

# O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL ENTRE SUPERVISORES DE UM CURSO DE FISIOTERAPIA: ESTUDO QUALITATIVO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

**The disease process and the biopsychosocial model among instructors of a physical therapy course: a qualitative study in a public university**

**Shamyr Sulyvan de Castro**

Doutor – Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba-MG.

**Yuri Hamirani Gonçalves da Silva**

Graduando – Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba-MG.

**Camila Ferreira Leite**

Doutora – Departamento de Fisioterapia Aplicada – Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba-MG.

**Valdes Roberto Bollela**

Doutor – Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto-SP.

**Endereço de Contato:**

Shamyr Sulyvan de Castro  
Rua João Miguel Hueb, 710 apto 302  
Cidade Jardim, Uberaba-MG  
CEP: 38030-010  
E-mail: shamyrsulyvan@gmail.com

Estudo fomentado com bolsa de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais

## Resumo

**Objetivo:** verificar a presença de práticas baseadas no modelo biopsicossocial (BPS) por parte dos supervisores de estágio do curso de Fisioterapia no processo de ensino e aprendizagem e traçar o perfil desses supervisores considerando sexo, idade, tempo de profissão, formação profissional e vínculo com a universidade. **Metodologia:** pesquisa qualitativa exploratória, com 15 supervisores de estágio. As entrevistas foram realizadas por meio de um questionário com perguntas abertas, baseado em outro preexistente e adaptado. Três perguntas referentes ao uso do modelo BPS foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** verificou-se que os supervisores incorporam componentes do modelo BPS em sua rotina de ensino. Entre os entrevistados, 14 eram mulheres; idade média do grupo de 36,85 anos; tempo médio desde a graduação de 14,93 anos; tempo médio como supervisor de 6,47 anos; e 73,34% eram doutores. **Conclusão:** o modelo BPS teve seus componentes incorporados pelos docentes em sua rotina de ensino.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Estágio clínico; Educação superior.

## Abstract

**Aim:** Verifying the use of the biopsychosocial (BPS) model by clinical instructors of a physical therapy course in the teaching learning process, and profiling these instructors considering gender, age, length of employment, type of vocational training and type of relationship with the university. **Methodology:** An exploratory qualitative research with 15 internship instructors. The interviews were conducted using a questionnaire with open questions, based on another one previously used and adapted for this research. Three questions regarding the use of the BPS model were analyzed by the Collective Subject Discourse method. **Results:** It was found that the instructors incorporate some BPS model components into their teaching routine. Among respondents, 14 were female; average age group of 36.85 years; average time since graduation of 14.93 years; average time as supervisor of 6.47 years, and 73.34% had doctoral degree. **Conclusion:** the BPS model had its components incorporated by the clinical instructors in the learning process.

**Keywords:** Physical Therapy Specialty; Clinical internship; Higher education.

## INTRODUÇÃO

A prática médica atual foi profundamente influenciada pela revolução cartesiana, que substituiu a terapêutica baseada na fusão do corpo e da alma pelo estudo dos órgãos, células e suas doenças. Essa abordagem do processo saúde-doença tem predominado, desde então, na prática da medicina e de outras profissões da saúde, reforçada pela tendência que esses profissionais têm de buscar cada vez mais as especialidades, aprofundando-se em determinadas áreas do conhecimento. Essa postura contribui para a excessiva valorização da ciência e para a intelectualização de saberes, resultando, não raramente, em um distanciamento entre o profissional de saúde e o paciente sob seu cuidado<sup>1</sup>.

A necessidade de reorientação do ensino médico que floresceu e predominou durante todo o século XX já havia sido apontada por Engel em 1978<sup>2</sup>. Ele percebeu que a formação médica deveria englobar outros fatores, além do componente biológico que preponderava até então, levando-o a propor um modelo alternativo, denominado biopsicossocial (BPS), que avança no sentido de incorporar outros fatores, como os psicológicos e os sociais, no processo de cuidado em saúde. Essa forma de abordagem, apesar de mais interessante, tem sofrido resistências para sua utilização, provavelmente pela forte influência do cartesianismo, ainda presente nas instituições de ensino superior em

saúde do Brasil. Profissionais formados que valorizam aspectos biológicos e físicos do processo saúde-doença serão profissionais e professores (modelo) que reproduzirão esse modelo, e formarão outros profissionais dentro da mesma perspectiva, mantendo um ciclo que tem sido perpetuado há décadas. A formação de profissionais de saúde com mais recursos técnicos e pessoais para cuidar das necessidades físicas, sociais e psicológicas do indivíduo, no âmbito da integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde, somente será possível se houver uma reformulação significativa na forma com que os cursos de graduação das profissões da saúde são organizados e oferecidos atualmente.

A formação dos profissionais de saúde com um perfil diferenciado tem sido debatida, e alguns resultados começam a surgir. Crises mundiais no ensino superior mostram a necessidade de uma reforma nesses setores<sup>3</sup>. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Saúde (DCN) sinalizam claramente para mudanças no processo de ensino e aprendizagem das instituições de ensino superior, sugerindo mudanças que ajudem a superar problemas, como a excessiva tendência à formação especializada<sup>4</sup>.

A necessidade de mudança de paradigmas no ensino em saúde é uma constante no ambiente acadêmico. Considerando que o conhecimento científico evolui em velocidade considerável, o processo de ensino e aprendizagem dos profissionais

de saúde deveria acompanhar esse padrão de transformação. A abordagem biomédica, combatida por Engel, relaciona a ocorrência da doença com fatores puramente biológicos<sup>2</sup> e dá pouco valor à necessidade de incorporação de outros fatores influentes no processo de adoecimento, entre eles, os fatores psicológicos e os sociais<sup>5</sup>. Da mesma forma, assim como a ocorrência da doença, o processo de cura deve ir além do âmbito do tratamento biomédico tradicional<sup>6</sup>.

O modelo BPS tem sido pesquisado, e alguns aprimoramentos surgiram. Entre eles, merece destaque o Modelo Integrativo Biopsicossocial (IBM – Integrative Biopsychosocial Model), que traz em sua essência o modelo BPS de Engel e incorpora novos conceitos. Nesse modelo, a abordagem e o tratamento do paciente propõem a capacitação analítica do profissional tanto para a saúde quanto para a doença. Além disso, o IBM considera a igualdade de influência entre os três domínios mais importantes (biofísico, psicocognitivo e social) na determinação da saúde dos indivíduos<sup>7</sup>.

O estímulo à adoção de uma abordagem alternativa ao modelo biomédico tem se intensificado ao longo do tempo, a ponto da Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), propor um modelo de abordagem que, claramente, incorpore fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>8</sup>.

Sabemos que, para a incorporação de um modelo de atenção à saúde voltado não exclusivamente aos fatores biológicos pelos profissionais de saúde, é preciso que haja uma adequada formação na área. Profissionais formados pelo modelo biomédico podem apresentar dificuldade e/ou resistência para aderir ao trabalho de forma mais integrada e que reconheça outras dimensões no processo de saúde e doença de cada indivíduo. Para superar essa dificuldade, será inevitável investir em treinamento e capacitação tanto para a geração atual de profissionais que atuam na rede de saúde quanto para os docentes dos cursos da saúde, que formam as futuras gerações de profissionais da saúde<sup>9</sup>. Deve-se ressaltar que as abordagens biomédica e biopsicossocial não são antagônicas, antitéticas ou contrárias<sup>10</sup>, antes disso, devem ser concebidas como complementares, considerando que ambas têm propriedades e características que devem ser exploradas.

Este estudo foi proposto com o intuito de investigar as características e percepções dos supervisores de estágio do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sobre o processo de ensino e aprendizagem do curso, tendo como referencial o modelo BPS. Entre os objetivos do estudo, estão incluídos: verificar a presença ou não de práticas que caracterizam um cuidado baseado no modelo BPS por parte dos supervisores de estágio do curso de

Fisioterapia da UFTM; e traçar o perfil do corpo docente que supervisiona estágios, considerando variáveis, como: sexo, idade, tempo de profissão, tipo de formação profissional e tipo de vínculo com a universidade (temporário/permanente; docente/técnico).

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa de natureza exploratória, realizada com uma amostra de conveniência entre os professores e fisioterapeutas supervisores de estágio do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, da cidade de Uberaba – MG. O curso em questão conta com um total de 29 fisioterapeutas contratados como docentes ou técnicos de nível superior, sendo que 22 atuam diretamente nos últimos períodos da graduação, na supervisão do estágio de prática clínica. No grupo total, 1 docente é concursado no cargo de temporário e 3 são substitutos. Dos 22 ligados à supervisão de estágio, 3 estavam afastados (licença maternidade ou doutoramento) à época desta pesquisa, de forma que 19 supervisores de estágio compuseram a população de estudo. Desses, 15 participaram desta pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas com o uso de questionário semiestruturado com 12 perguntas pré-testadas por dois docentes sobre o processo de ensino-aprendizagem nos últimos períodos do

curso. A construção do questionário baseou-se em outro já existente com objetivo semelhante, mas que foi aplicado aos alunos de um curso de Medicina<sup>9</sup>. A partir do questionário original, algumas inserções e adaptações foram feitas para que o instrumento se prestasse a proposta desta pesquisa. O questionário foi enviado via e-mail ou entregue em mãos, na versão impressa, a todos os 19 supervisores de estágio. Junto ao questionário, foi anexado um documento contendo uma carta-convite para participação na pesquisa com detalhamento dos objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta foi de outubro de 2011 a abril de 2012. Todos os participantes assinaram o TCLE, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (Port. Nº 1940/2011).

Três questões contidas no instrumento de coleta forneceram os dados para este artigo: “*Você considera importante conhecer o paciente e sua história ou considera mais vantajoso concentrar-se exclusivamente na doença? Por quê?*”; “*Você costuma dar atenção às reações emocionais do paciente frente ao adoecer? Como lida com essas situações?*”; e “*Em seu ambiente de trabalho, você costuma trabalhar em equipe multiprofissional ou possui algum vínculo com outros profissionais do mesmo paciente?*”. Essas perguntas foram escolhidas por terem em seu cerne os preceitos propostos pelo modelo BPS<sup>2</sup> estimulado pela OMS<sup>11, 12</sup>.

As entrevistas foram recebidas por correio eletrônico e em versão impressa e processadas, havendo a digitação das respostas, formando um banco de dados. A partir desse momento, os dados foram analisados de acordo com a metodologia proposta pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>13</sup>. O DSC é um recurso de análise para organização do conjunto de discursos verbais emitidos por um dado grupo de sujeitos. No processo de análise, há a utilização de quatro figuras metodológicas: as expressões-chave (ECHs), pedaços contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente; as ideias centrais, expressões linguísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou o sentido e o tema de cada conjunto homogêneo de ECHs; a ancoragem, expressão de uma teoria, ideologia ou crença religiosa que o autor do discurso adota e que está embutida no discurso como se fosse uma afirmação qualquer; e o discurso do sujeito coletivo, uma agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e este como constituído por essas partes, expressando um posicionamento próprio, distinto, original, específico diante do tema em investigação. Essas figuras são de crucial importância na busca de resultados que representem de forma fidedigna o objeto de pesquisa<sup>14</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *A UFTM e o curso de Fisioterapia*

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM foi originalmente fundada, em 1953, como Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro – FMTM, sendo o curso de Medicina criado no ano seguinte, e em 1960 ocorreu a sua federalização. Os cursos de Enfermagem e Biomedicina foram iniciados em 1989 e 1999 respectivamente. No ano de 2005, por ocasião do REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais), a FMTM se transforma em UFTM, com a proposta de incorporação de outros cursos das áreas da saúde, humanas e exatas<sup>i</sup>. A UFTM, além dos cursos de graduação, oferece hoje cursos de mestrado (Atenção à saúde; Ciências Fisiológicas, Educação Física; Medicina Tropical e Infectologia; Mestrado profissional em inovação tecnológica; Mestrado profissional em matemática; Patologia); doutorado (Patologia; Medicina Tropical e Infectologia) e residência multiprofissional em saúde<sup>ii</sup>, recebendo boa avaliação do Ministério da Educação (MEC) em 2010<sup>iii</sup>.

O curso de Fisioterapia foi criado em 2006 e está formando no primeiro semestre de 2012 sua quinta turma. Conta com vestibulares semestrais e

<sup>i</sup> <http://www.uftm.edu.br/paginas/carrega/cod/1/t/APRESENTACAO>

<sup>ii</sup> <http://www.uftm.edu.br/paginas/cursos/categoria/62/area/PROGRAMAS/t/STRICTO+SENSU>

<sup>iii</sup> <http://portal.inep.gov.br/indice-geral-de-cursos>

pede dedicação integral por parte dos alunos. Passou por uma reestruturação em que a carga horária foi aumentada, tornando o tempo de curso maior (5 anos), sendo qualificado como o melhor curso do país pelo MEC em 2010<sup>iv</sup>.

### **Descrição da amostra estudada**

A taxa de resposta obtida foi de 78,95% (15/19 dos professores supervisores convidados). Do total de pessoas entrevistadas, 14 (93,33%) eram mulheres; a idade média do grupo foi de 36,85 anos (DP: 5,40); tempo médio decorrido desde a colação de grau, 14,93 anos (DP: 5,73); tempo médio de supervisão de estágio, 6,47 anos (DP: 4,99); 10 (66,66%) eram professores concursados, 4 (26,66%) eram professores substitutos; 1 (6,68%) era técnico concursado; 11 (73,34%) eram doutores e 4 (26,66%) eram mestres; 14 (93,33%) tinham alguma especialização em Fisioterapia.

### **Análise dos discursos do sujeito coletivo**

As entrevistas foram analisadas de acordo com o método proposto. Dessa análise, emergiram algumas ideias centrais que serão apresentadas e discutidas a seguir.

<sup>iv</sup> <http://portal.inep.gov.br/indice-geral-de-cursos>

### **Importância de inclusão dos aspectos psicossociais no tratamento**

DSC ancorado pela ideia central: *“Acho importante conhecer o paciente e sua história, pois assim podemos interferir em sua vida cotidiana e incluir os aspectos psicossociais em seu tratamento, melhorando o diagnóstico e tratamento”*.

A multifatorialidade de causas e suas interações<sup>15</sup> nos problemas de saúde deve ser contemplada no processo de ensino e aprendizagem, sendo que essa característica é de crucial importância à medida que aumenta as possibilidades de intervenção do paciente e do seu quadro de saúde<sup>16</sup>. Além disso, os múltiplos determinantes de saúde reforçam a necessidade de uma abordagem dos problemas em saúde multifacetada, buscando sua resolução<sup>17</sup>. O modelo BPS incorpora a multifatorialidade e apresenta uma nova forma de pensar o processo de adoecimento diante dos componentes que esse processo passa a incorporar. A proposta do modelo é considerada inovadora e tem sido empregada em diversas áreas de pesquisa, como sexualidade<sup>18</sup>; saúde mental<sup>19</sup>; doenças intestinais<sup>20</sup>; demências<sup>21</sup>; doenças cardíacas<sup>22</sup>; artrite reumatoide<sup>10</sup>; hipotireoidismo<sup>23</sup> e HIV/AIDS<sup>24</sup>, entre muitos outros. A prática clínica com base na abordagem por esse modelo é explorada em menor intensidade<sup>25</sup>, mesmo sendo recomendada e estimulada<sup>26</sup>.

O estímulo do seu uso e a pesquisa crescente levou a OMS a apresentar um esquema explicativo para a incapacidade, para a funcionalidade e para a saúde, que incorpora os preceitos do modelo proposto por Engel<sup>11</sup>. O esquema apresentado na CIF é representado por interações mútuas entre fatores biopsicossociais (estado de saúde; funções e estruturas do corpo; atividade; participação; fatores pessoais e fatores ambientais)<sup>11</sup>.

O modelo BPS surge em oposição a outro, o biomédico, que é fruto de um processo histórico sofrido pela medicina, que passa da arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina fortemente relacionada às doenças e profundamente baseada em mecanismos fisiologistas. Há, então, um afastamento do médico em relação ao doente e uma maior teorização dos discursos médicos. Considerando o panorama atual, soma-se aos fatos uma crescente dependência da tecnologia e de exames complementares que, muitas vezes, substitui o ato de clinicar. Nesse contexto, a crescente inserção da tecnologia na prática clínica e o processo de incorporação da visão mecanicista do corpo resultam no chamado modelo biomédico, em que o corpo humano é visto como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas<sup>27</sup>.

O modelo biomédico desperta críticas diversas. Alguns mostram que a subjetividade do adoecimento e saúde não são consideradas nessa

abordagem<sup>28</sup>; outros relatam que não há uma visualização do paciente de forma integral, e o problema é tratado de forma reducionista a partir da observação isolada das partes a serem tratadas<sup>29</sup>. Condenações ainda são feitas com relação ao seu custo financeiro elevado<sup>30</sup>; pelo fato de não explicar as diferenças de prevalência ou incidência de doenças segundo nível socioeconômico<sup>29</sup>; bem como pela aplicabilidade questionável em doenças crônicas<sup>15</sup>. A necessidade de mudança de perspectiva na abordagem dos problemas de saúde tem sido cada vez mais frequente no meio acadêmico, com iniciativas no sentido de diminuir a influência desse modelo na prática clínica. Por isso o crescente estímulo da OMS para o uso clínico e teórico do modelo BPS.

### ***Trabalho multiprofissional e vínculo com integrantes da equipe***

DSC ancorado pela ideia central: *“Acho importante o aluno aprender que no tratamento os objetivos devem ser funcionais, voltando o resultado para a vida diária do paciente, estabelecendo assim um vínculo com os outros profissionais do ambiente de trabalho, atuando de forma multiprofissional”*.

O trabalho interdisciplinar se configura na atualidade como uma importante ferramenta na busca de melhores condições de saúde, combatendo a fragmentação do conhecimento e, por consequência, da divisão de especialidades



isoladas. Assim, diversas dimensões complementares do processo saúde-doença são consideradas (biológica, psicológica, social, cultural, ética e política)<sup>32</sup>.

### ***Dificuldade no trabalho multiprofissional***

O relatado acima, sobre o trabalho multiprofissional, nem sempre ocorre, como mostrado por outro discurso adiante.

DSC ancorado pela ideia central: *“A proposta é de um trabalho multiprofissional, mas isso ainda não acontece. Temos profissionais de outras áreas, mas nem sempre conseguimos trabalhar em grupo”*.

Esse relato não é novo, e dificuldades no trabalho interdisciplinar podem ter suas origens nos conflitos profissionais<sup>33</sup>; na constante separação entre teoria e prática<sup>34</sup>; nos problemas de comunicação, colaboração<sup>35</sup> e coordenação da equipe<sup>36</sup>; e no nível de comprometimento dos profissionais<sup>37</sup>; problemas no trabalho inter/multidisciplinar também podem surgir por dificuldades no compartilhamento de informações, constantes reorganizações no ambiente de trabalho, limitação de tempo e de recursos, documentação arquivada separadamente, entre outros<sup>38</sup>. O trabalho em equipe deve ser sempre estimulado e aprimorado para que o atendimento aconteça de forma integral, beneficiando o paciente<sup>39</sup>. Além disso, a educação interprofissional é apontada como ferramenta importante

no reforço ao caráter interdisciplinar do processo de ensino e aprendizagem, proporcionando maiores possibilidades de trabalho aos profissionais e estudantes<sup>40</sup>, já que o trabalho multidisciplinar ou interdisciplinar apresenta melhores resultados em algumas áreas da fisioterapia quando comparados com o tratamento individual com o fisioterapeuta<sup>41</sup>, com melhorias registradas também na qualidade de vida dos pacientes<sup>42</sup>.

Apesar da recomendação de inserção do modelo BPS no campo da educação em saúde<sup>43</sup>, essa incorporação tem se dado de forma lenta. Em uma pesquisa realizada entre 1997 e 1999 nos Estados Unidos, verificou-se que, em média, apenas 10% da estrutura curricular das universidades estudadas apresentavam a abordagem biopsicossocial. As barreiras para uma maior implementação da abordagem, segundo o estudo, foram os recursos limitados, a resistência dos estudantes e a falta de continuidade dos cursos<sup>44</sup>. A incorporação do novo modelo à prática clínica se mostra ainda menos frequente<sup>45</sup>, entre outros motivos, por certa relutância dos profissionais em aceitá-lo e adotá-lo<sup>46</sup>. Como exemplo, há a demanda por maior conhecimento e tempo, necessários diante de um espectro maior de fatores influentes sobre o processo saúde/doença.

### ***Necessidade de conhecimento da história do paciente para reforço do vínculo***

Uma implicação da nova abordagem psicossocial está na necessidade de alteração da relação médico-paciente, que direciona o médico para fatores não ligados ao corpo ou à doença<sup>25</sup>. De acordo com os discursos analisados na presente pesquisa, o vínculo com o paciente ou a relação terapeuta-paciente deve ser um ponto a ser valorizado, como evidencia o DSC a seguir: *“É importante conhecer o paciente e sua história, pois através desse conhecimento criamos um vínculo com o paciente e delineamos melhor o quadro de sua doença”*.

O vínculo com o paciente é um importante componente do cuidado em saúde, é por meio dele que a identificação de necessidades e busca de soluções são facilitados<sup>47</sup>. Por sua destacada importância na formação e na prática clínica<sup>48</sup> e por ter influência no resultado do tratamento de recuperação física de pacientes<sup>49</sup>, a relação terapeuta-paciente não deve ser excluída do processo de aprendizagem clínica dos estudantes<sup>50</sup>.

### ***Atenção aos relatos subjetivos do paciente***

A formação acadêmica em Fisioterapia, no Brasil, permanece sob a influência do modelo biomédico, que no campo da Medicina aparece com forte valorização das especialidades,

da tecnologia, da cura da doença, do estudo da fisiopatologia, da prescrição de medicamentos, exames, técnicas e procedimentos (qualidades técnicas) e a negligência dos aspectos subjetivos do indivíduo e de suas relações sociais (qualidades humanas)<sup>51</sup>. Em contrapartida, os profissionais devem ser estimulados a considerar o fator subjetividade do paciente no atendimento, por meio da escuta deste<sup>52</sup>, rompendo, mais uma vez, com o modelo biomédico e abrindo-se para os fatores psicológicos, que sabidamente têm influência no trabalho da Fisioterapia. Além disso, as questões psicológicas e sociais também devem ser consideradas no processo de avaliação em Fisioterapia<sup>53</sup>, complementando a avaliação física/biológica, clássica nessa área da saúde. A atenção aos sentimentos e subjetividades dos pacientes também é alvo de preocupação dos docentes entrevistados, como mostrado a seguir: *“Costumo dar atenção às reações emocionais do paciente, lido com essas situações avaliando os sintomas depressivos, pois não se separa corpo e mente”*. Ou *“...lido com essas situações mantendo uma posição sempre acolhedora, escutando o paciente minuciosamente”*.

Um estudo aleatorizado em que foram comparadas a influência de duas intervenções educacionais (modelo biomédico x BPS) com estudantes de Fisioterapia sobre o tratamento de pessoas com dor lombar mostrou que o grupo do BPS teve suas atitudes e crenças alteradas em direção a uma

melhor abordagem do tratamento<sup>54</sup>. Essa informação dá sustentação à necessidade de um adequado arcabouço teórico-prático voltado para o modelo BPS por parte dos supervisores clínicos do curso de Fisioterapia.

No presente estudo, foram avaliadas as percepções dos supervisores do estágio prático curricular em um curso de Fisioterapia de uma universidade pública. Apesar do número reduzido de participantes (19), a amostra é significativa já que representa 78,95% (15/19), a maioria absoluta dos docentes do Curso. Uma limitação deste estudo é o fato de não termos incluído, deliberadamente, nesta etapa, a avaliação da percepção dos estudantes e pacientes, assim a efetividade e o impacto desse processo de ensino poderiam ser verificados no sujeito que participa do processo de aprendizado prático, na rotina clínica do fisioterapeuta egresso e na saúde do paciente que é tratado.

## CONCLUSÕES

O corpo docente do curso de Fisioterapia da UFTM é composto predominantemente por mulheres; a idade média dos docentes é de 36,85 anos; com tempo médio de formação de quase 15 anos; o tempo médio de trabalho em supervisão de estágio é de aproximadamente 6 anos; a maioria tem título de doutor e é concursado na universidade.

Os entrevistados relataram a integração de componentes psicossociais ao processo de tratamento dos pacientes sob os cuidados dos alunos por eles supervisionados. Além disso, foram registrados sucessos e insucessos no trabalho interdisciplinar com outros profissionais de saúde; a importância do conhecimento da história de vida do paciente; e a necessidade de maior atenção à escuta, por parte do profissional de saúde, às questões subjetivas relacionadas ao usuário.

Pelo verificado, os supervisores de estágio do curso estudado percebem-se como já tendo incorporado aspectos importantes do modelo BPS ao processo de trabalho (assistência e ensino), em consonância como preconizado pela OMS. Entretanto, seria interessante triangular essa percepção, ao que efetivamente é observado na prática (estudo de observação direta) e que incluísse também as perspectivas dos estudantes e dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Nuto S de AS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa Í do CC, Oliveira ÂGR da C. O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 Mar [cited 2012 Jun 18];11(1):89–96. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
2. Engel GL. The Biopsychosocial model and the education of health professionals? *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 1978 Jun [cited 2012 Jun 18];310(1 Primary Healt):169–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>
3. Lazzarin HC, Nakama L, Cordoni Júnior L. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 Jun [cited 2012 Jun 18];15:1801–10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
4. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev Abeno*. 2003;3(1):24–7.
5. Eaton JS, Lawrence R. The biopsychosocial model in education: discussion. *Psychosom Med* [Internet]. 1980 Jan [cited 2012 Jun 18];42(1 Suppl):131–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7413898>
6. Larivaara P, Taanila A, Huttunen I, Väisänen E, Moilanen I, Kiuttu J. From biomedical teaching to biopsychosocial education: a process of change in a Finnish medical school. *J Interprof Care* [Internet]. 2000 Jan [cited 2012 Jun 18];14(4):375–85. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13561820020003928>
7. Lindau ST, Laumann EO, Levinson W, Waite LJ. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the Interactive Biopsychosocial Model. *Perspect Biol Med* [Internet]. 2003 Jan [cited 2012 Jun 18];46(3 Suppl):S74–86. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1201376&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. OMS Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo. Buchalla CM, editor. Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
9. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2006 Apr [cited 2012 Jun 18];30(1):60–72. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
10. McCollum L, Pincus T. A biopsychosocial model to complement a biomedical model: patient questionnaire data and socioeconomic status usually are more significant than laboratory tests and imaging studies in prognosis of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2009 Nov [cited 2012 Jun 20];35(4):699–712, v. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962614>
11. WHO World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. 112-119 p. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
12. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324–35.
13. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comun Saude, Educ* [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Aug 4];10(20):517–24. Available from: <http://>

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

14. Pereira MJB, Mishima SM. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2003 Feb [cited 2012 Jun 18];7(12). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

15. Fee E, Krieger N. Understanding AIDS: historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *Am J Public Health* [Internet]. 1993 Oct [cited 2012 Jun 20];83(10):1477–86. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1694847&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

16. Suls J, Rothman A. Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychol* [Internet]. 2004 Mar [cited 2012 Jun 21];23(2):119–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15008654>

17. Wanless D, Mitchell BA, Wister AV. Social Determinants of Health for Older Women in Canada: Does Rural–Urban Residency Matter? *Can J Aging / La Rev Can du Vieil* [Internet]. 2010 Jun;29(02):233–47. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0714980810000140](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0714980810000140)

18. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex* [Internet]. 2012 Mar [cited 2012 Jun 20];59(3):369–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455326>

19. Álvarez AS, Pagani M, Meucci P. The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *Am J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2012 Feb [cited 2012 Jun 20];91(13 Suppl 1):S173–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193327>

20. Rakovec-Felser Z. The biopsychosocial model of treatment the patients with inflammatory chronic bowel disease. *Coll Antropol* [Internet]. 2011 Jun [cited 2012 Jun 20];35(2):453–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755718>

21. Clare L, Nelis SM, Martyr A, Roberts J, Whitaker CJ, Markova IS, et al. The influence of psychological, social and contextual factors on the expression and measurement of awareness in early-stage dementia: testing a biopsychosocial model. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2012 Jun 20];27(2):167–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21425345>

22. Di-Benedetto M, Len Burns G, Lindner H, Kent S. A biopsychosocial model for depressive symptoms following acute coronary syndromes. *Psychol Health* [Internet]. 2010 Nov [cited 2012 Jun 20];25(9):1061–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204970>

23. Brown BT, Bonello R, Pollard H. The biopsychosocial model and hypothyroidism. *Chiropr Osteopat* [Internet]. 2005 Apr 12 [cited 2012 Jun 20];13(1):5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1151653&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

24. Marcus KS, Kerns RD, Rosenfeld B, Breitbart W. HIV/AIDS-related pain as a chronic pain condition: implications of a biopsychosocial model for comprehensive assessment and effective management. *Pain Med* [Internet]. 2000 Sep [cited 2012 Jun 20];1(3):260–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15101893>

25. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health

- concept over the last two decades. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2004 May [cited 2012 Apr 5];53(2):239–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15140464>
26. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 [cited 2012 Apr 19];2(6):576–82. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1466742&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
27. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2001 Jun [cited 2012 Jun 20];8(1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
28. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 Dec [cited 2012 Jun 2];11(4):1093–103. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
29. Abelson B, Rupel A, Pincus T. Limitations of a biomedical model to explain socioeconomic disparities in mortality of rheumatic and cardiovascular diseases. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2008 [cited 2012 Jun 20];26(5 Suppl 51):S25–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19026143>
30. Barros JAC. Pensando o processo da saúde e doença: a quem responde o modelo biomédico? *Saúde e Soc* [Internet]. 2002 Jul [cited 2012 Jun 20];11(1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
31. Pincus T. Challenges to the biomedical model: are actions of patients almost always as important as actions of health professionals in long-term outcomes of chronic diseases? *Adv Mind Body Med* [Internet]. 2000 Jan [cited 2012 Jun 20];16(4):287–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11015770>
32. Matos E, Pires DEP de, Campos GW de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 Jun 21];62(6):863–9. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019591013.pdf>
33. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2005 Sep [cited 2012 Jun 21];14(3). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
34. Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2005 Sep [cited 2012 Jun 21];14(3). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
35. Baxter P, Markle-Reid M. An interprofessional team approach to fall prevention for older home care clients “at risk” of falling: health care providers share their experiences. *Int J Integr Care* [Internet]. 2009 Jan [cited 2012 Jun 21];9:e15. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2691945&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Weller JM, Barrow M, Gasquoine S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ* [Internet]. 2011 May [cited 2012 Jun 21];45(5):478–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21414024>

37. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved? *J Interprof Care* [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 Jun 21];25(1):4–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20795830>
38. Chisolm TH, Abrams HB, McArdle R, Wilson RH, Doyle PJ. The WHO-DAS II: psychometric properties in the measurement of functional health status in adults with acquired hearing loss. *Trends Amplif* [Internet]. 2005 Jan [cited 2015 Jan 8];9(3):111–26. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4111522&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Araújo MB de S, Rocha P de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 Apr [cited 2012 Jun 21];12(2):455–64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
40. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ* [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Mar 11];46(1):58–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150197>
41. Henchoz Y, de Goumoëns P, SoA, Paillex R. Functional multidisciplinary rehabilitation versus outpatient physiotherapy for non specific low back pain: randomized controlled trial. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2010 Dec 22;140. Available from: <http://doi.emh.ch/smw.2010.13133>
42. Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundörfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J*. 2003;3(4):270–6.
43. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* [Internet]. 1981 May [cited 2012 Jun 20];6(2):101–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7264472>
44. Waldstein SR, Neumann SA, Drossman DA, Novack DH. Teaching psychosomatic (biopsychosocial) medicine in United States medical schools: survey findings. *Psychosom Med* [Internet]. [cited 2012 Jun 21];63(3):335–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11382261>
45. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res* [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 Jun 20];67(6):607–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913665>
46. Arnetz BB. Causes of change in the health of populations: a biopsychosocial viewpoint. *Soc Sci Med* [Internet]. 1996 Sep [cited 2012 Jun 21];43(5):605–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8870126>
47. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009;22(2):176–82. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
48. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2004;9(1):139–46. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
49. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther*. 2010;90(8):1099–110.

50. Costa FD da, Azevedo RCS de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2010 Jun;34(2):261–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
51. Andrade PM de O. Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde. *Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super* [Internet]. 2010 Jul [cited 2012 Jun 21];15(2):121–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772010000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772010000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
52. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 Jun 21];16(11):4337–48. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
53. Karayannis N V, Jull GA, Hodges PW. Physiotherapy movement based classification approaches to low back pain: comparison of subgroups through review and developer/expert survey. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13(1):24.
54. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: A randomised clinical trial. *Pain*. 2011;152(11):2557–63.