

O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações

Medical Teaching in Brazil: Origins and Transformations

Nedy M. B. C. Neves, Flávia B. C. S. Neves, Almir G. V. Bitencourt

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil

Este estudo faz um recorte histórico pelo ensino médico brasileiro, descortinando sua identidade, dimensão e estruturação. Antes da criação das escolas médicas brasileiras, os interessados em estudar Medicina complementavam seus estudos na Universidade de Coimbra, em Portugal. Com a chegada da família imperial ao Brasil, dá-se início ao ciclo universitário, quando foram fundadas as primeiras escolas médicas brasileiras. Neste contexto, o currículo foi importado sem avaliar as especificidades locais. A partir de então, muitas reformas foram realizadas no ensino médico brasileiro, sendo a Reforma Flexner a principal responsável pelas transformações nesta área, importando o modelo cientificista e desvalorizando o humanista. Esta abordagem foi responsável pela especialização precoce, além de ser individualista e hospitalocêntrica. O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento, dificultando a visão do paciente no seu conjunto. Surgiu, então, o paradigma da integralidade buscando contrapor-se ao paradigma flexneriano, enfatizando mais a saúde do que a doença, buscando analisar o doente e não a doença e agregando valores para a humanização da Medicina. Outro avanço foi no campo da educação médica voltada para o aluno que se torna o centro do ensino-aprendizagem. Vale ressaltar que este novo modelo, apesar de enfatizar o lado humanista, deve dialogar com as novas descobertas científicas contemporâneas, tornando-se parceiros. Todos estes saberes devem estar atrelados para formatar um caminho harmônico. Este compromisso está contemplado no eixo da proposta do Ministério da Educação que define o perfil almejado para o médico(a) brasileiro(a) como cidadão ou cidadã de atitude ética, de formação humanística e consciência de responsabilidade social.

Palavras-chave: educação médica, escolas médicas, história da Medicina.

This study reviews the history of Brazilian medical education, screening its identity, dimension and structuring. Before the first Brazilian medical schools, the ones that desire to study medicine had to go to the University of Coimbra in Portugal. The first Brazilian medical schools were created when the royal family came to Brazil. In this setting the curriculum was imported without any local adaptations. Since this, many modifications were done in Brazilian medical teaching, the Flexner Report was the main responsible of this changes, privileging the scientific model in detriment of the humanism. This approach was responsible of the early specialization, besides being individualist and hospital centralized. The Flexner paradigm fragmented the medical knowledge, making it difficult to view of the whole patient. Against the Flexner Report, the paradigm of integrality appeared with the emphasis in healthy, centered in the patient, instead of the disease, adding values for the humanization of medicine. In medical education emerged the problem-based learning, where the student became the center of the teaching and learning. This new form comes to be the element that could intermedate the scientific findings with the humanistic background, constructing a harmonic method. This compromise is meditated in the proposition of the Education Ministry that define the ideal profile for the Brazilian physician, a citizen with ethical attitude, humanist formation and social responsibility.

Key words: medical education, medical schools, history of Medicine.

Transformações nos modelos de ensino têm ocorrido em diversas áreas docentes. Essas visam a alterar o papel do educador e do educando, para que deixe de haver uma transmissão unidirecional do conhecimento dando lugar a um modelo de construção dos saberes. No campo das Ciências da Saúde e, principalmente, da Medicina, essa necessidade de mudanças se torna ainda mais evidente, considerando que, ainda hoje, o ensino médico tem como alicerces os modelos tradicionais, baseados em muitos conteúdos teóricos, enquanto a realidade médica exige dinamismo e desenvoltura na prática.

Na era medieval, nas primeiras escolas de medicina, o ensino médico consistia basicamente no estudo e recitação dos textos hipocráticos e galênicos, não necessariamente associados ao ensino prático supervisionado da profissão. Com a evolução do estudo das ciências básicas como Anatomia Patológica com Morgagni (1682-1771) e Virchow (1821-1902), da Microbiologia com Koch (1843-1910) e Pasteur (1822-1895) e da Fisiologia com Claude Bernard (1813-1878), o estudo da medicina se modificou para incorporar também estes conhecimentos oriundos destas áreas básicas no intuito de embasar a prática desta nascente medicina científica. A partir de então, o conceito de educação médica tem-se desenvolvido em paralelo à evolução da medicina, o que nos faz acreditar que uma reflexão sobre este processo seja fundamental, principalmente nesta fase da educação médica brasileira, caracterizada pela desordenada proliferação de escolas médicas e de um profundo questionamento do paradigma curricular vigente na maior parte das faculdades⁽⁸⁾.

Esse estudo pretende refletir sobre o ensino médico no Brasil, suas peculiaridades e subjetividades, que permeiam algumas implicações e possibilidades, sem omitir as contradições e incertezas de seu contexto. O trabalho inicia-se através de um recorte histórico observando sua trajetória desde a criação das primeiras

Escolas Médicas (EM) brasileiras, na Bahia e no Rio de Janeiro, analisando as mudanças curriculares e os impactos criados por elas.

Origens do Ensino Médico no Brasil

As origens do ensino médico no Brasil, por óbvio, são portuguesas. Inicialmente, antes da criação das EMs brasileiras, os médicos brasileiros formavam-se em Portugal. O fato de não existirem faculdades de Medicina não eliminava a presença de médicos no Brasil, sendo que a grande maioria oriunda da Faculdade de Coimbra, Portugal⁽¹⁴⁾. O ensino de medicina nessa faculdade até o final do século XV era feito por apenas um “*lente*”, método que recebeu esse nome pelo fato dos professores (lentes) apenas lerem os textos quando, então, foi introduzida uma nova cadeira e o número de docentes passou para dois⁽¹¹⁾. Os alunos faziam as leituras de Galeno pela manhã e Hipócrates à tarde.

Antes de falar-se da medicina no Brasil, vale ressaltar aspectos importantes do desenvolvimento desta Ciência ao longo dos anos. Até o século XV, o ensino da medicina era atribuído e destinado aos religiosos, mas a partir de então, leigos, na grande maioria judeus, passaram a se interessar por essa formação. Apenas em 1540 foi introduzida a leitura de autores árabes. Nesta época, a medicina era denominada física e os médicos eram chamados de físicos⁽¹¹⁾.

No período da Inquisição, por razões religiosas, a cirurgia foi relegada ao plano inferior e abominada. Pavorosas epidemias assolaram toda Europa, até porque não se conheciam os preceitos elementares de higiene e o grande fanatismo religioso dominou os espíritos da época. Em 1562, foi introduzida a prática hospitalar, modificando, portanto, o modelo baseado apenas na leitura de textos. A despeito destas modificações, os médicos que chegaram ao Brasil vinham impregnados pelo obscurantismo religioso que

Recebido em 20/06/2005

Aceito em 27/09/2005

Endereço para correspondência: Dra. Dra. Nedy Neves, Av. Orlando Gomes, Cond. Village Piafã, Rua B, Casa 18 n° 382, 41.650-010 Salvador, Bahia, Brasil. Endereço eletrônico: nedyneves@superig.com.br

dominava a Península Ibérica⁽¹¹⁾. A reforma pombalina que ocorreu em Portugal em 1759, quando o Marques do Pombal expulsou os jesuítas do reino e de seus domínios, levando a uma série de transformações no ensino, realizou mudanças também no currículo médico exigindo ao candidato no ingresso na escola médica o conhecimento prévio do grego, da filosofia e pelo menos de uma língua estrangeira⁽⁴⁾.

De acordo com Pereira⁽⁵⁾, o marco histórico do ensino médico no Brasil foi a criação da primeira Faculdade de Medicina brasileira, na oportunidade da chegada à cidade de Salvador da família imperial⁽⁵⁾. Essa faculdade foi criada em 18 de fevereiro de 1808, por ato de D. João VI, e resiste ao tempo, ainda localizada no Largo do Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador. No mesmo ano, em novembro, foi criada através de decreto, a segunda Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro.

Observa-se neste período que a criação das escolas médicas (EM) brasileiras foi um importante fator para a construção do currículo e da qualificação de médicos brasileiros. Essa sistematização suspendeu a ida de alunos a Portugal para a formação médica causando grande impacto no contexto acadêmico da época.

A faculdade baiana foi denominada à época de Escola de Cirurgia e a carta régia de criação foi assinada por D. Fernando José de Portugal, então Marquês de Aguiar e Ministro e Secretário do Estado dos Negócios do Brasil e do Conselho do Estado de D. João VI. Este Colégio funcionava no Real Hospital Militar da Bahia e foi instalado no convento que anteriormente era ocupado pelo Colégio dos Jesuítas⁽¹⁵⁾. Para matricular-se no 1º ano era necessário que o candidato soubesse ler e escrever e no 2º ano era exigido o exame da língua francesa⁽⁶⁾.

O decreto de fundação do ensino médico na Bahia seguia algumas instruções: “*O professor de cirurgia dará as lições no verão pelas sete horas da manhã, no inverno pelas oito, as quais durarão hora e meia, três quartos para tomar as ditas lições explicadas no dia antecedente e outros três para a nova explicação*” e o curso cirúrgico deve durar quatro anos⁽⁹⁾. “*He de lei, os quaes terminados poderão passar as certidões competentes, declarando se o*

Discípulo está capaz de fazer o seu exame e de dignamente encarregar-se da saúde publica e tudo com juramento dos Santos Evangelhos”⁽⁹⁾.

Em 1812, ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos⁽⁷⁾. Os cursos médico e cirúrgico eram separados e em 1884 foram unificados, sofrendo grandes alterações. Foram realizadas mudanças no nome, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas.

Em 1826, a Lei de 9 de setembro outorgou às escolas brasileiras o direito de conferirem cartas de cirurgião e de médico aos alunos por ela formados. Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*”. Em 1832, por ato da Regência Trina, as EMs foram denominadas de Faculdades, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o curso de graduação foi estendido para seis anos. Em 1879, foi promulgada a chamada “*lei do ensino livre*”, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada⁽⁸⁾.

A criação do Conselho Federal de Medicina (1945) e dos Conselhos Regionais trouxe uma nova ordem à categoria, através dessa autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica. Em 1969, o Conselho Federal de Educação do então Ministério da Educação e da Cultura (MEC) ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo. Em 1997, o edital do MEC–SESu expôs parâmetros para as instituições de ensino superior e comunidade interessada apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares, para definirem as competências e habilidades necessárias para a formação do médico. O primeiro Exame Nacional de Curso para Medicina foi realizado em 1999, pelo MEC. Finalmente, em 2001, foi homologada a Resolução do CNE-CES pelo MEC, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina⁽⁷⁾.

Atualmente, a formação dos médicos brasileiros está a cargo das EMs que hoje ultrapassam o número

de cem unidades, entre públicas e privadas, e estão reunidas em torno da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)⁽⁷⁾.

A Reforma Flexner e seus Impactos

A Reforma Flexner ocorreu em 1910 nos Estados Unidos e deflagrou um processo de transformações na educação médica naquele país, de acordo com o Conselho de Educação Médica⁽¹¹⁾. O modelo universitário brasileiro era baseado no modelo europeu e foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da reforma universitária (Lei 5.540 de 1968), iniciativa da época do governo militar. As cátedras foram substituídas pelos departamentos e o ensino ficou dividido em dois ciclos principais, o básico, nos dois primeiros anos, e o ciclo profissionalizante, nos quatro anos subseqüentes⁽⁷⁾. O modelo de ensino médico brasileiro atual foi fundamentado nos princípios baseados na reforma flexneriana⁽¹¹⁾.

O paradigma flexneriano, como a grande maioria das transições paradigmáticas, não foi simples. Até porque, de acordo com Chaves⁽¹²⁾, a transição paradigmática trata-se de uma desconstrução e reconstrução a serem feitas sincronicamente. Este mesmo autor afirma⁽¹²⁾: “*É como reformar uma casa que continua sendo habitada*”. Segundo Kuhn, citando por Lambert⁽⁷⁾, duas condições devem ser preenchidas pelo novo paradigma: 1) resolver problemas detectados que o paradigma anterior não tenha conseguido resolver; 2) preservar uma parte substantiva do que foi construído pelo paradigma velho.

Assim, o modelo de Flexner passou a ser associado ao rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional, mas muito criticada por Camargo⁽²⁾ por causa do seu enfoque cientificista e ao descaso com a abordagem humanista. Hoje, busca-se justamente resgatar o humanismo esquecido e abandonado nas últimas décadas⁽¹³⁾.

Portanto, o modelo flexneriano enfatiza as especializações precoces, fazendo que o estudante de Medicina se torne um pseudo-especialista ainda no

período de graduação. Acreditamos que este arquétipo pode ser o responsável pela dificuldade de formar um médico generalista.

O modelo da reforma aludida é o modelo tecnicista que privilegiou a criação das especialidades, o qual é incompleto, porque exclui as ciências humanas do processo e a visão do ser humano como um todo, um ser bio-psico-social, com sua rede de relações e sua diversidade⁽¹³⁾. Interessante seria, então, um olhar sobre o sujeito e não sobre o objeto, respeitando as subjetividades individuais⁽²⁾.

Reformas Curriculares e o Paradigma da Integralidade

As reformas do ensino médico brasileiro foram avaliadas no intuito de analisar o perfil do médico que se pretende formar. Alguns modelos foram propostos até chegar ao que está sendo preconizado atualmente, com seis anos de graduação para a formação básica além da especialização, que pode durar de 3 a 6 anos a depender da área escolhida.

A maioria dos cursos de Medicina no Brasil está organizada de acordo com o preconizado pela Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969. A recente publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina ainda não foi posta em prática pela maioria das EMs. Assim, os cursos ainda têm a duração de seis anos e durante os dois primeiros anos estão dedicados ao estudo das chamadas matérias básicas, sendo algumas disciplinas incluídas de forma estratégica neste período, a saber: Psicologia Médica e Ética Médica⁽¹¹⁾.

Após os dois primeiros anos, o curso segue no chamado ciclo profissional. Nesse momento, os estudantes passam a frequentar as aulas nos hospitais universitários, aqueles com vínculo administrativo com a universidade ou de ensino ou por meio de convênio com as faculdades⁽¹¹⁾. Podem-se identificar cinco tipos de atividades práticas de clínica aos quais os estudantes de medicina estão submetidos durante o processo de formação profissionalizante: prática em enfermarias; aulas práticas, geralmente em ambulatórios; estágio em internato; estágios extracurriculares (via de regra a

revelia das EMs) e atividades de extensão curricular, promovida através das Pró-Reitorias de Extensão⁽¹¹⁾.

O ensino médico tradicional sofreu a influência de dois fatores que contribuíram para uma perspectiva moral característica dos novos tempos. O primeiro foi o alcance da visão cartesiana de mundo, inaugurando a possibilidade de um mecanismo dualista. Ou seja, a separação mente-corpo e a lógica de que para cada efeito corresponde uma causa. O segundo, foi o domínio do aspecto cientificista na prática médica. De acordo com esta tendência, o currículo foi criado a partir da filosofia utilitarista e pragmática. Esse modelo difere profundamente do modelo médico hipocrático, com mais tempo dedicado à atenção médico-paciente. A medicina moderna não destina a mesma dedicação que antes e os exames complementares passaram a ocupar grande parte desse espaço, subtraídos da anamnese e do exame físico, em que se acredita que: *“O que ganhamos em técnica perdemos em ética”*⁽¹⁾.

O conhecimento foi dividido em áreas para ser mais bem estudado e isto produziu uma incomunicabilidade entre as mesmas, inclusive no âmbito das universidades, permitindo enormes zonas de desconhecimento. Dessa forma Descartes teria formulado o *“grande paradigma ocidental”*, quando dividiu a ciência, produzindo disjunção e redução. O autor destaca que esta divisão trouxe a compartimentalização do conhecimento e dividiu a Medicina em áreas de especialização, que nem sempre se comunicam⁽⁷⁾.

Novos modelos vêm sendo elaborados, desde a década de 60, nos quais está presente a idéia de formular um novo paradigma que possa se contrapor ao modelo hospitalocêntrico e com a visão reducionista. A proposta do novo paradigma é a composição de uma abordagem dialética assimilando contribuições de várias ciências. Esse enfoque deve abarcar trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, descortinando campos de pesquisa ainda não trilhados⁽⁸⁾.

Os conhecimentos científicos não devem ser classificados em planos de maior ou menor importância. Todo conhecimento adquirido ao longo dos séculos não pode ser subjugado às questões religiosas, ou análises filosóficas. A inclusão das ciências humanas é

fundamental para contextualizar o binômio médico-paciente numa espacialidade social, todavia, não deve imprimir valores da ordem empírica às condutas diagnósticas e terapêuticas a serem escolhidas pelos profissionais. Portanto, há necessidade de conhecer as especificidades do ser humano inserido no mundo, como ator social do processo histórico, contudo, sem deixar de utilizar todas as técnicas científicas atuais para possibilitarem a diminuição de seu sofrimento.

O modelo do novo paradigma, recentemente denominado paradigma da integralidade, indica mudanças na formação do médico na graduação. O objetivo é uma formação mais contextualizada no que se refere aos programas de graduação do profissional da saúde, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população⁽³⁾.

O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando à interação e ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. A operacionalização deste princípio seria norteadada pela construção de um currículo integrado aos modelos pedagógicos mais interativos, através da adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno e como sujeito da aprendizagem, sendo o professor o agente facilitador do processo de construção de conhecimento⁽⁷⁾.

No último quartel do século XX, surgiram no cenário mundial da educação e da prática médica duas novas abordagens. Uma essencialmente clínica, a *“Evidence Based Medicine”* (Medicina Baseada em Evidências, MBE) e outra pedagógica, a *“Problem Based Learning”* (Aprendizagem Baseada em Problemas, PBL). A última incorpora os fundamentos do construtivismo em sua base teórica e prática e vem merecendo mais atenção e respeito dos profissionais da área de educação⁽¹¹⁾.

A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) é uma filosofia educacional que se aproxima da Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, o qual acredita que: *“Ensinar não é transferir conhecimento; ensinar é uma especificidade humana”*⁽⁶⁾. Preceito que faz da educação uma tarefa que transcende o cognitivo, buscando um significado mais amplo para a atividade.

Muitas críticas têm sido realizadas à MBE, visto que o enfoque estatístico e quantitativo não pode ser elevado à condição de método para a obtenção da certeza absoluta, porque a relação profissional se dá no encontro entre duas pessoas, o médico e o paciente⁽⁵⁾.

Estado Atual do Ensino Médico Brasileiro

Do início da década de 60 do século XX até os dias de hoje, ocorreu um enorme crescimento do número de EMs no Brasil e, conseqüentemente, do número de estudantes de Medicina e de graduandos⁽¹¹⁾. A legislação observada pelas EMs brasileiras permanece àquela ditada pela Reforma Universitária, estruturada em departamentos e esses com diversas disciplinas. Por essa época, houve o crescimento desordenado das EMs no Brasil (Gráfico 1), com a criação de 35 novas EMs no período de 1966 a 1971⁽⁸⁾.

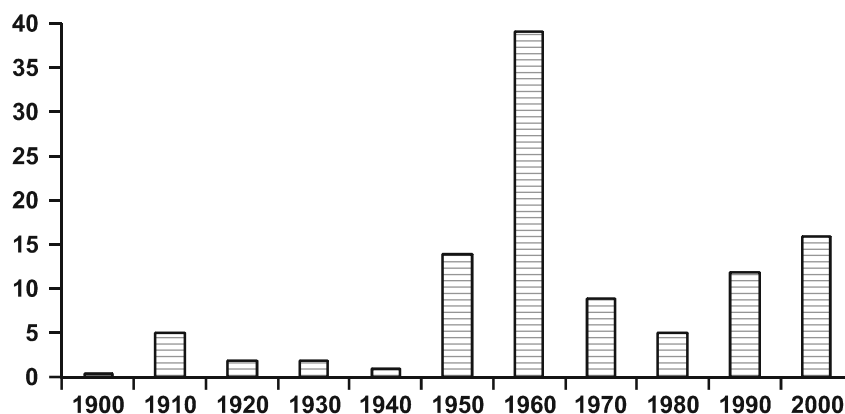
Segundo Rego⁽¹¹⁾, a política adotada pelo governo Fernando Henrique Cardoso admitiu a livre criação desses cursos, estabelecendo critérios apenas para sua avaliação através de um exame nacional, o provão, para todos os graduandos no final do curso. As EMs passaram a ter autonomia na determinação do currículo

médico e o governo federal passou apenas a limitar o perfil desejado para o estudante de Medicina que incluía: cidadão com atitude ética, formação humanística, consciência da responsabilidade social, capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional entre outros⁽¹¹⁾.

As diversas entidades representativas dos médicos brasileiros reuniram-se para criar um sistema de avaliação do ensino médico em torno do que foi denominada Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1999, com o objetivo de também elaborar o Relatório Geral de Avaliação das EMs brasileiras⁽¹¹⁾. Mas, como objetivo geral, o projeto da CINAEM se propunha a desencadear um processo de avaliação do ensino da medicina, buscando uma nova consciência coletiva do ato de avaliar, tendo como perspectiva transformar a educação médica brasileira.

Após dez anos de avaliação, a CINAEM ainda não conseguiu produzir os resultados esperados e propostos em suas conclusões. O debate em torno da transformação da EM de acordo com os novos paradigmas foi arrastado com a resistência das equipes técnicas em aceitar as críticas e sugestões de mudanças e as escolas demoraram a aderir a uma proposta tão complexa e impositiva⁽³⁾.

Gráfico 1. Número de Escolas Médicas criadas no Brasil no período de 1900 a 2000.



Fonte: adaptado de Lampert⁽⁷⁾.

A Declaração de Edimburgo (1988) determina que as EMs devem: “organizar os programas de ensino e os sistemas de avaliação de modo a garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais e não somente a memorização da informação”⁽¹²⁾. Esta idéia estimula a reflexão e a conscientização dos problemas sociais contextualizados aos quais estamos submersos.

A construção de modelos alternativos ao adotado no Brasil não foi alcançada. De acordo com Martini, citado por Rego⁽¹¹⁾, persiste a total falta de criatividade. Porém, mais do que a falta de vontade de mudar, prevalece a total falta de direção e sentido de para onde e como ir.

Da metade do século XIX até os dias atuais, percebemos que as transformações foram pouco significativas do ponto de vista de mudanças curriculares e metodológicas. A fundamentação das matrizes teóricas continuou sendo transmitida em aulas teóricas e práticas e com ênfase nos impactos da evolução tecno-científica.

Comentários Conclusivos

Desde a fundação das primeiras EMs brasileiras, quando o currículo médico europeu foi importado sem avaliar as especificidades locais, muitas reformas foram realizadas no ensino médico brasileiro, sendo a Reforma Flexner responsável por grande impacto nessa área do ensino superior. Essa mudança importou para o Brasil o modelo cientificista, distante do humanista, impossibilitando a convivência entre as duas categorias e, conseqüentemente, excluindo a segunda. Esta abordagem foi responsável pelo arquétipo do especialista precoce, além de ser essencialmente individualista e hospitalocêntrica. O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento conflitando com a visão holística, tão importante ao paciente. Surge, então, o paradigma da integralidade que busca se contrapor e equilibrar ao paradigma flexneriano. Este paradigma enfatiza mais a saúde que a doença e propõe o ensino centrado no aluno, ampliando seu papel ativo no aprendizado. Acreditamos que este novo paradigma possa trazer elementos contributivos para a humanização da Medicina, entretanto, consideramos

que as descobertas científicas não podem ficar estigmatizadas como sendo de menor importância. Todos esses saberes devem andar juntos, para formatar uma estrutura harmônica. Isto está contemplado na proposta do Ministério da Educação que desenha o perfil desejado para o médico, como cidadão ou cidadã de atitude ética, formação humanística e consciência de sua responsabilidade social.

Referências Bibliográficas

1. Araújo RWB. A ética do ensino médico e o ensino da ética médica. In: ASSAD, J. E. Desafios éticos. Brasília: CFM, 1993.
2. Camargo MCZA. O ensino da ética médica e o horizonte bioética. *Bioética* 4: 47-51, 1996.
3. Campos FE. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Méd* 25: 53-59, 2001.
4. Chaves M, Rosa AR (Orgs.). Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
5. Drumond JP, Silva E. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 1998.
6. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
7. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
8. Os caminhos da educação médica [editorial]. *Rev Assoc Med Bras* 50: 229-230, 2004.
9. Pereira AP. Memória sobre a medicina na Bahia. Salvador, Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.
10. Pereira G. O ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Méd* 9:182-186, 1985.
11. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
12. Ribeiro MLS. História da educação brasileira: a organização escolar. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2003.
13. Santana JP. O paradoxo da educação médica. Rio de Janeiro: Boletim da ABEM 28: 5, 2000.
14. Santos Filho L. História geral da Medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC-EDUSP, 1977.
15. Torres O. esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1846). Salvador, Bahia: Ministério da Educação e Saúde, 1946.