

OFICINA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Interprofessional education workshop for multiprofessional residency

ANA MARIA CHAGAS SETTE CAMARA

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Brasília/UnB. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal Minas Gerais.

CONTATO:

Ana Maria Chagas Sette Câmara

Rua Pratápolis, 85 apto 301 - Grajaú
Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP. 30431-150
E-mail: anasettecamara@hotmail.com

Este é o relato da Oficina de Educação Interprofissional para o Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG, realizada nos anos de 2012 (para residentes R1 e R2) e 2013 (para residentes R1). O verdadeiro desafio da educação interprofissional é formar profissionais que sejam capazes de trabalhar colaborativamente e elaborar um projeto terapêutico compartilhado centrado no indivíduo. Visando preparar os grupos multiprofissionais da saúde para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional, elaboramos uma oficina a partir dos pressupostos teóricos da Educação Interprofissional e da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade (CIF), que tem entre seus principais objetivos fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. Utilizamos a abordagem de aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade) e o mapa conceitual como instrumento de aprendizado. A oficina foi estruturada em duas etapas: definindo residência multiprofissional e a elaboração do raciocínio clínico compartilhado. A avaliação final da oficina foi feita com a evocação de palavras. O grupo avaliou positivamente as dinâmicas e o conteúdo da oficina. A oficina instrumentalizou os residentes para a prática colaborativa centrada no indivíduo. Introduziu a CIF e o mapa conceitual como ferramentas fundamentais para a elaboração de projetos terapêuticos compartilhados, aproximou olhares e facilitou a comunicação entre os profissionais. A oficina foi uma estratégia importante na formação dos novos residentes da residência multiprofissional para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional.

Descritores:

Educação em Saúde, Equipe interdisciplinar de saúde, Educação de Pós-Graduação, CIF

Abstract

This report is on the Interprofessional Education Workshop for the Multidisciplinary Residency Program of Hospital das Clínicas, UFMG, conducted in 2012 (for R1 and R2 residents) and 2013 (for R1 residents). The real challenge of interprofessional education is to train professionals who are able to work collaboratively and develop a shared therapeutic project focused on individuals. With the aim of preparing multiprofessional healthcare groups in order to develop competencies for interprofessional work, we developed a workshop based on the theoretical presuppositions of Interprofessional Education and the International Classification of Functioning and Health (ICF), which has among its main objectives provision of standardized language and a model for description of health and health-related situations. We used the approach of adult learning (meaning, previous knowledge and applicability) and a conceptual map as a tool for learning. The workshop was structured in two steps: defining multiprofessional residency and developing shared clinical reasoning. The final evaluation of the workshop was done through evocation of words, and the group gave a positive assessment for the dynamics and content of the workshop. The workshop prepared residents for collaborative practice focused on individuals. It introduced the ICF and the conceptual map as fundamental tools for development of shared therapeutic projects, brought viewpoints together and facilitated communication between the professionals. The workshop was an important strategy for training new residents of the multiprofessional residency, so as to develop competencies for interprofessional work.

Keywords:

health education, interdisciplinary healthcare team, postgraduate education, ICF

INTRODUÇÃO

A proposta de educação interprofissional na área da saúde para a prática colaborativa é uma estratégia que tem sido utilizada por vários países do mundo, uma vez que é uma abordagem que promove a interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e melhorias nos resultados de saúde. O verdadeiro desafio da educação interprofissional é formar profissionais capazes de trabalhar colaborativamente e elaborar um projeto terapêutico compartilhado centrado no indivíduo¹. A linguagem

comum e um quadro conceitual são essenciais para o sucesso da colaboração interprofissional.

Visando preparar os grupos multiprofissionais da saúde para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional, elaboramos uma oficina a partir dos pressupostos teóricos da Educação Interprofissional² e da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade (CIF)³, que tem entre seus principais objetivos fornecer uma linguagem padronizada e um modelo conceitual para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento de sua evolução no tempo.

A apresentação de um estudo de caso ilustrou como a CIF pode melhorar o aprendizado interprofissional e promover uma perspectiva multidimensional do cuidado centrado no indivíduo. O estudo de caso também destacou o valor da linguagem comum para a colaboração interprofissional.

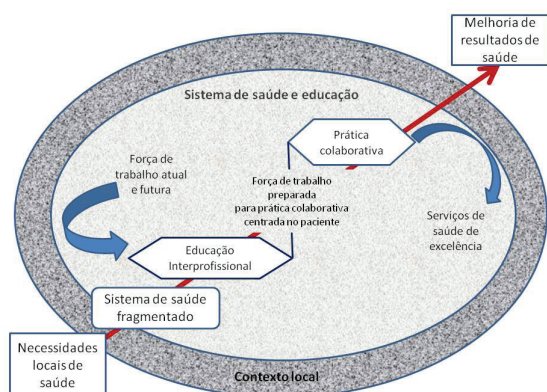
Utilizamos a abordagem de aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade), o mapa conceitual^{4,5} como instrumento de aprendizado e a avaliação e o trabalho em pequenos grupos.

Pressupostos teóricos

A Educação Interprofissional

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, pela primeira vez em 1978, a importância da educação multiprofissional como componente fundamental do cuidado primário em saúde e organizou um grupo de estudos para propor diretrizes para este campo. Em 1988, apresentou o documento *Aprender junto para trabalhar junto em saúde*⁶, que disparou iniciativas e articulações no sentido de promover a educação multiprofissional. A publicação *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*⁷, propõe que o termo multiprofissional seja substituído por interprofissional para enfatizar a importância de pensarmos estruturas de aprendizado “com, para e sobre” diferentes profissões em confronto com a simples divisão do ambiente de aprendizagem. Além de propor a colaboração interprofissional para melhoria nos resultados de saúde, o documento identifica os mecanismos que resultam no trabalho colaborativo bem sucedido e fornece estratégias e ideias que auxiliarão o modelo Educação Interprofissional e Prática Colaborativa e serão mais adequadas em cada contexto e demandas locais de saúde. A Figura 1 retrata o modelo teórico da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa proposto pela OMS⁷.

Figura 1. Modelo Teórico Educação Interprofissional e Prática Colaborativa



Fonte: adaptado de World Health Organization (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Disponível em [http://poiesisgrupo.files.wordpress.com/2010/04/who_interprofissional_education_eng.pdf]⁷

Alguns autores^{8,9,10} afirmam que a convivência na aprendizagem compartilhada modifica atitudes e percepções negativas entre os profissionais de saúde, mediando falhas na confiança e na comunicação.

A educação interprofissional é uma estratégia que propicia maior conscientização e preparo para a prática, contribui para a socialização entre os profissionais de saúde e para o desenvolvimento de maior confiança e reforço da identidade profissional. Além de promover o trabalho em equipe, facilita a discussão de papéis profissionais, o desenvolvimento de liderança/protagonismo, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão. Propõe-se ao desenvolvimento das competências comuns a todas as profissões, das competências complementares específicas de cada profissão e das competências colaborativas (respeito às especificidades; planejamento participativo; rede colaborativa; tolerância e negociação). Tem como pressupostos teóricos a aprendizagem de adultos (significado, conhecimento prévio, aplicabilidade); aprendizagem baseada nas interações e a aprendizagem baseada na prática (observação, simulação, ação). Elementos das teorias da organização social e psicológica de grupos, também têm sido considerados e incluídos na concepção, desenvolvimento e implementação de iniciativas de educação interprofissional^{1,8,9,10}.

A incorporação destas mudanças no campo da saúde é complexa, pois compreende uma variedade de atividades de produção e serviços em diferentes cenários, e envolve a produção de tecnologias, conhecimento e informação.

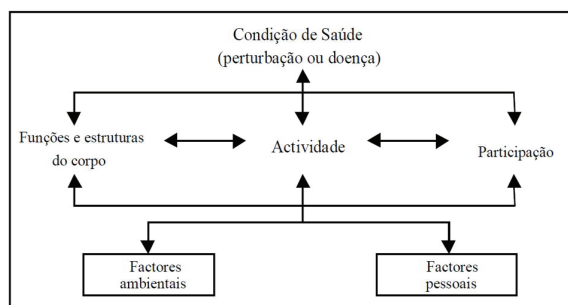
No Brasil, o Programa de Residência Multiprofissional da Saúde¹¹ promove a educação interprofissional na pós-gradua-

ção, com potencial inclusive de modificações nos processos de trabalho em saúde e na educação permanente dos profissionais do serviço.

Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde Humana

Em 2001, a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que associa funcionalidade e incapacidade aos estados de saúde. Os estados de saúde (doenças, lesões, etc.) já eram classificados pela OMS na Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão (CID-10), que fornece uma estrutura de base etiológica. Assim, a CID-10 e a CIF são complementares. Em conjunto, dão um olhar mais amplo e significativo das condições de saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizado em tomadas de decisão³.

Figura 2. Modelo Conceitual da CIF



O quadro conceitual da CIF (Figura 2) exprime a saúde e a funcionalidade num sistema complexo e multidimensional. Além disso, o arcabouço conceitual é traduzido em uma representação visual, que favorece seu aprendizado em contextos educativos. Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo as funções mentais) e estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo. O aspecto positivo destes componentes é a integridade funcional e estrutural e o negativo é a deficiência. Actividade é a execução das tarefas realizadas no dia a dia de um indivíduo, seu aspecto positivo é a realização da atividade, enquanto o negativo é uma limitação à realização. Participação é o envolvimento numa situação da vida social, seu aspecto positivo é a efetiva participação e o negativo é a restrição desta participação. Fatores contextuais são fatores pessoais e fatores ambientais e seus facilitadores são aspectos positivos e as barreiras e obstáculos são os aspectos negativos.

Segundo Farias & Buchalla¹² os conceitos apresentados na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar deficiência e incapacidade, uma vez que não são apenas consequências das condições de saúde, mas são determinadas também pelo contexto.

A CIF também adota uma terminologia unificada, que serve como uma linguagem interprofissional que possibilita a comunicação de informações de saúde em fronteiras disciplinares e geográficas³.

A adoção de um modelo teórico e linguagem são passos fundamentais para atingir o objetivo de colaboração interprofissional. Assim, a introdução da CIF na educação interprofissional é um passo importante para a concretização desse objetivo¹³.

Aprendizagem em pequenos grupos

O aprendizado em pequenos grupos favorece o desenvolvimento de competências colaborativas, é um espaço fértil para construção de significados, aprofundamento de conceitos e desenvolvimento de habilidades. A tarefa do grupo (a meta), os papéis dos participantes (as responsabilidades) e o tempo são organizadores do grupo, devem estar claramente delineadas e preparam o aluno para o mundo do trabalho contemporâneo. Em uma situação de aprendizado cooperativo, a interação é caracterizada pela interdependência positiva de uma meta com responsabilidade individual.¹⁴

Aprendizagem Significativa e Mapa Conceitual

A aprendizagem é muito mais significativa quando um novo conteúdo é incorporado às estruturas prévias de conhecimento do aluno e adquire significado para ele, a partir da correlação entre eles⁴. Para haver a aprendizagem significativa são necessárias duas condições: o desejo de aprender e a relação com a experiência.

A aprendizagem significativa está subordinada à integração construtiva de pensar, sentir e agir, e leva à capacitação de compromisso e responsabilidade. Não é fácil determinar se um aluno adquiriu novo significado em conceitos e proposições. A necessidade de mostrar explicitamente como novos conceitos e proposições foram integrados à estrutura cognitiva do aluno, levou ao desenvolvimento da ferramenta de mapa conceitual no início dos anos 1970⁴. Posteriormente, verificou-se que os mapas conceituais podem ajudar os alunos a aprender a aprender^{4,5}.

Um mapa conceitual *esqueleto*, sobre um determinado tema, pode ajudar o aluno a começar o processo de aprendizagem significativa em um dado domínio, facilita a integração de novos conceitos e ideias com conhecimentos relevantes existentes⁴.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este é o relato da Oficina de Educação Interprofissional para a Residência Multiprofissional realizada nos anos de 2012 (para residentes R1 e R2) e 2013 (para residentes R1), como uma das atividades do Seminário de acolhida dos novos residentes, promovido pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Anualmente são oferecidas 28 vagas, divididas em duas áreas de concentração: saúde do idoso e saúde cardiovascular, para profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

A oficina foi estruturada em dois momentos: definindo residência multiprofissional e a elaboração do raciocínio clínico compartilhado.

Primeiro Momento: Definindo residência multiprofissional

Utilizamos os princípios de aprendizagem significativa, inicialmente, com estímulo ao momento de reflexão individual: defina a residência multiprofissional. A seguir, a turma foi organizada em pequenos grupos, com definição de papéis no grupo (coordenador, anotador, relator e controlador do tempo) e solicitada a seguinte tarefa: compartilhe com os colegas sua definição individual sobre a residência multiprofissional e depois construam uma definição do grupo. Cada grupo teve tempo determinado para realizar a tarefa e para apresentar seu resultado para todos os participantes.

Após a apresentação do consolidado dos grupos, foi feita uma revisão teórica dos princípios da Educação Interprofissional e das competências (Figura 3) para a prática colaborativa interprofissional: trabalho em equipe, planejamento, tomada de decisão, liderança, comunicação e cuidado centrado no indivíduo.

Figura 3. Competências Colaborativas desenvolvidas na Residência Multiprofissional



Segundo Momento: elaboração do raciocínio clínico compartilhado.

Os participantes foram organizados em grupos uniprofissionais com 2 ou 3 profissionais da mesma profissão e grupos multiprofissionais com 3 ou 4 profissionais, cada um de uma profissão da saúde. Utilizamos o caso clínico do estudo de Allan et al (2006)¹³ que foi traduzido e adaptado para a atividade:

Caso Clínico:

Sr. Smith tem 84 anos e sofreu um acidente vascular encefálico (AVE). Sua alta hospitalar está chegando e ele será encaminhado para sua casa. A partir de então, seus cuidados serão realizados no posto de saúde. Ele retornará para sua casa de dois andares, onde vive com sua esposa há 54 anos.

Além do derrame, o Sr. Smith também teve três ataques cardíacos anteriores. Ele tem hipertensão descontrolada e diabetes tipo 2 controlado. Sr. Smith está tomando uma série de medicamentos que se relacionam com sua atual condição médica. Incluindo medicamentos para colesterol, pressão arterial, diabetes, e dor.

Uma avaliação do Sr. Smith revelou que o AVE teve um impacto negativo sobre seu estado cognitivo. Ele tem dificuldade para ler o sequenciamento de números e letras. Sr. Smith também demonstra uma diminuição da capacidade para iniciar atividades. Ele requer repetidas chamadas para participar na conversa e não fornece respostas adequadas às perguntas e comentários de outros. Ele também usa muito pouca expressão facial durante conversas. Sr. Smith foi diagnosticado com uma perda auditiva moderada bilateral com pobres discriminação habilidades palavra (trecho confuso).

Fisicamente, o Sr. Smith tem fraqueza bilateral em seus membros superiores e inferiores, o braço direito é o mais acometido. Ele usa um andador com rodas, mas precisa usar freios ao andar. Ele está passando por uma queda generalizada em sua resistência e condição física. Ele também tem problemas significativos com equilíbrio. Sr. Smith tem experimentado múltiplas quedas e tem fraturas por compressão dolorosa na parte inferior das costas.

Embora ele seja capaz de alimentar-se de uma dieta regular, o apetite do Sr. Smith tem diminuído desde o acidente vascular cerebral.

Ele relata sentir-se deprimido e tem uma significativa dificuldade em adormecer.

Sr. Smith completou o ensino médio e é um veterano da Segunda Guerra Mundial. Após a guerra, ele trabalhou em uma loja de ferragens e agora está aposentado. Antes do derrame, ele era responsável pelo gerenciamento de todas as finanças domésticas e colaborava com as tarefas domésticas, como cozinhar e fazer compras.

Antes do AVE, o Sr. Smith gostava de ir conversar com amigos na padaria e tomar um café; participar da natação da 3ª idade no centro comunitário, e usar seu computador em casa.

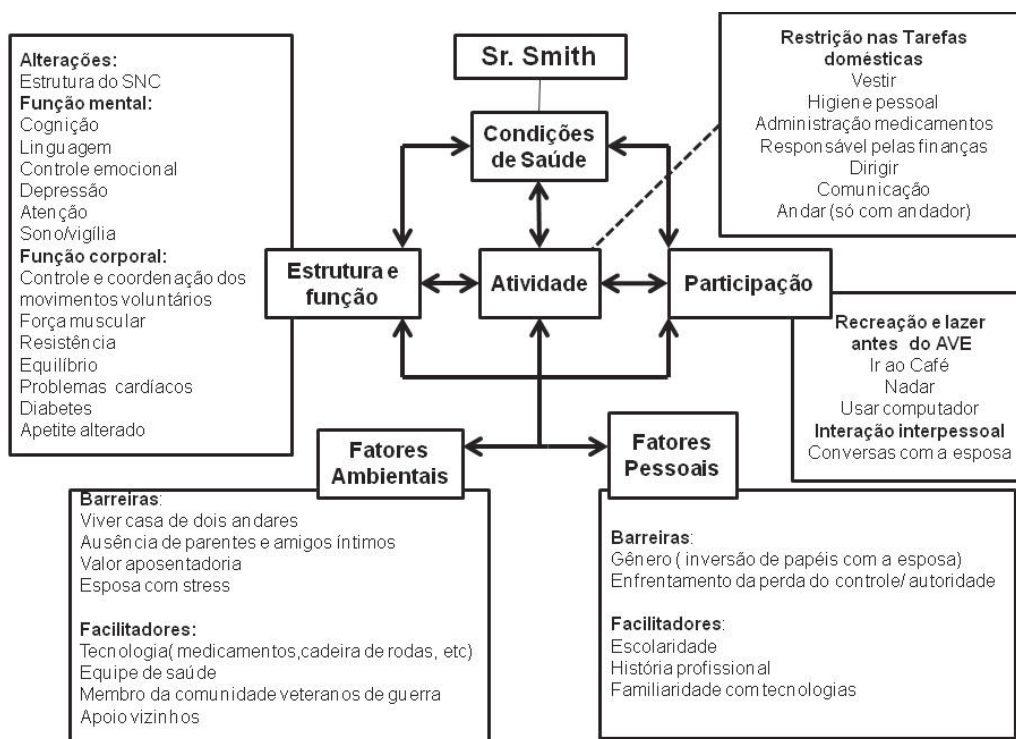
Sr. Smith e sua esposa não têm filhos nem família na cidade onde moram. A maioria dos seus amigos morreu. Eles já não frequentam a igreja e têm muito pouco contato social, além dos seus antigos vizinhos. Atualmente, o Sr. Smith recebe somente uma aposentadoria equivalente a dois salários mínimos. Sua esposa parece estar angustiada com as mudanças das habilidades funcionais de seu marido.

Cópias do caso clínico foram distribuídas para os grupos e foi solicitado: Identifique os conceitos-chaves, que caracterizam a condição de saúde do indivíduo. Ordenem os conceitos, identificando as condições e necessidades de saúde do indivíduo. Construam um mapa conceitual que conecte os conceitos com linhas e rotule as linhas com uma ou duas palavras chaves (que expressem o significado da relação).

A seguir, cada grupo apresentou seu mapa. Os participantes identificaram que os mapas conceituais elaborados pelos grupos multiprofissionais estavam mais completos.

Após o consolidado das apresentações dos grupos, foi feita uma apresentação teórica do conceito ampliado de saúde, a partir das dimensões da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade. E com a contribuição de todos os grupos foi elaborada uma descrição visual das condições de saúde do Sr. Smith e comparada com a apresentada no artigo¹³ (Figura 4)

Figura 4. Descrição Visual das condições de saúde Sr. Smith no modelo conceitual proposto pela CIF



(Traduzido e adaptado pela autora de Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, June 2006; 20(3): 235-245.)

O processo de elaboração da descrição visual do caso evidencia, por exemplo, que os danos no cérebro resultam em inúmeras mudanças para as funções do corpo, as quais incluem a cognição, a linguagem e o controle de movimento. O impacto do acidente vascular cerebral é particularmente evidente quando se considera as limitações que agora existem na capacidade do Sr. Smith para realizar e participar em atividades de vida diária. Por exemplo, ele não é mais capaz de ajudar sua esposa em muitas tarefas domésticas e já não pode cumprir seu papel de chefe da família. Além disso, o Sr. e a Sr.^a Smith foram obrigados a adotar novos papéis em seu relacionamento, ela se tornou responsável pela família, inclusive pela tomada de decisões. O estresse associado a estas alterações pode ser mediado pelos fatores ambientais e pessoais. Por um lado, a dificuldade da Sr.^a Smith em lidar com as demandas de seu novo papel pode ser uma barreira para o bem-estar do marido, especialmente se sua própria saúde se deteriorar e ela ficar incapaz de cuidar dele. Por outro lado, a equipe de saúde pode servir como um facilitador, ao fornecer serviços médicos e de reabilitação para o Sr. Smith, bem como, ao facilitar o acesso a qualquer apoio da comunidade para a qual ele pode ser elegível. É preciso também reconhecer que a resposta do Sr. Smith para intervenção e assistência será influenciada pela sua própria resposta ao

seu estado de saúde, bem como, pelo conjunto único de experiências de vida que moldam suas atitudes e comportamento.

Como este estudo de caso demonstra, uma infinidade de fatores pode influenciar o resultado funcional do Sr. Smith. Por exemplo, é importante que ele continue a receber tratamento médico e farmacológico de cuidados primários para tratar a estrutura e o funcionamento do corpo, problemas criados por sua diabetes, hipertensão, dor e depressão. Também é importante que ele continue a receber os serviços de reabilitação para recuperação das atividades de comunicação, autocuidado e mobilidade, observando-se fatores ambientais e pessoais que podem influenciar significativamente em seu resultado. Uma abordagem de suporte para a esposa e aspectos relacionados à participação social serão decisivos no sucesso do tratamento.

Estes aspectos não são observados quando são avaliadas apenas as condições clínicas do indivíduo.

A seguir, os participantes dos grupos uniprofissionais foram redistribuídos nos grupos multiprofissionais e cada grupo refez seu mapa de raciocínio clínico, utilizando como mapa conceitual *esqueleto* o modelo conceitual das condições de saúde proposto na CIF, identificando como cada profissional poderia contribuir no cuidado deste indivíduo. Cada grupo compartilhou novamente seus resultados, e este foi um momento importante

de discussão da contribuição de cada profissão no cuidado do indivíduo.

Particularmente, em casos complexos, é evidente que muitos profissionais de saúde sejam necessários para lidar com to-

dos os aspectos de diagnóstico, saúde e funcionamento dentro do modelo conceitual da ICF. Mesmo quando se considera um único objetivo - sair para o café - pode-se identificar a contribuição de cada profissional para que este objetivo seja atingido (Tabela 1).

Tabela 1. Exemplo de colaboração interprofissional no nível de participação Sr. Smith (CIF)

Objetivo Participação	Elementos necessários	Profissionais
Ir ao Café	Deambular	Fisioterapeuta
	Coordenação motora fina	Fisioterapeuta
	Comunicação (solicitar o café, socialização)	Fonoaudiólogo/ Terapeuta Ocupacional
	Escutar os sons e ruídos do ambiente	Médico/ Fonoaudiólogo
	Estar fazendo uso da medicação	Enfermeiro/Médico/Farmacêutico
	controle glicêmico	Enfermeiro/ Nutricionista/ médico
	Manter higiene pessoal	Enfermeiro/ Terapeuta Ocupacional
	Vestir-se	Terapeuta Ocupacional
	Realizar pagamento da conta	Terapeuta Ocupacional/

A intenção é simplesmente fornecer uma ideia de como a linguagem da CIF pode ser usada para ultrapassar fronteiras disciplinares e facilitar a discussão dos objetivos da reabilitação usando uma terminologia compartilhada. Por exemplo, após uma discussão sobre as diversas necessidades de um cliente em particular, pode-se elaborar um projeto terapêutico e discutir o papel de cada profissional. Os profissionais passam a reconhecer as contribuições de cada um, integrando as terapêuticas. Compartilhar objetivos comuns é um elemento essencial da colaboração interprofissional.

A avaliação final

A oficina foi avaliada por meio da técnica de evocação de palavras. O grupo avaliou positivamente as dinâmicas e o conteúdo da oficina. Todos os participantes relataram que as tarefas realizadas foram muito importantes e que se sentiram mais confiantes para o início das atividades da residência multiprofissional.

IMPACTOS

A metodologia da oficina foi uma capacitação dos participantes para o trabalho em pequenos grupos, com definição de papéis e organização do processo de trabalho, comunicação, tomada de decisão e definição da ação. A oficina instrumentalizou os residentes para a prática colaborativa centrada no indivíduo, favoreceu uma nova dinâmica das atividades da residência multiprofissional. Introduziu a CIF e o mapa conceitual como ferramentas fundamentais para a elaboração de projetos terapêuticos compartilhados.

Os participantes de 2012 solicitaram que a oficina fosse sempre realizada no Seminário de abertura das atividades da residência multiprofissional, o que de fato aconteceu em 2013. A oficina esclareceu a proposta da residência multiprofissional, definiu claramente o contexto educacional e os objetivos a serem atingidos, como o desenvolvimento das competências específicas da prática colaborativa. Além disso, o modelo conceitual da CIF possibilitou uma ampliação do olhar sobre as condições de saúde e ao mesmo tempo aproximou os olhares dos diversos profissionais, facilitou a comunicação e possibilitou a

elaboração de um raciocínio clínico compartilhado centralizado no indivíduo.

A oficina foi uma estratégia importante na formação dos novos residentes da residência multiprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho interprofissional.

É uma estratégia pedagógica que pode ser reproduzida em contextos de aprendizagem multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar a CIF aos profissionais de saúde promovem-se também benefícios adicionais, como: validação da concessão de serviços que não incidem diretamente sobre o indivíduo com uma condição de saúde, mas, que, no entanto, são um benefício para ele (por exemplo, modificar o ambiente, orientação da família e amigos, identificação de suportes sociais);

REFERÊNCIAS:

1. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*. 46: 58-70, 2012.
2. Sargeant J. Theories to Aid Understanding and Implementation of Interprofessional Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 29(3):178-184, 2009.
3. Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: *Editora da Universidade de São Paulo-EDUSP*; 222 p. 2003.
4. Novak JD. Learning, Creating, and Using Knowledge: Concept maps as facilitative tools in schools and corporations. *Journal of e-Learning and Knowledge Society*. Vol.6, n.3, September; 21-30, 2010.
5. Ruiz-Moreno L et al. Mapa Conceitual: Ensaio de Critérios de Análise. *Ciência & Educação*, v.13, n.3, p.453-463, 2007.
6. World Health Organization (WHO). Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. *The Team Approach Technical Report Series 769*. Geneva: WHO, 1988.
7. World Health Organization (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Disponível em [http://poiesisgrupo.files.wordpress.com/2010/04/who_interprofessional_education_eng.pdf]
8. Aguilár-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.
9. Barr H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, London, UK, v. 12, n. 2, p. 181-188, 1998.
10. Carpenter J. Interprofessional education for medical and nursing students: evaluation of a programme. *Medical Education*, Oxford, GB, n. 29, p. 265-272, 1995.
11. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc*. São Paulo, V.19, n.4, p.814-827,2010.
12. Farias M, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-193.
13. Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, June 2006; 20(3):235-245.
14. Johnson DW, Johnson RT. *Cooperative Learning and Social interdependence theory: Cooperative learning*. 1998. Disponível em: <http://www.co-operation.org/home/introduction-to-cooperative-learning/>

promoção da otimização de recursos físicos e humanos com a finalidade de reduzir a competição pelos recursos limitados entre profissionais; legitimação da reabilitação em casa e na comunidade.

A utilização da descrição visual das condições de saúde proposta pela CIF, na discussão de um caso clínico, é uma ferramenta potente na prática colaborativa interprofissional. Ela viabiliza uma abordagem ampla, capaz de identificar os múltiplos aspectos e necessidades, facilita o planejamento do projeto terapêutico interprofissional, otimiza e potencializa recursos e resulta na integralidade do cuidado. Ao fornecer uma estrutura conceitual que é holística e inclusiva, a CIF pode criar oportunidades para o profissional de saúde aprender com e sobre a atuação de um profissional de outra área. Além disso, a linguagem universal da CIF promove comunicação interdisciplinar e prática colaborativa.