes dos estudantes ingressarem em Odontologia e Medicina, no qual abordam Biologia Geral, Química Geral, Química Orgânica, Física Geral e Inglês[20]. A deficiência no conhecimento desses temas pode ter colaborado para as reprovações dos estudantes na 2º série.

A média aritmética de desempenho dos estudantes apresentou diferença estatística apenas no 5º ano e entre os estudantes ingressantes pelo sistema universal e pelas cotas de negros. A diferença no número da amostra dos dois grupos pode ter influenciado nesse resultado, uma vez que 43% dos cotistas negros ficaram retidos. Nos cinco anos de curso o rendimento dos estudantes ficou acima da média adotada pela instituição nas três modalidades. Outros estudos que analisaram o desempenho dos estudantes obtiveram coeficientes de rendimento igual, ou melhor, dos cotistas em relação aos não cotistas[21, 4]. Em 2010 os ingressantes e concluintes de Odontologia realizaram o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) [22]. Pode-se observar pelos índices, que no Componente de Formação Geral e no Componente de Formação Específico da prova, a nota média dos estudantes da instituição foi maior que a média geral do país. Embora existam duas situações

distintas em relação às provas, que não possibilita a comparação, o rendimento dos estudantes em 2010 foi melhor que os de 2004. Esses dados demonstram que o sistema de cotas permitiu que estudantes de bom desempenho acadêmico ingressassem no ensino superior sem comprometer a qualidade do curso, mas é necessário ressaltar a importância de pesquisas nessa área, pois as publicações realizadas até o momento ainda não dão conta da diversidade do tema e apontam que poucas instituições analisam e divulgam seus dados[6].

A diversidade cultural e social dos estudantes da área da saúde é valorizada em inúmeras pesquisas. A matriz social influencia fortemente o comportamento profissional. Estudantes com menor poder aquisitivo são mais propensos a trabalhar com a população carente após a graduação[23, 24]. A reforma sanitária brasileira estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do estado[25] , portanto, é necessário que as universidades formem profissionais conscientes das necessidades da população para garantir a integralidade da assistência.

Conclusão

A política de cotas proporcionou maior ingresso de estudantes oriundos de escola pública, criando maior homogeneidade social ao curso de Odontologia. Os estudantes beneficiados pela Politica de Ação Afirmativa demostraram condições de acompanhar o curso com bom desempenho acadêmico, embora alguns demorem maior tempo para a integralização do curso devido às reprovações, 98% dos ingressantes cotistas não evadiram e se graduaram Cirurgiões Dentistas.

Referências

1. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm>. Acesso em: 10 fev. 2013.

2. Rodrigues WG. Dilemas da ação afirmativa: Ou democratização da universidade pública por meio do sistema de cotas ou manutenção da qualidade do ensino. *Revista Formadores* 2006;1:1-21.

3. Oliven AC. Ações afirmativas nas universidades brasileiras: Uma questão política, um desafio pedagógico. *Pedagogia Universitária e Áreas de Conhecimento*. 2007;1:151-160.

4. VELLOSO J. Cotistas e não-cotistas: Rendimento de alunos da Universidade de Brasília. *Cadernos de Pesquisa* 2009;39:621-644.

5. Neves CEB, Raizer L, Fachinetto RF. Acesso, expansão e equidade na educação superior: Novos desafios para a política educacional brasileira *Sociologias*. 2007;9:124-157.

6. Santos JT. Ações afirmativas e educação superior no Brasil: Um balanço crítico da produção. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos* 2012 93:401-422.

7. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Med. *Perfil atual e tendências do Cirurgião Dentista brasileiro* Maringá Dental Press 2010.

8. Universidade Estadual de Londrina. Resolução cu n º 78/2004 estabelece a reserva de vagas no concurso vestibular para candidatos oriundos de instituições públicas de ensino e para aqueles que se autodeclararem negros. 2004. Disponível em: <http://www.uel.br/prograd /docs_prograd/resolucoes/resolucao_78_04.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2013.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos /sinteseindicsociais2009/default_tab.shtm. Acesso em: 02 fev. 2013.

10. Zago N. Do acesso à permanência no ensino superior: Percursos de estudantes universitários de camadas populares. *Revista Brasileira de Educação* 2006;11:226-370.

11. Beatrice LCS, Ramos WS, Freitas P, Marques M, Wanderley ARCO, Arcoverde CAL, Silva CF, Webler EA. Quanto custa cursar odontologia? *International Journal of Dentistry* 2007;6:75-79.

12. Guimarães ASA, Costa LC, Almeida Filho N. Inclusão social e rendimento escolar: O caso da UFBA. Anais...*35º Encontro Anual da Anpocs GT30 - Relações raciais: desigualdades, identidades e políticas públicas* 2011.

13. Silva Filho RLL, Motejunas PR, Hipólito O, Lobo MBCM. A evasão no ensino superior brasileiro. *Cadernos de Pesquisa*. 2007;37:641-659.

14. Cavalcanti AL, Lima WG, Marques JLS, Alves HFC, Granville-Garcia AF. Motivos de ingresso e de evasão dos acadêmicos de odontologia de uma instituição pública. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2010;39:95-99.

15. Manno MC, Souza OTL, Lima KRS. Estratégias de combate à retenção e à evasão nos cursos de graduação: Relato de experiência. *Apresentado no encontro do For Grad Norte*. 2011.

16. Machado SP, Melo Filho JM, Pinto AC. A evasão nos cursos de graduação de química. Uma experiência de sucesso feita no instituto de química da Universidade Federal do Rio de Janeiro para diminuir a evasão. *Quimica Nova*. 2005;28:41-43.

17. Cardoso CB. Efeitos da política de cotas na universidade de Brasília: Uma análise do rendimento e da evasão [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

18. Universidade Estadual de Londrina. Projeto político pedagógico do curso de odontologia da universidade estadual de londrina. 2005. Disponível em: <http://www.uel.br/ prograd/?content=pp/pp.html>. Acesso em: 30 jan. 2013.

19. Saliba NA, Moimaz SAS, Raphael HS, Tiano AVP, Rodrigues RPCB. Organização curricular, evasão e repetência no curso de Odontologia: Um estudo longitudinal. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2006 35:209-214.

20. Sun H, Yang J, Kawashima N, Li Y, Zhang W, Wang P. A brief comparison of curricula at dental schools in china and japan. *Journal od Dental Education* 2012;76 (6):765-773.

21. Santos JT, Queiroz DM. Sistema de cotas: um multiculturalismo brasileiro? *Revista Ciência e Cultura*. 2007; 59 (2): 41-45.

22. Brasil. Instituto nacional de estudos e pesquisas educacionais Anísio Teixeira Relatórios Enade. 2012 Disponível em: <http://enadeies.inep.gov.br/enadeIes/enade Resultado/>. Acesso em: 29 jan. 2013.

23. Silva ET, Nunes MF, Santos LB, Queiroz CR, Leles CR. Identifying student profiles and their impact on academic performance in a brazilian undergraduate student sample. *European Journal of Dental Education* 2012;16:27-32.

24. Andersen RM, Carreon DC, Friedman JA, Baumeister SE, Afifi AA, Nakazono TT, Davidson PL. What enhances underrepresented minority recruitment to dental schools? *Journal of Dental Education*. 2007;71:994-1008.

25. Brasil. Ministério da Saúde. A construção do SUS - história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

RERERÊNCIAS

ARAUJO, M. Palavras e silêncios na educação superior em Odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 179-182, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3, de 19 fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal:** acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Pró-Saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php Acesso em: 15 out. 2012.

_____. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, 2011b. http://portal.inep.gov.br/superior-sinaes. Acesso em: 27 out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dados Estatísticos**. Rio de Janeiro, 2009-2011. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/ Acesso em: 05 nov. 2012.

MARTELLI JÚNIOR, H. et al. Perfil dos egressos do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. **Arquivos em Odontologia**, v. 43, n. 4, p. 131-136, 2007.

MORITA, MC.; HADDAD, AE.; ARAÚJO, ME. **Perfil atual e tendências do Cirurgião Dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010.

NARVAI, P. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.

SALIBA, N. A. et al. Dentistry in Brazil: its history and current trends. **Journal of Dental Education**, v. 73, n. 2, p. 225-31, Feb 2009.

SANCHEZ, H.; DRUMONT, M.; VILAÇA, E.L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTOS, G.; TAKAOKA, H. Qualidade da Informação no Ambiente Acadêmico – Estudo de Caso de um Sistema de Acompanhamento de Egressos Utilizando QFD. In: ENCONTRO DA ANPAD, 31., 2007. **Anais**... Rio de Janeiro. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/54 275575/ADIB770>. Acesso em: 14 out. 2012.

TEIXEIRA, M.; GOMES, W. Estou me formando...e agora? Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 5, n. 1, p. 47-62, 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Projeto Político Pedagógico do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.** Londrina, 2005. Disponível em: http://www.uel.br/prograd/?content=pp/pp.html Acesso em: 24 nov. 2012.

ZANETTI, C. H. G. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 3, p. 11-24, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"PERFIL DOS EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UMA ABORDAGEM DA CARREIRA PROFISSIONAL"

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa "PERFIL DOS EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UMA ABORDAGEM DA CARREIRA PROFISSIONAL", realizada via e-mail, correio ou pessoalmente. O objetivo da pesquisa é conhecer o perfil e percepções dos profissionais egressos desta Universidade. A sua participação é muito importante e ela se daria por meio do preenchimento de um questionário após a concordância desse termo de consentimento. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados é o auxilio na orientação da formação em Odontologia nesta Universidade e a criação de um banco de dados que sirva para futuras consultas e pesquisas. Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Elisa Emi Tanaka, telefone para contato 33716749, Rua Pernambuco 540, cep 86020-070 Londrina-PR e e-mail – elisatanaka@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____de 2011.

Pesquisador Responsável

Elisa Emi Tanaka

RG: 4114983-3

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura:_____

Data:_____

QUESTIONÁRIO

1- Cidade e Estado que reside_____ - _____

2- Qual classificação você atribui ao seu curso de Graduação?
( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Péssimo

3- Quais as maiores dificuldades que você tem encontrado no exercício da Odontologia?
_____

4- Sua formação na graduação foi adequada para o ingresso imediato ao mercado de trabalho?
( ) Sim ( ) Não
Por que ? _____

5- A seu ver, que conteúdos deveriam ser dados no Curso de Odontologia que facilitaria/melhoraria sua entrada e posterior adaptação ao mercado de trabalho?
_____

6- Você teria alguma sugestão para o curso de Odontologia da UEL?
_____

7- Dentre as características/competências necessárias aos Cirurgiões–dentista sua formação permitiu o desenvolvimento de:

Capacidade de trabalhar em equipe com outros profissionais da saúde (Médico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, entre outros)
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Liderança para coordenar equipes de profissionais da saúde
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Comunicação com paciente e comunidade
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Atuação de clínico geral
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Visão do paciente como um todo
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Gerenciamento e marketing do consultório
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Ética profissional
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Bom relacionamento profissional/paciente
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Capacidade de formular diagnósticos corretos
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Capacidade de estabelecer plano de tratamento
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Desenvolvimento de raciocínio lógico na resolução de problemas
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Escolha de tratamento adequado
( ) sim ( ) não ( ) em parte ( ) Nenhuma

8- Em relação às habilidades e competências exigidas na profissão você se sente confiante para:

Realizar um correto diagnóstico e um plano de tratamento.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Associar conceitos das ciências médicas básicas às situações clínicas.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Utilizar de recursos diagnósticos para a identificação das alterações temporomandibulares.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Identificar e tratar sinais e sintomas das maloclusões.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Identificar sinais das lesões benignas e malignas dos maxilares.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Identificar e tratar sinais e sintomas de cáries.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

Identificar e tratar sinais e sintomas da doença periodontal.
( ) sim ( ) não ( ) em parte

9- No exercício profissional atua como? (Pode assinalar mais de uma alternativa)
( ) Clínico geral
( ) Especialista - Área _____
( ) Docente – Área / Intituição _____

10- Qual sua atuação profissional (Pode assinalar mais de uma alternativa)
( ) Autônomo – Consultório próprio
( ) Autônomo – Consultório alugado
( ) Autônomo – Trabalho por porcentagem
( ) Professor Público
( ) Professor Privado
( ) Pesquisador
( ) Serviço público - Cargo_____
( ) Assalariado
( ) Aposentado
( ) Outros_____

11- Atua em algum cargo de chefia?
( ) Sim Qual?_____
( )Não

12- Fez algum curso de pós-graduação?

P.G	Área
( ) Não	
( ) Aperfeiçoamento	_____
( ) Especialização	_____
( ) Mestrado acadêmico	_____
( ) Mestrado profissional	_____
( ) Doutorado	_____
( ) Pós Doutorado	_____
( ) Outros	_____

13- Participou de congressos científicos nos últimos dois anos?
( ) Sim ( ) Não

14- Se sente financeiramente realizado (a) como Cirurgião-Dentista?
( ) Sim ( ) Não

15- Se sente profissionalmente realizado (a) como Cirurgião-Dentista?
( ) Sim ( ) Não
Por que ? _____

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ EM ÉTICA E PESQUISA

Universidade Estadual de Londrina

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 268

Parecer CEP/UEL:	279/2011
CAAE:	0260.0.268.000-11
Processo:	27221/2011
Folha de Rosto:	461151
Pesquisador(a):	Elisa Emi Tanaka Carloto
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Odontologia – Colegiado do Curso de Odontologia

Prezado(a) Senhor(a):

O "**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina**" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"PERFIL DOS EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UMA ABORDAGEM DA CARREIRA PROFISSIONAL"

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Londrina, 16 de novembro de 2011.

Profa. Dra. Alexandrina Aparecída Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380 - Fone (43) 3371-4000 - PABX - Fax 3328-4440 - Caixa Postal 6001 - CEP 86051-990 - Internet http://www.uel.br
LONDRINA - PARANÁ - BRASIL

Form. Código 11.764 - Formato A4 (210x297)

ANEXO B

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA "CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA"

Forma e preparação de manuscritos

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.
3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
b) ClinicalTrials.gov
c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
d) Nederlands Trial Register (NTR)
e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações doInternational Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva[1]). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/).
8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki(1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.
10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).
10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível emhttp://www.ensp.fiocruz.br/csp/.
Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contado com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".
12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.
O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas

de publicação.
12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: http://decs.bvs.br/.
12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.19 *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
12.26 *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
12.27 *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html.
15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO C

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA "JOURNAL OF DENTAL EDUCATION"

Preparing Manuscripts for Submission

The *JDE* considers only manuscripts submitted electronically, prepared in MS Word. Authors are urged to follow the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals." These requirements, developed by the International Committee of Medical Journal Editors and now in their fifth edition (1997), can be found in the *New England Journal of Medicine* 1997;336:309-15 and on that journal's website.

The American Medical Writers Association (AMWA) offers a Freelance Directory, in which can be found the contact information of those who offer assistance in the writing of medical literature. Please visit their website for further information about this service.

The following summarizes these requirements as well as specific JDE procedures. Note that these requirements pertain specifically to the initial submission of manuscripts. When an article has been or is close to being accepted, authors should follow the"Production Guide for *JDE* authors" in preparing the final version of the article.

Document Preparation.

Create the document on pages with margins of at least 1 inch (25 mm). Use double-spacing throughout, including title page, abstract, text, acknowledgments, references, tables, and legends for illustrations, and number pages consecutively. Begin each of the following sections on separate pages: title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, individual tables, and legends. Do not embed tables and figures in the body of the text, but place them after the references. If any illustrations are large files, submit them as separate documents.

Title Page.

The title page should carry 1) the title, which should be concise but descriptive; 2) first name, middle initial, and last name of each author, with highest academic degrees; 3) each author or coauthor's job title, department, and institution; 4) disclaimers if any; 5) name, address, phone, fax, and email of author responsible for correspondence about the article and requests for reprints; and 6) support or sources in the form of grants, equipment, drugs, etc. See published articles for examples.

Abstract and Key Words.

The second page should carry the title and an abstract of no more than 150-200 words. In one paragraph, the abstract should state the purposes of the study or program, basic procedures, main findings, and principal conclusions. Neither references nor subheads should be used in the abstract. Below the abstract, provide three to ten key words or phrases that will assist indexers in cross-indexing the article and that will be published with the abstract. Use terms from the Medical Subject Headings listed in *Index Medicus*.

Text.

Follow American rather than British English spelling and punctuation style. The body of the manuscript should be divided into sections preceded by appropriate subheads. Major subheads should be typed in capital letters at the left-hand margin. Secondary subheads should appear at the left-hand margin and be typed in upper and lower case and put in bold face. Tertiary subheads should be typed in upper and lower case and be underlined.

References.

Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text; each source has one number, so be careful not to repeat sources in the reference list. Identify references by Arabic numerals, and place them as superscript numerals within or at the end of the sentence. Do not enclose the numerals in parentheses, and be sure to follow American

rather than British or European style conventions (e.g., the reference number follows rather than precedes punctuation marks, such as commas and periods). Two important reminders: 1) references should not be linked to their numbers as footnotes or endnotes; and 2) references to tables and figures should appear as a source note with the table/figure, not numbered consecutively with the references for the article.

Follow the style of these general examples, which are based on the formats used in *Index Medicus*. Titles of journals should be abbreviated according to the *Index Medicus* style. If there are more than six authors, list the first six and use et al.

Book

1. Avery JK. Essentials of oral histology and embryology: a clinical approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2000.

Chapter in an Edited Volume

2. Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. Oral health and quality of life in children. In: Inglehart MR, Bragramian RA, eds. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing Co., 2002:79-88.

Article in a Journal

3. Seale NS, Casamassimo PS. U.S. predoctoral education in pediatric dentistry: its impact on access to dental care. J Dent Educ 2003;67(1):23-9.

Report

4. Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for dental education programs. Chicago: American Dental Association, 2010.

Tables.

All tables must have a title and be in a column format. Arrange column headings so that their relation to the data is clear. Indicate explanatory notes to items in the table with reference marks (note that asterisks should be used only with p-values). Cite each table in the text in the order in which it is to appear; do not include directions such as "Place Table 1 here." Identify tables with Arabic numerals (e.g., Table 1). See the References section regarding source notes.

Illustrations.

Illustrations should not exceed 8½ x 11 inches, and all lettering should be at least 1½ mm high. Cite each figure in the text in the order in which it is to appear (e.g., Figure 1); do not include directions such as "Place Figure 1 here." See the References section regarding source notes. If your article is accepted for publication, we may request illustrations in higher resolution than those you've submitted.

Human Subjects.

It is the author's responsibility to obtain approval or exempt status from his or her institution's Institutional Review Board for studies involving human subjects; this approval or exempt status should be mentioned in the article. Failure to meet these requirements is likely to place the manuscript in jeopardy and lead to a rejection.

Permissions.

Any aspect of the article that is not the author's original work (e.g., figures or tables from other publications) must be fully credited to the original publication. It is the author's responsibility to acquire permission to reprint the material and pay any fees. Evidence of required permissions must be in the author's hands before the article can be published. Additional information is provided in the"Production Guide for JDE Authors."

Submission and Production Procedures

Submissions should be made via the ScholarOne system, following these steps:

1. Launch your web browser, and go to the *JDE*'s submission homepage at http://mc.manuscriptcentral.com/jdentaled.

2. Log-in, or click the "Register here" option if you are a first-time user of ScholarOne Manuscripts. Follow the instructions to create a new account. If you have forgotten your log-in details, go to "Password Help" on the journal's ScholarOne Manuscripts' homepage and enter your email address. You will be sent instructions on how to reset your password.
3. After logging in, select "Author Center." Click the "Submit a Manuscript" link. Enter data and answer questions as prompted. Click on the "Next" button on each screen to save your work and advance to the next screen.
4. To upload your files, click on the "Browse" button, locate the file on your computer, and select the appropriate designation. Click the "Upload" button when all files have been selected. Please review your submission (in both PDF and HTML formats) before sending to the Editor. Click the Submit button.

Review Process.

Manuscripts will be peer-reviewed by individuals, selected by the Editor or Associate Editor, who have expertise and experience pertinent to the topic of the article. The journal follows a blind peer review process. The Editor and/or Associate Editor also review all manuscripts. The review process can take up to four months.

Preparing the Final Manuscript.

If the manuscript is accepted or provisionally accepted, it will be returned to the author with the reviewers' comments for the author's approval, responses, and revisions. At that time, the author should download the "Production Guide for *JDE* Authors" from the ScholarOne website and follow it in preparing the final version of the article. After the author has made the changes, the manuscript is returned for final review to the Editor. If the Editor finds it acceptable, he notifies the author and assigns it to an issue. Managing Editor Lynn Page Whittaker copyedits it and prepares it for publication. Currently, the time from acceptance to publication is approximately eight to ten months.

Agreement to Publish.

On acceptance or provisional acceptance of the manuscript for publication, the author will be asked to sign a publication agreement, which must be signed and submitted before the article is published. This form is a legal document specifying that the article is original and that the author holds all rights in it and grants the journal the exclusive first serial rights to it, for both paper and online publication. If the article is coauthored, all authors must sign the agreement.

Page Proof Review.

Corresponding authors will receive page proofs of their articles by email from the Managing Editor, who also reads the proofs. Authors will have two to three business days to review their proofs and return them.

Reprints and Permissions.

Authors are given the opportunity to order reprints of their articles and are urged to do so at the time the issue is printed for the most timely and efficient service; however, reprint orders will be accepted at any time after the issue is published. The price of reprints varies with the page count of the article and the quantity of reprints ordered. The Managing Editor sends detailed information and an order form to the corresponding author with the article proofs. A copy of an individual article may also be acquired online, whether by the authors or other readers, by visiting www.jdentaled.org. The *JDE* permits photocopying of articles for the noncommercial purpose of educational and scientific advancement.

Key Contact Information

General Questions (not for submission of manuscripts; see above). Contact Dr. Nadeem Karimbux, Editor, Journal of Dental Education, Tufts University School of Dental Medicine, One Kneeland Street DHS-15, Boston, MA 02111; nadeem.karimbux@tufts.edu.

Proofs and Production. Return proofs and direct any questions concerning publication to Lynn Page Whittaker, Managing Editor, Journal of Dental Education, 127 Autumnwood Avenue, Athens, GA 30606; whittakerl@adea.org.
Reprints and Copyright Permissions. Address correspondence relating to copyright and other business matters to Christopher Daniels, ADEA, 1400 K Street, NW, Suite 1100, Washington, DC 20005; 202-289-7201 phone; 202-289-7204 fax;danielsc@adea.org.