

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

DO QUOTIDIANO DA PRÁTICA DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA À PRÁTICA VIVIDA COMO MONITORES DE ESTÁGIOS DO CURSO DE RADIOLOGIA EM CINCO HOSPITAIS DE LISBOA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Cláudia Isabel Sá dos Reis

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Outubro 2005

**Título: Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia à Prática
vivida como monitores de estágios do curso de Radiologia em cinco
hospitais de Lisboa**

Relatório de Investigação elaborado no âmbito do **Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde**, área de especialização em *Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde* por:

Cláudia Isabel Sá dos Reis

Nº. Univ. Évora: 2557

Nº. ESTeSL: 28/03

Pesquisa orientada por:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Outubro, 2005

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia à Prática vivida como monitores de estágio do curso superior de Radiologia em cinco hospitais de Lisboa.

Resumo

A problemática do quotidiano desde há muito que é discutida no seio das ciências sociais e não só. No trabalho realizado não pretendi analisar todas as problemáticas que modelam as vivências dos profissionais de saúde em contexto de trabalho, pelo contrário, o seu objectivo é bem mais limitado, ficando-se apenas pela procura duma certa inteligibilidade das lógicas locais que emergem da ordem social inerente a cada serviço de Radiologia e as suas possíveis implicações no quotidiano de trabalho dos TR/monitores na produção de “imagens” radiográficas e na monitorização de estagiários.

Neste sentido, a partir dos objectivos de estudo, da perspectiva de análise construída para reinterpretar os múltiplos processos de negociação, de conflito/ cooperação e de relações afectivo-cognitivas que subjazem, quer ao nível do quotidiano de trabalho em equipa dos TR, quer ao nível dos processos formativos dos alunos que são acolhidos nos serviços de Radiologia, tendo ainda presente a delimitação do universo de estudo ao nível de cinco hospitais da área de Lisboa, enquanto campo de estágios de uma Escola Superior de Saúde que comporta a formação inicial dos TR, optei por uma abordagem qualitativa do objecto, fundada num estudo de caso. Recorri como técnicas privilegiadas de recolha de dados a pesquisa documental, a observação não-participante e a aplicação de entrevistas aprofundadas a 14 entrevistados, desenvolvidas segundo os critérios de *Grupo-Focus*.

Os resultados do estudo realizado sugerem que na vida quotidiana dos serviços de Radiologia os recursos correspondem aos papéis atribuídos a cada TR/monitor; os frutos de uma dada "jogada" sua, quer ao nível dos modelos de trabalho e da composição sócio-organizacional dos serviços de Radiologia, quer no quadro da monitorização de estágios, quer ainda ao nível das relações interpessoais, só serão aproveitados caso a sua representação como profissional de saúde e/ou como colaborador/monitor na formação inicial dos TR seja convincente perante a audiência que o rodeia. Assim sendo, as interdependências dos TR/monitores no quotidiano de trabalho, nomeadamente ao nível da divisão e organização do trabalho, das relações com as hierarquias funcionais e das práticas de monitorização dinamizam-se num puzzle complexo de relações humanas, fundadas em permanentes avaliações das dimensões de ganhos-riscos e dos processos negociativos que lhes estão inerentes.

Palavras-chave: Quotidiano, Profissão, Técnico de Radiologia, Monitor, Saúde

As of the Radiographers everyday practical experience to the lift practical experience as training supervisors of the radiology course in five different Lisbon hospitals.

Abstract

The aim of this study was not to analyse the experiences of health professionals in their work context, on the contrary, its goal is much more simplified, considering aiming the search of a certain intelligibility of the local logics that emerge from the inherent social order of each service of radiology, and its possible implications in the everyday life of work of the Radiographers/Monitors in the production of "x-ray images" and in the monitorization of trainees.

So, taking into account the objects of the study, the perspectives of the analysis set to reinterpret the multiple processes of negotiation, the conflict/cooperation and affective-cognitive relations that underlie, either at the level of everyday life as a team of Radiographer, either at the level of the education of students at x-ray services, and bearing in mind the setting of the study universe of five Lisbon-based hospitals, while training setting of an higher school of health, which undertakes basic training for Radiographers, the study considered a qualitative approach, based on a case study. As for data gathering techniques, documental research was used, also, non-participant observations and the usage of 14 in-depth interviews. Such interviews applied according to the Group-Focus criteria.

The results of the undertaken study suggest that in the daily life of x-ray services, the resources match the given roles to each Radiographer/Monitor. The results of a certain action, either at the level of work models and the social organizational training of the x-ray services, in the monitoring of trainees, will only be used in case of representation as a health professional and/or as a co-worker/monitor in the early education of Radiographers convinces the audience that surrounds them. Therefore the interdependences of the Radiographers/Monitors in everyday life, namely at the level of work division and organizations, of functional hierarchies relations and monitoring get active in a complex human relations puzzle, based on permanent evaluations of the dimensions of profits-risks and the negociative processes which are related to.

Key-words: Everyday life, Profession, Radiographer, Monitor, Health.

Agradecimentos

Expressar por palavras o apoio que senti dos que me são mais próximos é sempre algo difícil.

No entanto, quero expressar perante todos um especial agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Silva, que esteve sempre presente para sugerir opiniões, apontar críticas e correcções que me permitiram olhar atentamente o “palco de representações” e as encruzilhadas que existem no quotidiano de trabalho nos serviços de saúde, contribuindo assim para a minha evolução profissional e pessoal.

Agradeço também a todos os meus professores que de uma maneira ou de outra me facultaram o seu apoio, bem como a alguns Técnicos de Radiologia que colaboraram comigo em alguns momentos.

Quero agradecer ainda às minhas colegas que percorreram comigo este caminho.

E porque os últimos têm sempre um lugar de destaque, aqui vai um “muito obrigado” à minha família.

Índice Geral

Resumo	2
Abstract	3
Agradecimentos	4
Índice geral	5
Índice de esquemas e quadros	8
Abreviaturas e Siglas	9
INTRODUÇÃO	10
1. Razões da escolha do tema	10
2. Breves considerações sobre a estratégia da pesquisa realizada	13
3. Organização da estrutura do relatório	16
1.- CARTOGRAFIA CONCEPTUAL E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS	19
1.1. O TÉCNICO DE RADIOLOGIA: QUEM É? O QUE FAZ?.....	19
1.1.1. Notas breves sobre a emergência e a evolução histórica da profissão de Técnico de Radiologia em Portugal: continuidades e rupturas.....	19
1.1.2. Perfil profissional e regulamento do exercício profissional.....	25
1.2. PERSPECTIVAS ANALÍTICAS SOBRE O QUOTIDIANO DE TRABALHO	30
1.2.1. O “Eu” e o “Outro” no quotidiano das Organizações: uma abordagem do microcosmo	30
1.2.2. Relações estratégicas e culturalistas: a face oculta da regulação e da negociação das práticas em equipa nas organizações e trabalho...	35
1.3. FORMAÇÃO INICIAL E ESTÁGIO CURRICULAR: UMA PRÁTICA ORIENTADA PARA OS “ALUNOS”	43
1.3.1. Formação Inicial e Complementar dos Técnicos de Radiologia	43
1.3.2. Estágios curriculares como uma das fontes para aquisição de competências dos futuros profissionais	47
1.3.3. A monitorização de estágios curriculares	54
1.4. Dilemas do profissional de saúde/monitor na complexidade do campo de estágio	61

2.- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO	67
2.1. Caracterização dos Hospitais e do seu Serviço de Radiologia como campo de estágio curricular	67
2.1.1. Caracterização do Hospital HMM	67
2.1.2. Caracterização do Hospital HOS	70
2.1.3. Caracterização do Hospital HCA.....	71
2.1.4. Caracterização do Hospital HEB.....	73
2.1.5. Caracterização do Hospital HPA.....	75
2.2. Caracterização da Instituição Escolar ESR.....	76
2.2.1. Organização e indicadores de sucessos e insucessos nos estágios curriculares	77
3.- PERCURSO METODOLÓGICO	81
3.1. Fundamentos da Abordagem Qualitativa	81
3.2. Estudo de caso: Critérios e Procedimentos	84
3.3. <i>Focus Group</i> : uma Opção Estratégica.....	86
3.4. Planeamento dos Grupos e Seleção dos Entrevistados: Critérios e Procedimentos.....	94
3.5. Instrumento de Recolha da Informação	99
3.6. Tratamento e Análise da Informação	102
4.- SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS QUOTIDIANAS DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA E AS EXPERIÊNCIAS DE MONITORIZAÇÃO DO CURSO DE RADIOLOGIA EM CINCO HOSPITAIS DE LISBOA	107
4.1. Caracterização dos entrevistados	107
4.2. Os campos de estágio e os contextos de trabalho dos Técnicos de Radiologia / Monitores	109
4.2.1. Técnicos de Radiologia: Entre o passado e o presente	109
4.2.2. Encontros e desencontros com a divisão do trabalho e as hierarquias decisórias.....	112
4.2.3. Outras lógicas da organização de trabalho nos Serviços de Radiologia onde decorrem os campos de estágio	116
4.2.4. Cenários do quotidiano de trabalho num dos Serviços de Radiologia onde decorrem os estágios curriculares	121

4.3. Ser Técnico de Radiologia em contexto de monitorização de estágios:	
Entre a vivência profissional, o ensino e a prática	128
4.3.1. O que é ser Monitor, Mentor ou Tutor em Radiologia?	128
4.3.2. Vivendo as Práticas de Monitorização	134
4.3.3. Impactos da Monitorização na Organização	141
4.3.4. Outros Factores Adversos dos Campos de Estágios	146
4.4. Viagem ao centro das relações interpessoais nos campos de estágio dos Serviços de Radiologia	150
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	159
1. Os Resultados do Estudo	159
2. Recomendações: Plano de intervenção Sócio-Organizacional para a promoção e a valorização da <i>Monitorização e Tutoria</i> dos Estágios curriculares dos cursos de Radiologia	170
BIBLIOGRAFIA	177
1. Bibliografia citada e consultada	177
2. Outros documentos	185
ANEXOS	186
1. GUIÃO DA ENTREVISTA – MONITORES E GUIÃO DA ENTREVISTA – ALUNOS	187
2. GRELHA SINTESE DAS ENTREVISTAS	190
3. GRELHA SINTESE DAS CATEGORIAS	201
4. COMPLEMENTO DAS FUNÇÕES DO TÉCNICO DE RADIOLOGIA	203
5. OUTROS	212

Índice Quadros

Quadros

Quadro 1: Tendências e mudanças do perfil profissional dos TR.....	26
Quadro 2: Competências dos Monitores de Estágio em Radiologia.....	63
Quadro 3: Distribuição dos alunos da ESR por Hospital/Monitor.....	79
Quadro 4: Monitores e anos de experiência.....	80
Quadro 5: Aproveitamento dos alunos da ESR nos estágios.....	80
Quadro 6: Áreas Temáticas/Objectivos.....	103
Quadro 7: Entrevistados/Instituições Hospitalares.....	105
Quadro 8: Caracterização dos Monitores.....	107
Quadro 9: Caracterização dos Alunos.....	108
Quadro 10: Evolução Tecnológica	109
Quadro 11: Divisão do trabalho.....	113
Quadro 12: Organização do trabalho.....	116
Quadro 13: Duplos Papéis.....	128
Quadro 14: Práticas de Monitorização.....	134
Quadro 15: Impactos da Monitorização na Organização.....	141
Quadro 16: Impactos da Monitorização nas Relações Interpessoais.....	144
Quadro 17: Factores Adversos nos Estágios.....	146
Quadro 18: Caracterização das Relações Interpessoais.....	150
Quadro 19: Condicionantes das Relações Interpessoais.....	152
Quadro 20: Emotividade/Conflitos.....	153
Quadro 21: Principais Evidências do Quotidiano das práticas dos TR/Monitor.....	165
Quadro 22: Matriz de Enquadramento Lógico da Proposta de Plano de Acção para promoção e valorização dos TR/Monitor.....	175
Quadro 23: Proposta de Cronograma da Proposta de Plano de Acção para promoção e valorização dos TR/Monitor.....	176

Abreviaturas e Siglas

AD	Angiografia Digital
BO	Bloco Operatório
CHL	Centro Hospitalar de Lisboa
EA I	Estágio de Aprendizagem I
EA II	Estágio de Aprendizagem II
ECO	Ecografia
ESTeS	Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde
ESTeSL	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
QAHE	<i>Quality Agency for Higher Education</i>
RC	Radiologia Convencional
RM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computorizada
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
TR	Técnico de Radiologia
UC	Unidades Curriculares

INTRODUÇÃO

1. Razões da escolha do tema

No presente relatório, subordinado ao título de — **“Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia à prática vivida como monitores de estágios do curso de Radiologia em cinco hospitais de Lisboa”** —, trata-se da apresentação dos resultados de um estudo realizado entre Novembro de 2004 a Outubro de 2005, no âmbito da área de especialização em *Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde* do Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002).

O interesse pela temática relativa às práticas quotidianas de trabalho dos Técnicos de Radiologia (TR), nomeadamente no que diz respeito às suas experiências de monitorização dos estágios curriculares, e mais especificamente à função de monitor nos campos de estágios dos hospitais, tem subjacente motivações de ordem diversa, entre as quais se salientam não só as de natureza pessoal, mas também as de relevância profissional e organizacional, bem como as de actualidade do tema ao nível dos profissionais das Tecnologias de Saúde.

Sob o ponto de vista da relevância profissional, organizacional e actualidade do tema, importa ainda salientar que desde os finais da última década, algumas discussões, ainda que pontuais, sobre a formação inicial, o desenvolvimento profissional e a especificidade das práticas dos TR têm vindo a lume, quer no seio do próprio grupo profissional, quer no âmbito de algumas organizações associativas, sindicais e académicas nacionais e internacionais. Saliento a título exemplificativo as tendências recentes oriundas das correntes anglo-saxónicas que vieram chamar a atenção para a necessidade de reforçar as condições de desenvolvimento profissional e da prática quotidiana dos TR, argumentando que os conhecimentos e competências adquiridos por estes durante a formação inicial tornam-se insuficientes para o exercício quotidiano das suas funções. Novos conteúdos curriculares na formação inicial e avançada, em termos de licenciatura, mestrado e cursos de doutoramento, novas áreas de trabalho, entre as quais a elaboração de relatórios técnico-clínicos são cada vez mais considerados como instrumentos que permitem aos referidos profissionais alcançar uma maior diferenciação e conseqüentemente uma maior

autonomia (Palarm, Jones e Gilchrist, 2001; Manning e Bentley, 2003; Elliot, 2003; Hogg e Hogg, 2003).

Outros factores têm vindo a ser discutidos em diferentes estudo, tais como os elementos que interferem na construção da carreira, nas dimensões do desenvolvimento profissional e identitário e ainda na valorização das profissões do sector da saúde. São por exemplo, as recentes tendências de melhoria da qualidade dos serviços de saúde que enfatizam a importância da “sólida” formação dos profissionais de saúde em contextos clínicos. Abreu (2003) assim o refere na sua obra, salientando os modelos da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (EUA), *King's Fund Health Quality Services*, nos quais se evidenciam normas e critérios que visam os alunos em contextos de formação clínica, não só relativos às práticas, como também relativos ao seu acompanhamento. Estes modelos vieram, pois, encontrar eco no seio dos TR, renovando o seu interesse na melhoria das suas competências na gestão da qualidade dos serviços de Radiologia. Concomitantemente, a constatação da pressão para a mudança no campo formativo no ensino superior, induzido pelo processo de Bolonha, veio igualmente chamar a atenção para a necessidade de reforçar o papel da supervisão clínica na formação inicial e na melhoria das condições de ensino e aprendizagem em contexto de trabalho. Trata-se de uma nova lógica formativa que toma o contexto de trabalho como espaço privilegiado de aprendizagem, apelando assim, não só para a necessidade de uma estratégia de formação mais qualificante para o aluno através da melhoria da cooperação entre as universidades/institutos superiores e organizações da sociedade empresarial e civil, mas também para a necessidade de maior envolvimento do papel do profissional do terreno no apoio à formação inicial (supervisão, monitorização e orientação de estágios).

Com efeito, o problema da articulação dos profissionais inseridos nos contextos de trabalho com os alunos e os docentes da Escolas de Tecnologia é uma temática cada vez mais actual, sem que isto signifique que seja um problema novo, na medida em que desde a década de 80 que foram criadas as escolas técnicas para a formação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica. Como tal, são sistematicamente recrutados profissionais com experiência prática nos contextos reais de trabalho para apoiar, acompanhar e supervisionar os estágios curriculares.

Apesar da relevância estratégica deste grupo profissional no contexto do apoio à formação inicial dos seus próprios profissionais e na produção de exames de diagnóstico propriamente dita, a sua actividade encontra-se tradicionalmente

referenciada como “*others allied professions*”, não só das orientações médicas, mas também da enfermagem (Silva, 2004; 2005b). Na verdade, segundo Silva (2005b), ao TR não lhe é reconhecida tradicionalmente capacidade de decisão nas opções clínicas (de notar que a prescrição é ainda um acto médico). Trata-se de um constrangimento resultante do passado histórico da profissão que limita ainda hoje o reconhecimento social dos TR, pois há menos de duas décadas que não lhe era exigida qualquer preparação profissional específica, no sentido da posse de diploma universitário. O exercício inqualificado era uma realidade na maioria dos consultórios de Radiologia portuguesa e que teima ainda em persistir pontualmente na actualidade, conforme notícias que têm vindo a ser evidenciadas pela comunicação social. Tais factos têm contribuído para uma constante desautorização do TR no recurso sistemático do *poder de expert* e da capacidade de decisão sobre a sua própria profissão, inibindo assim mesmo, a nova geração de técnicos diplomados ao nível de licenciatura pelas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de invocar, o *poder de autonomia e de controlo jurisdicional* sobre as tecnologias de saúde.

De facto, apesar de já não ser inovador realizar estudos sobre o tema das vivências dos profissionais de saúde, incidindo a maioria da produção científica ao nível dos médicos e da enfermagem, pouco se tem investigado de forma sistemática sobre a realidade do quotidiano ou melhor das vivências dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em contexto de trabalho, nos quais se incluem os Técnicos de Radiologia. No que concerne à vivência dos profissionais em campos de estágios, tais estudos têm vindo a ser predominantemente produzidos ao nível das ciências da educação (Caíres e Almeida, 2000; Alarcão, 1996 e Ponte e Brunheira, s.d.).

Do ponto de vista pessoal das razões justificativas do estudo, saliento apenas que apesar da minha curta experiência profissional com cerca de cinco anos como Técnica de Radiologia e simultaneamente, em data recente como docente da formação inicial e monitora de estágio, permitiu-me um contacto estreito com a realidade organizacional de alguns serviços de Radiologia hospitalar da área metropolitana de Lisboa. Este facto criou na minha pessoa a curiosidade de saber porque existindo tais unidades tecnológicas de saúde para servir formalmente de forma eficaz e eficientemente os doentes, as estruturas formais da organização do trabalho dependem em grande escala dos vários tipos de negociações que os seus membros, os Técnicos de Radiologia, os Médicos Radiologistas e os Auxiliares de apoio dos serviços, estabelecem entre si, em diferentes áreas de trabalho e de interacção.

Por outro lado, sendo alguns dos serviços de Radiologia hospitalares campos de estágios da formação inicial da profissão de TR, tive oportunidade de constatar que coexistem em tais serviços ou unidades tecnológicas uma figura dual de técnica-monitora de estágios. Este facto criou igualmente na minha pessoa a curiosidade de saber porque razão sendo reconhecida a relevância deste papel de monitor nos estágios curriculares, ao nível do ensino/formação inicial dos TR, as condições de exercício da prática de orientação dos estágios não tem sido congruente com essa importância que se lhe reconhece, já que nem sempre é apoiada pelos próprios pares. Além deste aspecto, há ainda a acrescentar que, por vezes, a gestão das actividades da prática de monitorização nos campos de estágio tem de ser negociado, não só entre os coordenadores dos serviços onde decorrem os estágios, mas também junto dos meus próprios colegas e alunos.

Em síntese, parece-me que numa primeira aproximação, os serviços de Radiologia contém uma certa ordem social organizacional, e em certa medida uma ordem negociada, resultante de múltiplos processos de negociação, de conflito/cooperação e de relações afectivo-cognitivas, pelos quais os actores concretizam a dinâmica da sua acção quotidiana, sendo que tais processos, tal como refere Strauss (1992), ocorrem em condições estruturais específicas que, embora os não determinem, acentuam o seu carácter contingencial no quotidiano de trabalho, que, em última instância afectam os modelos de empenho e desempenho (Goffman, 1993) dos TR/monitores de estágio, quer ao nível do trabalho em equipa nos serviços de Radiologia, quer nas formas de monitorização dos próprios estágios, questão que me interessou investigar.

2. Breves considerações sobre as estratégias da pesquisa realizada

O interesse pela entrada em cena dos indivíduos nas organizações não é de data recente. Desde os tempos remotos das primeiras teorias organizacionais, ditas clássicas, entre as quais as teses de Elton Mayo, Herzberg, McGregor, etc., que se “procuravam descrever e formalizar o seu funcionamento ideal, de modo a conseguirem optimizá-lo” (Filleau e Marques-Ripoull, 2002: 101). Porém, um espaço de trabalho não é apenas um espaço sócio-técnico, um campo de contingências estruturais, etc. É também um espaço de interacção social, um microcosmo onde veiculam formas distintas de regulação de controlo e autónomas (Reynaud, 1997), nem sempre inteligíveis numa primeira aproximação. Efectivamente, a existência de

uma configuração formal e informal, que confere uma natureza real à diversidade do *locus* organizacional, tem captado a atenção dos investigadores das mais diversas áreas disciplinares, desde a sociologia, passando pela psicologia, a antropologia e a gestão.

Na verdade, nas últimas décadas, tal como refere Carlos da Silva, “a vida quotidiana nas organizações tem sido investigada segundo diferentes perspectivas, recorrendo os autores a uma panóplia de modelos, desde a abordagem da integração cultural, da aprendizagem organizativa, passando pela análise das lógicas de acção estratégica, das relações de poder e para "auditoriar" e explicar a sua complexidade. Nos diferentes debates sobre a configuração do quotidiano nas e das organizações tem sido colocado em ênfase a articulação das relações inter e intraprofissionais, quer com o funcionamento burocrático, quer com as identidades de trabalho, quer ainda com o saber-poder e a lógica da divisão do trabalho” (Silva, 1999: 273).

As representações tradicionais em torno dos serviços de Radiologia são apresentadas na estrutura da gestão hospitalar como uma componente organizacional vocacionada para a produção de imagens. Por outro lado, se é verdade que os TR estão a ganhar cada vez mais “importância” ao nível do *contexto do hospitalar*, não obstante isso, o facto de um TR ser simultaneamente monitor da formação inicial, raramente é percebido pelo próprio, ou pelos pares, ou ainda a nível inter-pares, como um factor de distinção ou de reconhecimento social. Porém, o que interessei pesquisar não consiste só saber se o TR com funções de monitor dispõe ou não nos serviços de Radiologia algum espaço específico para atender e acompanhar os alunos na formação inicial, mas também, indagar se o TR enquanto monitor é ou não o "elo de ligação escola-hospital", ou seja, se lhe compete ou não promover o envolvimento dos demais docentes dos cursos de Radiologia na vida dos serviços hospitalares.

Este quadro global levou-me a formular a seguinte pergunta de partida: *Por que razão, apesar de existirem indícios claros que apontam no sentido de uma maior autonomia no desempenho dos TR, que colaboram como monitores nos campos de estágios dos hospitais, o papel destes como monitores para além de nem sempre ser reconhecido a nível inter-pares, é moldado de processos de elaboração e de reelaboração de compromissos entre os actores que parecem ser indispensáveis para manter em funcionamento as actividades quotidianas nos serviços de Radiologia?*

Face à questão colocada, apercebe-se que o meu interesse investigativo situou-se ao nível dos espaços de interacção do quotidiano de trabalho dos TR. Por

outras palavras, constituem como objectivos do estudo, por um lado, **analisar as perspectivas dos actores locais sobre os modelos e as práticas quotidianas da vida profissional dos TR**, e, por outro lado, **identificar os constrangimentos organizacionais e profissionais que, eventualmente, modelam os esquemas de acção quotidiana dos TR enquanto monitores de estágios no espaço sócio-organizacional dos serviços de Radiologia hospitalares**.

Neste sentido, ao interessar-me apreender as estratégias quotidianas de trabalho, de valorização e de revalorização dos TR, enquanto grupo profissional, situei a pesquisa não só na procura da inteligibilidade das diferentes modalidades de consolidação das acções quotidianas dos TR num contexto de trabalho em equipa nos hospitais, mas também, procurei por exemplo compreender as diferentes formas da sua intervenção na formação inicial dos TR. Em termos estritos, o problema em estudo extravasou a mera caracterização das dinâmicas dos grupos locais, quer ao nível das acções dos TR nos processos e nas estruturas da produção das tecnologias de saúde, quer e mais especificamente, na mera quantificação dos atributos que modelam as regras de jogos, as normas, os humores, as emoções e/ou os conflitos entre os actores. Ou seja, interessei na pesquisa realizada capturar ao nível dos TR, os seus modos de acção no quotidiano, ditos «como o indivíduo em situações de trabalho habituais se apresenta a si próprio e à sua actividade perante os outros, as maneiras como orienta e controla a impressão que os outros formam dele, as diferentes coisas que poderá fazer ou não fazer enquanto desempenha perante os outros o seu papel» (Goffman, 1993: 9), simultaneamente como técnico de diagnóstico e terapêutica e monitor da formação inicial.

Subjazem nas considerações descritas acima, a hipótese geral de investigação formulada do modo seguinte: *O Técnico de Radiologia com funções de monitor desempenha actividades quotidianas moldadas por processos de elaboração e de reelaboração de compromissos entre os actores dos serviços de Radiologia e os alunos dos campos de estágios.*

Assim sendo, tentar responder à pergunta de investigação, alcançar os objectivos de investigação e verificar a hipótese de estudo implica sobretudo focar a pesquisa no campo de análise do quotidiano organizacional e das vivências profissionais dos TR, a partir de um conjunto de teorias e métodos, para dotar de um sentido, tão coerente quanto possível o estudo do **quotidiano das práticas dos TR**.

As orientações teórico-metodológicas da pesquisa realizada firmaram-se numa opção que se opõe à mera quantificação dos atributos que caracterizam os

esquemas de acção dos TR. Assim sendo, procurou-se satisfazer a necessidade de apropriação aprofundada das condições de perceptibilidade da ordem social do quotidiano dos serviços de Radiologia, e das condições negociadas dos contextos de trabalho dos TR como monitores de estágio. Na verdade, foi a partir da conceptualização de um processo reflexivo sobre o objecto de estudo, mais de ordem qualitativa, fundada num estudo de caso “simples” de natureza descritiva (Yin, 1993), que procurei descodificar os cenários do quotidiano de trabalho nos serviços de Radiologia, consubstanciada por um trabalho de campo e estratégias de *Focus Group* junto dos TR/monitores e alunos.

3. Organização da estrutura do relatório

O núcleo central do presente relatório de investigação é composto pela presente Introdução, acrescida de quatro Capítulos e Considerações Finais.

Na *Introdução* procurei apresentar não só as razões de escolha do tema da pesquisa realizada, mas também breves considerações sobre as opções metodológicas adoptadas.

O corpo do relatório é composto por quatro capítulos. No capítulo 1, subordinado ao título de — *Cartografia conceptual e perspectivas analíticas* —, apresento as principais linhas teóricas adoptadas na pesquisa realizada. Inicio o capítulo, partindo da análise sobre a razão de ser do Técnico de Radiologia; abro um espaço de debate sobre as perspectivas analíticas do quotidiano de trabalho, para melhor reinterpretar as lógicas de formação inicial dos TR e compreender a complexidade dos espaços de acção dos TR com funções de monitores nos serviços de Radiologia, enquanto campos de estágios do curso de Radiologia.

No capítulo 2, intitulado de — *Caracterização do contexto de estudo* —, apresento de forma, ainda que sumária, não só os traços organizacionais e as actividades dos serviços de Radiologia estudados, mas também, os eixos fundamentais do perfil dos estágios curriculares da Escola Superior de Tecnologia da Saúde ERS.

O terceiro capítulo do presente relatório, subordinado ao título de — *Percurso Metodológico*, incide sobre as opções metodológicas adoptadas na pesquisa realizada. São traçados neste capítulo as estratégias metodológicas utilizadas para o recorte qualitativo do objecto de estudo, assim como as preferências de tratamento e análise

da informação recolhida. Em termos estritos, apresento as justificações da adopção do estudo de caso descritivo (Yin, 1993) e do tipo simples (Ragin, 1992), seguido duma apresentação das técnicas de recolha e análise de informação adoptadas. Apresento ainda no capítulo da metodologia os procedimentos de análise de conteúdo das entrevistas captadas através dos *Focus Group*, enquanto técnica privilegiada para a reconstrução dos diferentes quadros de percepção do quotidiano de trabalho dos TR, como técnicos de diagnóstico e terapêutica e como monitores de estágios dos cursos de formação inicial dos TR.

No quarto capítulo do corpo do relatório, intitulado de — *Significados das práticas quotidianas dos técnicos de Radiologia e as experiências de monitorização dos cursos de Radiologia em cinco hospitais de Lisboa* —, descrevo e analiso os materiais empíricos recolhidos. Assim sendo, procedi em primeiro lugar à caracterização dos entrevistados, seguindo-se da análise dos campos de estágio e os contextos de trabalho dos técnicos. Por último, apresento as razões de ser monitor dos TR, abrindo, assim um espaço de debate sobre os aspectos positivos e os constrangimentos das práticas de monitorização dos estágios, os vectores dos impactos da monitorização nos serviços de Radiologia, e os factores, ditos adversos que veiculam nos campos de estágios. Termina a análise, apresentando uma “viagem ao centro das relações interpessoais nos campos de estágio”, procurando explorar a este nível as percepções dos actores sobre as regras de jogos, as normas, os humores, as emoções e/ou os conflitos que subjazem no quotidiano das práticas dos TR e as lógicas de monitorização.

Na última parte nuclear do presente relatório, apresento as — *Considerações Finais e Recomendações* —, sistematizando não só os principais resultados da investigação realizada, mas também os traços fundamentais de um possível plano de intervenção sócio-organizacional para a promoção e a valorização do TR como monitor de estágio.

Em síntese, o facto da pesquisa realizada se centrar no estudo dos contextos da prática quotidiana vivida pelos TR dos hospitais, permitiu questionar a problemática das suas experiências de monitor no âmbito dos estágios curriculares da formação inicial dos futuros profissionais, tomando como pano de fundo as racionalidades, as dificuldades, as resistências, e até mesmo os fracassos que modelam a dualidade dos papéis como técnico de diagnóstico e terapêutica e monitor. Os resultados do estudo permitiram-me aprofundar o conhecimento sobre a

especificidade do quotidiano dos TR e sobre a configuração das lógicas de monitorização nos campos de estágio, mas sobretudo, pude constatar o valor intrínseco de certas práticas sócio-organizacionais e profissionais adoptadas nos campos de estágios em causa, enquanto formas de reprodução e de legitimação de um determinado modelo de ser e de estar como Técnico de Radiologia.

1.- CARTOGRAFIA CONCEPTUAL E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

1.1. O TÉCNICO DE RADIOLOGIA: QUEM É? O QUE FAZ?

No sentido de melhor compreender não só os traços estruturais, as possibilidades e os constrangimentos de acção dos TR em contexto de trabalho nos hospitais, mas também, de analisar a importância deste grupo profissional no domínio das profissões do sector da saúde, importa reflectir em primeiro lugar sobre a evolução histórica do grupo profissional em questão e analisar criticamente os conteúdos do actual regulamento do seu exercício profissional.

1.1.1. Notas breves sobre a emergência e a evolução histórica da profissão de Técnico de Radiologia em Portugal: continuidades e rupturas

Nas últimas décadas, podemos constatar mudanças significativas no âmbito das tecnologias de saúde em Portugal, predominantemente relacionadas com o crescimento e a inovação tecnológica nos processos de trabalho em Radiologia, a par daquilo que se pode designar de especialização e formalização dos saberes profissionais através da formação inicial e complementar ao nível do ensino superior politécnico. O acesso à profissão passou, assim, a depender de um nível de formação mais elevado, implicando que o acesso à formação inicial dos TR se processasse igualmente através do aumento da escolaridade básica obrigatória. Trata-se de um conjunto de mudanças que trouxeram implicações de ordem diversa ao nível da recomposição dos saberes, ideologias e identidades dos profissionais TR em contextos de trabalho.

Assim sendo, para melhor compreender os factores que vieram potenciar o desenvolvimento profissional dos TR, importa analisar com mais algum pormenor como a evolução histórica da Radiologia se articula com os recursos cognitivos e simbólicos que veiculam na actualidade no seio do grupo profissional.

Com a descoberta da Radiação X a 8 de Novembro de 1895, por Wilhelm Konrad Roentgen a Medicina sofreu uma evolução exponencial, na medida em que o corpo humano passou a poder ser estudado sem recorrer a técnicas mais “invasivas”.

Sabe-se que os primeiros radiogramas foram realizados em laboratórios de Física, com equipamentos elementares, de “fácil” manuseamento e sem grandes impactos no domínio da saúde/doença. Só com a I Grande Guerra Mundial é que este processo tecnológico de estudo do corpo humano ganhou expressão, nomeadamente através do estudo do sistema osteo-articular (traumatismos múltiplos resultantes dos teatros de guerra), passando a ser largamente utilizado, uma vez que existia um grande número de postos móveis de “Raios X”. Nesses postos, a necessidade de se dotar os operadores de uma aprendizagem que conduzisse a melhorias nos critérios de obtenção de uma imagem com qualidade, começou a sentir-se. De notar que a imagem não dependia só de um correcto manuseamento do equipamento, mas também, de algumas noções de anatomia. Como tal, foi considerado pelos responsáveis das unidades ou postos de “Raios X”, a necessidade urgente em formar “Técnicos Radiografistas” capazes de satisfazerem tais necessidades. Foi assim que começou a formação nesta área, sendo os primeiros cursos de Técnicos de Radiologia ministrados em França, pela mão de Marie Curie.

Em Portugal, os primeiros registos que encontramos acerca dos Técnicos de Radiologia, reportam-se ao ano de 1898, quando por Despacho do Enfermeiro-Mor do Hospital S. José de 8 de Novembro, foi nomeado o primeiro dos auxiliares de técnica radiológica do referido hospital, na pessoa de Bento Fernandes (Santos, 1966).

Ainda, segundo os registos oficiais e históricos do Hospital S. José, nos anos seguintes a 1898, foi instalado um dos primeiros serviços de Radiologia do país, tendo ficado dotado de recursos materiais e humanos devidamente qualificados para a época, para exercerem adequadamente as respectivas funções e actividades. Só em 1938, data em que foi exigida legalmente a frequência do curso geral de enfermagem para aceder à profissão de Técnico de Radiologia, foram reorganizados os quadros e vencimentos do pessoal dos Hospitais Civis de Lisboa pelo Decreto 28.794 art.º 34, no qual se pode ler que:

“Os segundos ajudantes técnicos de câmara escura dos serviços de Radiologia, os auxiliares de fisioterapia, os auxiliares de preparadores de análises clínicas e o ajudante preparador de anatomia patológica serão contratados de entre os indivíduos aprovados com o curso de provas práticas, válido por três anos, ao qual só podem concorrer candidatos habilitados com exame de prática, feito nos respectivos serviços e curso geral da Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara.

§1 - “Para o concurso de encarregado de câmara escura não é exigido o curso da Escola de Enfermagem.”

É interessante notar que, foi só a partir de 1961 que começou a existir uma clara distinção entre os dois grupos de recursos humanos da Radiologia, o de auxiliares e o de técnicos, conforme consta o descrito na Portaria 18523 de 12 de Junho de 1961. Esta legislação veio igualmente permitir uma maior uniformização do *recrutamento de candidatos e o ensino e treino destes*. Tal facto conduziu à criação dos centros de formação dos hospitais centrais sob a responsabilidade dos Médicos que trabalhavam nestas instituições hospitalares. Estes centros tornaram-se os percursos das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra, cujo regulamento foi publicado em 1962 pela Portaria 19397 de 20 de Setembro.

Como referi acima, os técnicos e auxiliares dos serviços clínicos foram divididos por dois grupos: o primeiro comportava os encarregados de câmara escura e o segundo, os Técnicos de Radiologia. Para estes últimos, o curso tinha a duração de um ano escolar, seguido de três meses de estágio em contexto de trabalho. Como condições de admissão, o curso exigia o *segundo ciclo dos liceus ou o exame de admissão aos institutos industrial ou comercial*. Para exercer a função de encarregado de câmara escura era apenas colocado como requisito legal que os candidatos possuíssem cinco anos de experiência na profissão.

A clarificação dos campos e dos conteúdos do exercício profissional entre TR e auxiliar (encarregado de câmara escura) foi fundamental para o desenvolvimento e a afirmação do grupo profissional em questão. Na verdade, trata-se de uma mudança estrutural da divisão social de trabalho que permitiu não só uma redefinição da configuração profissional dos TR na produção de imagens radiográficas, mas também, veio criar as condições para a génese da Associação dos Técnicos de Radiologia de Portugal (ATARP), a qual foi oficialmente fundada a 8 de Novembro de 1969.

Contudo os efeitos da reorganização estrutural dos TR, só encontraram eco na legitimação institucional após o 25 de Abril de 1974, mais concretamente em 1977, quando foi criada a carreira de “Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica”. É interessante notar que desde esta data até 1985, os Técnicos de Radiologia eram designados por “Radiografistas”.

Tendo em conta a necessidade de se proceder a uma maior projecção na reorganização estrutural dos TR, para que estes se tornassem mais responsáveis e mais qualificados, com mais competências, Luís Lança (2003) refere que ocorreu a

reforma das estruturas de formação inicial, introduzida e legitimada pela Portaria 709/80 de 23 de Setembro. Através deste instrumento legislativo, os então Centros de Formação de Técnicos Auxiliares sofreram uma profunda reestruturação, através da qual emergiram novas estruturas de ensino e aprendizagem em tecnologias da saúde, designadas de Escolas Técnicas.

A par da reorganização profissional na década de 80, modificaram-se igualmente as condições de admissão à formação inicial nas referidas Escolas, incrementando a escolaridade de acesso. Nesse período, a condição mínima de acesso passou a situar-se ao nível 9º Ano de Escolaridade, sendo dada preferência aos candidatos com o 11º Ano de Escolaridade, oriundos da “Área de Ciências”.

Foi apenas em Setembro de 1982 que foram criadas formalmente as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra, substituindo os Centros de Formação previstos na Portaria 18523 de 1961 e reestruturados em 1980.

Só em 1985, de acordo com o Decreto-Lei nº 384-B/85, é que é criada finalmente a carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). Trata-se de um marco histórico para os TDT, que ficou caracterizado pelo abandono do termo “Auxiliar”, situação que veio conferir uma maior especificidade e autonomia ao trabalho dos TDT, em geral, e da vertente mais tecnicista dos TR, em particular, originando uma nova configuração do grupo profissional de “técnicos de saúde” integrados numa categoria mais vasta de prestadores de cuidados de saúde.

Neste contexto, para que os “novos” TDT pudessem dar resposta e acompanhar os requisitos profissionais que iam surgindo,urgia renovar os conteúdos e a duração da formação. Em 1986, com a Portaria 549/86 de 24 de Julho, a carga horária de formação inicial dos Técnicos de Radiologia e demais TDT passou não só a ser formalmente legislada, mas também, veio permitir a estruturação dos cursos de formação inicial em três anos lectivos. Com tais modificações, incrementaram-se mais uma vez as condições de acesso à formação inicial. Assim, a partir de 1986, para aceder às Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde passou a ser necessário o 12º Ano de Escolaridade – 1º Curso – com o 11º Ano de Escolaridade da Área A (Saúde), sendo obrigatória para o acesso, a realização de provas de selecção.

A par desta nova regulamentação da formação inicial, em 1988 é publicado um novo regime jurídico com o objectivo de clarificação do conteúdo funcional de cada profissão da área das tecnologias da saúde, bem como, para melhor definir as competências necessárias para o exercício profissional das várias categorias da carreira dos TDT, nomeadamente dos Técnicos de Radiologia.

A integração das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde no Ensino Superior Politécnico teve lugar em 1993, conforme publicação do Decreto-Lei nº415/93 de 23 de Dezembro. A denominação das referidas Escolas passou a ser de Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde. A gestão pedagógica de tais estabelecimentos passou para a tutela do Ministério da Educação, ficando a gestão administrativa sob a tutela do Ministério da Saúde. No período em causa, os cursos ministrados nas respectivas escolas correspondiam a cursos de bacharelato, nos mesmos moldes de qualquer outro curso do ensino politécnico. Porém, apenas um ano mais tarde é que foram regulamentados, através da Portaria nº. 791/94, os cursos ministrados nas respectivas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde. Finalmente, passados mais cinco anos, em 1999, e mais concretamente através da Portaria 505-D/99, as ESTeS passaram a ser autorizadas a conferir o grau académico de licenciado aos alunos que frequentem com sucesso o segundo ciclo de estudos, cuja duração é de dois semestres. Assim, sendo os TDT conseguiram finalmente alcançar, em total paridade com demais profissionais da saúde, o reconhecimento do seu direito ao grau académico de Licenciado na área científica específica.

Esta nova filiação da formação inicial, moldada pelo perfil de ensino superior, trouxe igualmente reflexos na configuração e “controlo” do exercício profissional. Na verdade, já em 1993 com a publicação do Decreto-Lei nº 261/93 de 24 de Julho, o exercício profissional relativo às profissões designadas então por “actividades paramédicas” passou a ser novamente regulamentado, sendo exigida a titularidade de um curso ministrado em escolas reconhecidas legalmente ou a existência de uma carteira profissional que até aqui não era considerada para o exercício da profissão.

De notar que apenas em 1999, foi possível aos TDT a obtenção de uma carteira profissional. A par deste facto, é, então, criado o Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica como órgão de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e controlo das profissões (Lança, 2003).

Em igual período, procedeu-se à última revisão da carreira destes profissionais. Nesta revisão, face ao reconhecimento legal da formação inicial ao nível superior, ficou reconhecida e legitimada a autonomia técnica e a responsabilidade profissional. Tal acontecimento trouxe outras implicações no contexto das organizações de saúde, entre as quais a criação da figura de Técnico Director, e a possibilidade dos Técnicos Coordenadores passarem a integrar os

conselhos técnicos dos hospitais, desempenhando a função de “articulação” das actividades das diferentes áreas das profissões dos TDT. Tratam-se de alterações que representaram um passo significativo para que estes profissionais passassem a ser representados ao nível dos conselhos de administração hospitalares, alcançando, assim, o mesmo nível de representatividade e importância dos demais prestadores directos de cuidados de saúde, nomeadamente dos médicos e enfermeiros.

A revisão da carreira em 1999 trouxe ainda uma outra alteração relativa à avaliação de desempenho dos TDT, passando estes profissionais a serem sujeitos a uma avaliação das actividades específicas da profissão, distanciando-se do modelo que vigorava até então que era semelhante aos contingentes gerais da administração pública.

Neste sentido, passadas cerca de duas décadas após o 25 de Abril, a reelaboração dos perfis de formação inicial e de desenvolvimento da profissão permitiu reforçar não só as condições de afirmação identitária dos TR enquanto grupo profissional, mas também e fundamentalmente, a dissociação da natureza tradicional de auxiliares do trabalho médico, aspecto a que estivera sempre associado na sua génese. Efectivamente, após a criação da carreira de profissionais TDT, na qual se incluem os Técnicos de Radiologia, legitimou-se a sua integração numa equipa de saúde, regularam-se as condições de participação como elementos de júri nos concursos inerentes à própria carreira de TDT, bem como se facilitaram a oportunidades de participação nas Escolas para leccionarem no Curso Complementar de Ensino e Administração que existia naquela época. De relevar ainda que o aperfeiçoamento profissional passou a ser considerado como um direito dos TDT.

Face ao exposto, para a construção da nova identidade profissional dos TDT, contribuiu não só a criação de novas oportunidades estratégicas de formalização da sua formação inicial e contínua, como também, emergiram novas estratégias de institucionalização da “ideologia” da “autonomia técnica e de “controlo jurisdicional” do acesso e de progressão na profissão.

Porém, apesar das práticas dos TDT dependerem das orientações da prescrição médica, as recentes mutações e evoluções dos contextos históricos das condições de trabalho, e de acesso à profissão e de formação, vieram dotar os profissionais de novas lógicas de construção social da profissionalização e do profissionalismo, que não estando ainda dotadas de um monopólio global do exercício profissional, baseado numa total autonomia da e na decisão técnica, possui

o privilégio de ter conseguido um relativo “fechamento social” da profissão, dito no sentido de Larson (1977), controlando o monopólio de selecção e de formação inicial dos TDT, assim como, um monopólio de legitimidade para definir o seu campo de exercício e os saberes de natureza técnico-científica, através da credenciação de um diploma de nível superior (Friedson, 1970; Rodrigues, 1994).

Resta saber, se as tendências recentes nos países anglo-saxónicos que perfilham uma mutação dos conteúdos do trabalho e a especialização em cursos de doutoramento e mestrados, constituem ou não, sinais de reforço do processo de “fechamento social”, no sentido de relevar a efectividade da “dominância profissional”, assegurando uma verdadeira autonomia funcional, a exclusividade cognitiva, a autoridade e a capacidade de controlo sobre as outras actividades que se relacionam com o seu campo de actuação, entre as quais a tomada de decisão técnica e a elaboração de relatórios técnico-clínicos, não subordinados às orientações dos médicos.

1.1.2. Perfil profissional e regulamento do exercício profissional

O quadro jurídico-normativo português que regulamenta a profissão de Técnicos de Radiologia encontra-se descrito no Decreto-Lei nº. 564/99, a par dos demais grupos profissionais denominados por Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). Este instrumento jurídico define os TDT como elementos do sistema de saúde indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, ficando enquadrados num conjunto de corpos especiais da Saúde, cujos elementos são detentores de formação especializada de nível superior.

No caso específico da Radiologia, com a recente legitimação dos saberes técnico-científicos a nível da formação superior veio permitir aos indivíduos pertencentes a esta área de especialização técnica realizar todos os exames da área da Radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde. Por outras palavras, na actualidade compete ao Técnico de Radiologia no domínio do seu exercício profissional, utilizar todas as técnicas e normas de protecção e segurança radiológica na utilização de radiações ionizantes e não ionizantes que possam contribuir para o diagnóstico final, nomeadamente através dos diferentes métodos de estudo por Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética, Mamografia, Ecografia, Angiografia e Densitometria Óssea.

No desenvolvimento das suas funções, os TR actuam de acordo com as indicações clínicas que lhe são facultadas, bem como com os pré-diagnósticos, diagnósticos e processos de investigação ou identificação que acompanham cada utente ou amostra. Assim sendo e com base nos dados fornecidos, os Técnicos de Radiologia devem conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho tendo sempre em vista a promoção da saúde, prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção do utente no seu meio, garantindo, em primeira e última instância, que todos os meios necessários ao bem-estar e qualidade de vida dos utentes e da comunidade estejam assegurados.

Quadro 1 – Tendências e Mudanças do Perfil Profissional dos Técnicos de Radiologia

O exercício da profissão de Técnico de Radiologia (TR) permite a estes profissionais actuar em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhe conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da profissão, com objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção. Cabe ao TR a realização de todos os exames da área de Radiologia de diagnóstico clínico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção da doença e promoção da saúde. É ainda da responsabilidade deste profissional a utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento de fontes com radiações ionizantes e não ionizantes, bem como na colaboração de procedimentos no âmbito da Radiologia de intervenção.

O TR contribui assim decisivamente para o diagnóstico final cabendo-lhe a responsabilidade de realizar exames no âmbito da Radiologia convencional, tomografia computadorizada, ressonância magnética, Mamografia, Ultrassonografia, Densitometria óssea e Angiografia digital.

O TR é responsável pelo acolhimento ao paciente; posicionamento nos vários métodos de exame; selecção dos factores de exposição; optimização da dose; uso adequado dos equipamentos; responsabilidades na gestão da imagem digital; capacidade de cooperação e integração numa equipa multidisciplinar, gestão de recursos humanos e selecção adequada do pessoal e; gestão das unidades de Radiologia.

A Quality Agency for Higher Education (QAHE), do Reino Unido caracteriza a natureza e o alcance do perfil de saída do TR. Este profissional deve ir ao encontro das expectativas quer da profissão, quer dos empregadores, quer ainda do público em geral. Para que possa cumprir este critério, os programas educativos devem adequar-se para que seja possível ao recém-licenciado:

- Obter ganhos de autonomia e responsabilidade profissional;
- Aprender acerca das relações profissionais multidisciplinares;
- Desenvolver as aptidões pessoais e profissionais;
- Aprender a comportar-se no contexto da profissão e na relação com o mercado de trabalho;
- Desenvolver competências de gestão socio-organizacional.

O TR, ainda segundo a QAHE, é também responsável por aplicar os princípios e conceitos da profissão de modo a garantir a segurança e contribuir para a manutenção e melhoria da saúde e bem-estar das pessoas, através de:

- Identificação e avaliação das necessidades de saúde;
- Formulação de planos e estratégias e a sua aplicação prática;
- Avaliação das suas competências e desempenho.

Cabe também ao TR o conhecimento, compreensão e as aptidões que sustentam a educação e treino. Assim, os programas educativos em Radiologia devem organizar-se de modo a que foquem aspectos como o conhecimento e compreensão de diversas disciplinas relacionadas com a Radiologia e o desenvolvimento das aptidões psicomotoras necessárias ao efectivo desempenho da profissão.

Fonte: extracto do Relatório do Grupo de Trabalho para a Implementação do Processo de Bolonha na área das Tecnologias da Saúde (2004)

Segundo a *Society of Radiographers and Radiological Technologists* (1995) as principais áreas de actuação dos TR dizem respeito ao seguinte: 1.- Cuidados com o paciente; 2.- Uso das Tecnologias de Imagem; 3.- Optimização da Dose; 4.- Responsabilização Clínica; 5.- Garantia de Qualidade; 6.- Organização e Gestão; 7.- Educação e Treino.

1.- Cuidados com o Paciente: Relativamente a esta área, o Técnico de Radiologia deve garantir o bem – estar durante os cuidados que presta ao paciente. Esse bem–estar depende da consideração que este profissional tem pelas características físicas e psicológicas apresentadas, bem como, as características sócio–culturais, uma vez que estas influenciam as necessidades dos pacientes. A segurança e o conforto devem ser igualmente considerados, sendo muitas vezes necessário que os Técnicos de Radiologia adaptem as metodologias de trabalho para que estes sejam satisfeitos. Sempre que o paciente solicite informações, o Técnico de Radiologia deve prestar-lhas de uma forma clara e correcta. Assim sendo, os pacientes devem ser informados relativamente a todos os procedimentos inerentes aos exames a que são sujeitos e no caso dele não concordar com algum parâmetro, poderá recusar a sua realização. Pelo contrário, se o paciente concordar com a realização do exame após a explicação do procedimento, pode-se afirmar que este o realiza de acordo com o consentimento informado. Durante a realização dos exames, é da competência do Técnico de Radiologia, a vigilância e a comunicação continua com o utente e com os seus acompanhantes.

2.- Uso de Tecnologias: Os Técnicos de Radiologia são especialistas na área do diagnóstico por imagens, utilizando para isso, tecnologias que emitem radiação ionizante e não ionizante. Assim sendo, estes profissionais devem zelar pela protecção do paciente.

3.- Protecção Radiológica e Optimização da Dose: Os Técnicos de Radiologia devem ser capacitados para interpretar e aplicar as normas, regras, regulamentações e recomendações relativas à aplicação de radiação ionizante nos utentes do serviço e restante equipa de trabalho. Esta prática depende da consciencialização que estes profissionais têm para os efeitos somáticos e genéticos que a radiação ionizante utilizada

no diagnóstico médico e na pesquisa apresenta, bem como da capacidade de explicar estes factores às pessoas que os requerem. Como tal, a partir de uma atitude correcta, de uma certa autoridade e de uma manutenção contínua do conhecimento, o Técnico de Radiologia pode ajudar no controlo do uso de radiação nos propósitos médicos, devendo estar sempre preparado para agir como um “Supervisor de Protecção Radiológica”.

- 4.- **Responsabilidade Clínica:** Os Técnicos de Radiologia devem ter conhecimentos e responsabilidade que permitam garantir à população de utentes todas as técnicas de diagnóstico por imagem com a devida qualidade, sendo assim responsável por todas as suas acções e pela manutenção da confidencialidade.
- 5.- **Gestão e Organização:** Dependendo dos níveis de organização exigidos, estes profissionais de saúde devem organizar o seu trabalho de uma forma eficiente, de acordo com os recursos disponíveis e políticas vigentes para cada área do seu trabalho.
- 6.- **Garantia de Qualidade:** Qualquer área de trabalho que esteja sob a responsabilidade dos Técnicos de Radiologia requer a prática de procedimentos que garantam uma qualidade nos serviços prestados. Para isso, em qualquer equipa que assegure uma determinada área deve existir um elemento responsável pelo desenvolvimento e monitorização dos planos de controlo de qualidade do departamento. Assim, caso estes sejam inexistentes no serviço, o Técnico de Radiologia deve implementar um programa que garanta esse controlo de qualidade.
- 7.- **Educação e Treino:** O Técnico de Radiologia deve efectuar actualizações de forma a manter os seus conhecimentos e a sua prática de acordo com as linhas evolutivas da profissão, devendo mesmo implementar procedimentos que, de acordo com pesquisas prévias, garantam melhores resultados para os utentes. O trabalho do Técnico de Radiologia em contexto clínico deve englobar a educação dos estudantes desta mesma área, uma vez que as qualificações, capacidades e funções permitem o seu aconselhamento, instrução e supervisão em circunstâncias apropriadas. Além dos estudantes, os Técnicos de Radiologia podem participar em acções de formação para outros profissionais e para o público em geral.

Apesar da relevância dos conteúdos da prática dos TR, estes ainda não possuem o monopólio total das modalidades de dominação (subordinação; limitação e a exclusão), na medida em que algumas das suas áreas de actuação dependem ainda em grande medida de outros profissionais, tais como os médicos e recentemente os físicos que têm vindo a conquistar cada vez mais espaços de decisão, de autoridade e de autonomia decisória sobre problemáticas diversas, entre as quais as do domínio da qualidade.

Perspectivam-se ainda tendências pouco animadoras para o futuro próximo dos TR, na medida em que a introdução de novos actores na disputa pela hierarquização dos saberes em ciências radiológicas, ainda que transversais ao processo de produção directa de cuidados de saúde, acabam por retirar, em última instância, a capacidade de decisão e autonomia sobre aspectos nucleares do *core* dos seus espaços de acção.

1.2. PERSPECTIVAS ANALÍTICAS SOBRE O QUOTIDIANO DE TRABALHO

1.2.1. O “Eu” e o “Outro” no quotidiano das Organizações: uma abordagem do microcosmo

A sociedade humana é uma sociedade de organizações. Parafraseando Etzioni (1989), as organizações surgem e formam-se para dar resposta a uma "necessidade social". Porém, salienta ainda o autor que nascemos em organizações, somos educados por organizações e quase todos passam a vida a trabalhar nas e para organizações. Efectivamente, a noção de organização apresenta dois pólos de interpretação. Tal como argumenta Bilhim (1996), por um lado, as organizações “designam unidades e entidades sociais, conjuntos práticos, como, por exemplo, as fábricas, os bancos, a administração pública. Por outro, o mesmo termo designa certas condutas sociais, certos processos sociais: o acto de organizar tais actividades, a disposição dos meios relativamente aos fins, a integração dos diversos membros numa unidade coerente” (Bilhim, 1996: 21). Assim sendo, numa primeira aproximação parece-nos que “a organização é uma entidade social conscientemente coordenada, gozando de fronteiras relativamente bem delimitadas, que funciona numa base relativamente contínua” (Bilhim, 1996: 21). Na verdade, longe de poder ser interpretada de forma linear, a noção de organização não designa apenas um objecto social particular, mas comporta uma visão mais ampla que entrosa com o processo de construção de uma certa ordem social local relacionada com a própria acção colectiva do homem (Friedberg, 1995).

Parafraseando Strati (2000), “do ponto de vista da análise social, o conceito de organização assenta cada vez mais na descrição, interpretação e explicação da *dinâmica inter-organizacional e intra-organizacional* e na descodificação do carácter de continuidade do *processo* que lhes subjaz, em termos do estudo das organizações como verdadeiros *contextos sociais*” (cf. Silva, 2004: 8).

Na linha do pensamento de Silva (2002), existem múltiplas conceptualizações e possibilidades de análise organizacional, razão pela qual “a escolha de um modelo e de um certo ângulo de leitura constitui claramente um desafio (...). No caso concreto das organizações de serviços de saúde, é fácil dizer que podemos estudar a relação entre os seus profissionais e o sistema organizacional através da teoria

institucional, ou das teorias ecológicas das organizações, da teoria da troca, das perspectivas do modelos de contingência, de efectividade, da teoria da agência, da abordagem segundo os modelos económicos de comportamento, das perspectivas dos modelos de transacção, e ainda das abordagem segundo o modelo do poder profissional” (Silva, 2002: 13-14).

Assim sendo, a escolha de determinada perspectiva de leitura organizacional depende das lentes específicas que usamos e/ou privilegiamos no estudo das organizações.

No caso do estudo do quotidiano, e em particular o quotidiano nas organizações, os trabalhos de Goffman, nomeadamente a sua obra – *The Presentation of Self in Everyday Life* –, marca um lugar privilegiado de passagem para a compreensão das interacções sociais, nomeadamente no que se refere às estratégias de adaptação e de readaptação dos actores às normas vigentes. Para o autor, a construção do quotidiano faz-se a partir da reinterpretção das rotinas, costumes, regras normativas e morais.

Porém, ao explorar “os caminhos de encruzilhada entre a rotina e a ruptura, nos quais se revela a construção do social através das rotas do quotidiano. O trilhar sociológico das rotas do quotidiano não obedece a uma lógica de “demonstração” mas antes a uma lógica de “ descoberta” na qual a realidade social se insinua, conjectura e indicia, através de uma percepção descontínua e saltitada de um olhar que a sociologia do quotidiano exercita no seu vadiar sociológico” (Pais 2002: 33). Por outras palavras, através da descoberta dos caminhos do quotidiano vai-se revelando uma rotina e uma monotonia que indicam uma ausência de rupturas, contudo é nesse dia-a-dia que os aspectos mais simplistas das vivências comuns que elas se desencadeiam e que fazem com que as coisas não aconteçam sempre da mesma maneira (J. Nunes, 1993; Pais, 2002; A. Rodrigues, 1993).

Para Goffman as interacções sociais no quotidiano não são mais do que produtos de representações bem construídas e intimamente relacionadas com o "Eu". Segundo o autor todos os indivíduos constituem personagens na cena social. Ou seja, na vida social do indivíduo no dia a dia, o papel que o indivíduo desempenha reporta-se aos papéis representados pelos outros.

Assim sendo, à semelhança do teatro, cada actor possui um dado "script" que orienta os seus papéis, em conformidade com dada situação, sendo tacitamente aceites por ambas as partes envolvidas. Porém, segundo Goffman, o "Eu" e o "papel" constituem realidades distintas. Para o autor, o "papel" é apenas um conjunto de

regras a partir das quais se regulam os comportamentos específicos de cada um dos protagonistas, uns em relação aos outros. Quanto ao "Eu", este pode assumir diversas formas, em consonância com a identificação ou recusa do "papel" que lhe é atribuído. Por outras palavras, o conhecimento do indivíduo faz-se através da informação adquirida (pelo outro) ou através do seu comportamento e aparência. No entanto, estas fontes de informação poderão ser ou não reais, na medida em que o indivíduo pode transmitir falsas informações através daquilo a que Goffman chama de fraude e de dissimulação. Ganha assim sentido que na gramática de representações de Goffman, as interacções sociais resultam de padronizações reguladas normativamente e que permitem aos outros entender as acções de um indivíduo. As "reais ou verdadeiras" atitudes, crenças e emoções do indivíduo só são apreciadas indirectamente, isto é, através das suas confidências ou através do seu comportamento involuntário (Pais, 2002; Silva, 1999, 2005a).

Neste sentido, a interacção frente a frente resulta, de certo modo, de uma influência recíproca dos indivíduos sobre as acções uns dos outros numa situação de presença física imediata. O "Eu" é, assim, entendido por Goffman como um produto colectivo que, por um lado, legitima os papéis sociais do indivíduo que sai do anonimato, e, por outro lado, sanciona o enquadramento dos seus papéis numa dada situação. A acrescentar a estas perspectivas, surge um outro de igual interesse, o de Máscara em que o autor considera que é o "nosso eu mais verdadeiro", aquilo que gostaríamos de ser, este é a concepção que fazemos para nós e o papel que fizemos por nós (Silva, 1999, 2005a; A. Rodrigues, 1993).

Face ao exposto, o desempenho de um indivíduo não pode ser entendido linearmente como uma ilusão, antes porém deve ser caracterizado como "qualquer actividade de um indivíduo que se verifique durante um período marcado pela sua presença contínua perante um conjunto determinado de observadores e com alguma influência sobre estes" (Goffman, 1993: 34).

Ao definir o desempenho como toda a acção que um indivíduo desenvolve num determinado período de tempo, o mesmo indivíduo pode não acreditar na sua acção, no seu papel, nem na sua convenção. Pelo contrário, o indivíduo ao acreditar no seu desempenho, está consciencializado da sua função e que acredita fielmente que a "impressão que ele cria" é de facto verdadeira. Está-se perante dois tipos de actores: o sincero e o cínico.

Existe, assim, uma parte deste desempenho que se destina aos que observam, existindo pois, uma componente que permite definir a situação para os elementos

que integram o momento da acção e o observam. Ou seja, sendo verdade a necessidade de salvaguardar um desempenho inteligível e contextualizado, toda a actuação dramática de um indivíduo é mobilizada no sentido de se tornar significativa para os outros, sob pena de não alcançar aquilo que pretende transmitir.

Para Goffman (1993), todo o desempenho de um indivíduo enfatiza certos aspectos comportamentais e dissimula outros. Essa componente é designada de “fachada” e é, portanto, uma ferramenta expressiva que pode ou não ser utilizada intencionalmente e que possui elementos constantes, cuja aplicação é determinada previamente, de acordo com os contextos experimentados. Na verdade, pode dizer-se que a fachada constitui os alicerces para a construção do palco onde a acção se vai desenrolar e está mais relacionada com o indivíduo/actor. Existem, por isso, adereços fixos para um determinado tempo, que se podem incluir nessa fachada, tais como, vestuário, sexo, idade, características raciais, atitude, expressões, entre outras.

Porém, não é menos verdade que, tal como Goffman nota, a dramatização pode constituir igualmente um problema, nomeadamente nos ambientes de trabalho. O exemplo das enfermeiras ilustra bem esta questão. Nem todos os doentes internados entendem a razão de uma enfermeira "demorar mais tempo junto a uma cama vizinha do que junto à sua" (Goffman, 1993: 45). Nestas circunstâncias, há que encontrar outros atributos de comunicação que permitam conferir uma maior visibilidade da competência profissional das enfermeiras para satisfazer a audiência de doentes internados.

Paralelamente à fachada existe o “quadro”, assim designado por Goffman (1993), que corresponde aos elementos do cenário que permanecem geograficamente, na mesma posição. Assim sendo, o indivíduo deve transportar este quadro com ele sempre que necessitar de “representar”. Só nos cortejos fúnebres, nas procissões e nas manifestações é que esse quadro o acompanha. Esse quadro permite uma distinção entre os indivíduos mais ilustres e os mais vulgares, isto é, exemplificando permite a distinção entre o presidente da república e um simples camponês.

Resumidamente, a designação de “quadro” aplica-se aos elementos “cénicos do equipamento expressivo e poderemos tomar o termo de ‘fachada pessoal’ para designarmos os outros aspectos desse equipamento – os aspectos que identificamos mais de perto com o próprio actor e que esperamos que o acompanhem onde quer que ele se encontre” (Goffman, 1993: 36), sendo eles a profissão, o vestuário, o sexo, a idade, as características sociais, a maneira de falar, os movimentos do corpo, entre outros (Silva, 1999, 2005a; J. Nunes, 1993; Pais, 2002; A. Rodrigues, 1993).

Relativamente às características do indivíduo incluídas na “fachada” que referi anteriormente, são transmissores que são relativamente fixos (características étnicas, por exemplo) ao longo do tempo, portanto não variam nos determinados contextos de representação. Quanto às expressões corporais, estas já são modificadas de acordo com o contexto vivido. Devido a este facto, as componentes da “fachada” são divididas em “aparência” e em “modo” ou “maneiras”.

Na linguagem goffmaniana, a “aparência” é utilizada para os estímulos que permitem, aos elementos que observam, determinar, por exemplo, o estatuto social do actor que está a comunicar. Enquanto que o “modo” transmite o que o actor tem em mente para representar, ou seja, destina-se a informar o papel do desempenho que o indivíduo irá tomar na seguinte situação. Assim sendo, os modos e aparência, em determinados momentos podem complementarem-se e noutros podem contradizerem-se, de acordo com as perspectivas que o actor tem para o contexto em que está integrado. Sendo verdade, a informação veiculada pela fachada é por vezes abstracta e generalizada, isto devido ao facto de uma fachada poder ter um grande número de acções diferentes. Sendo assim esta institucionaliza-se, dando lugar a uma “representação colectiva e numa realidade por direito próprio” (Goffman, 1993:40), ou seja, apesar de diferentes papéis utilizarem a mesma fachada, uma determinada fachada social apresenta uma institucionalização de certas expectativas estereotipadas que permitem uma certa estabilidade, transformando-se assim numa “representação colectiva”.

No caso do quotidiano num hospital, o sinal de competência pode ser demonstrado através de uma representação de ocupação, ou seja, o profissional de saúde pode mostrar um ar de muito atarefado como sinal de competência. No fundo, a representação no trabalho permite, de certa forma, tornar a componente invisível deste em algo visível. Assim, “o locutor terá por vezes de construir o seu script com uma atenção escrupulosa, verificando frase atrás de frase, de modo a conseguir o efeito que sugira o conteúdo, o vocabulário, o ritmo e a fluência de linguagem de todos os dias” (Goffman, 1993: 46) que tão bem caracterizam o papel que representam (Silva, 1999, 2005a).

Sendo o problema das fachadas de selecção uma questão crucial na vida quotidiana, é de esperar que o indivíduo seleccione a fachada que mais lhe convém de todas aquelas que se lhe apresentaram como possíveis, actualmente estas fachadas são escolhidas em termos de graus de importância. Assim sendo, é de questionar se

as fachadas da tese goffmaniana não serão os papéis que nós todos desempenhamos na realidade social onde actuamos (J. Nunes, 1993; Pais, 2002; A. Rodrigues, 1993).

Recorrendo a título exemplificativo da realidade hospitalar, facilmente se apercebe que “a diferença entre a fachada de uma enfermeira e a fachada de um médico é grande; muitas das coisas que são aceitáveis em relação às enfermeiras seriam consideradas *infra dignitatem* em relação aos médicos” (Goffman, 1993:41).

Em suma, na lógica goffmaniana o centro do jogo, mais concretamente a formulação das acções parece depender sobretudo do equilíbrio do desempenho através de uma integração cooperativa entre os protagonistas.

1.2.2. Relações estratégicas e culturalistas: a face oculta da regulação e da negociação das práticas em equipa nas organizações e trabalho

Nas últimas décadas, o trabalho em equipa tem vindo a ser proposto como algo que permite aumentar a eficácia global das organizações, bem como o nível de satisfação dos indivíduos que o compõem, que se materializa, segundo Kovács (1994), através da mobilidade e da adaptabilidade conseguidas pela interligação e integração de operações, de postos de trabalho, de funções, de unidades funcionais, do saber-fazer empírico e do saber teórico. A cooperação nas relações de trabalho, participação nas tomadas de decisões e formação contínua dos elementos que constituem as equipas de trabalho também são factores que condicionam essa eficácia e a satisfação (Silva, 1997; Walby e Greenwell, 1994; Yeatts e Hyten, 1998).

Em contextos de trabalho, o desempenho “produtivista” de um actor está mais ligado à tarefa do que propriamente às características pessoais que o definem, uma vez que durante o desenvolvimento desta existe uma necessidade de a executar adequadamente para dar uma imagem da organização favorável. Contudo, como já referi anteriormente, em determinadas situações, o desempenho de um actor não se desenvolve isoladamente; articula-se com as colaborações dos outros actores que o rodeiam de forma a responderem às expectativas da audiência que assiste à representação desse desempenho. Aliás, o termo “equipa de desempenhos” ou de “representação” é atribuído a um conjunto de indivíduos que colaboram na encenação de uma determinada prática (Goffman, 1993).

A equipa de trabalho pode ser, assim caracterizada, como uma configuração específica de um grupo de indivíduos com funções diferenciadas, pelas quais são

responsáveis, que se vêem e são percebidos pelos outros como uma entidade social que se constitui como um sistema com fronteiras definidas, de onde se destaca um “condutor à cabeça” que representa a equipa e a direcciona segundo um sistema de acção e práticas comuns tendo em vista a concretização dos objectivos. Na verdade, os membros de uma equipa actuam de acordo com regras, rituais, códigos de linguagem, comportamentos semelhantes, que lhes conferem uma sistematização das tarefas e que exigem uma interdependência entre os membros (Devillard, 2001).

Na verdade, os objectivos comuns formais são fundamentais para uma equipa, uma vez que permitem que esta trabalhe de uma forma integrada, sem a qual não é possível alcançar a coesão dos membros que a compõem. Morgan (1986) e Chambel *et al.* (1998) argumentam que os objectivos formais permitem a formação de uma “ideologia” que proporciona uma moldagem das práticas organizacionais evitando o conflito. Por outro lado, segundo as teses das correntes humanistas e optimista dos recursos humanos, entre as quais, as de Maslow, o envolvimento dos membros na equipa só é conseguido, por motivações de segurança, instrumentais, relacionais e de autonomia que lhes permitem a satisfação das necessidades de pertença e de auto-realização. A pertença social é perspectivada como uma aspiração de todos os seres humanos, conferindo-lhes reconhecimento e constituindo-lhes mais um elemento da sua identidade, além de que estas necessidades são atingidas com uma maior eficiência quando existe um envolvimento grupal quer pelas oportunidades de cooperação que se despertam, quer pelas oportunidades de especialização e de protecção. Assim sendo, quanto mais integrados se encontram os indivíduos, mais estes sentem que a equipa contribui significativamente para a sua identidade (Wilson, 1993; Devillard, 2001).

Em síntese, numa primeira aproximação ao funcionamento de uma equipa de trabalho, segundo Devillard (2001) e Goffman (1993), ela depende claramente do nível do empenhamento dos respectivos membros na focalização do objectivo traçado, considerando o outro para poder cooperar com ele, aceitando o seu poder mas sem esquecer a sua autonomia.

Segundo Santos (2002), a colaboração na encenação prestada pelo conjunto dos indivíduos pode ser efectuada de duas formas. Uma das formas é atribuída ao desempenho representado por um ou mais actores. A outra forma esta relacionada com o indivíduo que desempenha um duplo papel, o de actor e o de audiência simultaneamente. Este facto acontece quando o actor representa uma realidade que procura transmitir como a única verdadeira. No entanto, para conseguir essa

prestação traz a lume modelos que desenvolve e demonstra de acordo com determinadas referências inerentes a um grupo já definido. O indivíduo/actor adopta estes comportamentos, não porque concorda com eles mas porque imagina uma audiência invisível que poderá puni-lo se não manifestar esse comportamento.

Porém, não é só um indivíduo que pode actuar para uma audiência imaginária, uma equipa também o pode fazer. Tal como ilustra Goffman, numa referência às práticas de um hospital psiquiátrico, “os pacientes que morrem sem que a família os reclame para se ocupar deles, beneficiam de um enterro relativamente cuidado, organizado pelo hospital (...) os funcionários desempenham os papéis (...) encenam uma demonstração de respeito pelo defunto, na ausência de quaisquer outros espectadores” (Goffman, 1993: 102).

É ainda de relevar que, nas teses da gestão, perspectiva-se que trabalhar em conjunto exige a partilha de valores ligados à cooperação, de forma a garantir que os interesses pessoais não se sobreponham aos interesses da equipa, o que poderia desencadear uma concorrência interna que levaria a penalizações para o desenvolvimento do trabalho previsto, bem como dificuldades na implementação de políticas de inovação (Devillard 2001). Subjaz nesta perspectiva que a qualidade da equipa de trabalho depende das atitudes de cada um (atração pela equipa, aceitação da interdependência e interesses pelo objectivo) e da distribuição dos papéis operatórios (organização, estímulo) e operacionais (inerentes a cada profissional).

Porém, Santos (2004) argumenta que o trabalho em equipa nem sempre flui com naturalidade, na medida em que podem existir obstáculos de duas ordens, uma de cariz funcional e outra de cariz sócio-emocional. Segundo o autor, os obstáculos de ordem funcional resultam da não definição clara de objectivos, bem como da falta de organização na distribuição de tarefas e de responsabilidade o que poderá criar uma confusão de papéis por parte dos actores envolvidos. Acresce-se ainda os aspectos ergonómico-funcionais (condições ambientes, poluição, etc.) e temporais (horários, prazos, etc.) dos serviços onde se desenvolvem as acções que podem não ser os necessários e os mais adequados ao bom desempenho de tarefas. No que diz respeito aos obstáculos de ordem sócio – emocional, contribuem para a sua génese os diferentes objectivos de cada membro do grupo, as diferenças de motivação (algo que provoca, num indivíduo, vontade de fazer por antecipação de uma satisfação), a falta de saberes teórico-práticos que permitem uma melhor integração de um indivíduo numa equipa e, ainda as dificuldades de comunicação e de resolução de problemas (Santos, 2002).

Apesar de existirem correntes gestionárias sobre a gestão das equipas que argumentam que a diversidade dos conteúdos de trabalho em equipa possam gerar mais soluções com qualidade para os problemas que surgem no quotidiano da organização, Jackson (1991). Williams e O' Reilly (1998) argumentam que a diversidade, se não for devidamente cautelada, pode não ser benéfica para o funcionamento da equipa, antes porém, os altos níveis de diversidade podem conduzir à génese de altos níveis de insatisfação no seio dos membros das equipas (cf. Schippers *et al.*, 2003).

Assim sendo, numa perspectiva optimista, pode-se dizer que para uma equipa poder funcionar em pleno torna-se necessário criar meios e etapas facilitadoras: (1) comunicar com eficiência; (2) resolver conflitos; (3) resolver problemas; (4) produzir decisões. Por outro lado, segundo Moskal (1997), para proporcionar um funcionamento adequado das equipas de trabalho, é necessário conhecer as características pessoais de cada indivíduo e, além disso, aplicar esse conhecimento na interacção relacional que se estabelece. Sugere assim o autor que na construção das equipas de trabalho, deveria começar-se com a aquisição de conhecimentos relativos aos indivíduos “sobre estilos”, em que cada indivíduo responde a determinadas questões, de maneira a identificar os estilos de liderança de cada um. Através deste exercício, os membros do grupo ganham um conhecimento sobre como são percebidos pelos outros e começam a perceber como, quando combinado, os seus estilos de liderança podem levar ao desenvolvimento de objectivos partilhados, visão e missão (Schippers *et al.*, 2003).

Porém, no campo da saúde, o desenvolvimento do trabalho em equipa não é linear. Noémia Lopes (1994) e Carlos da Silva (2004) argumentam nos seus trabalhos sobre a enfermagem que existe implícito nas relações de trabalho deste grupo profissional um certo jogo cooperativo que resulta essencialmente de trocas e negociações que, por sua vez, assentam no desejo de autonomia e de controlo que interferem no modelo formal de regras e acordos, criando uma malha informal paralela que não está definido explicitamente, baseado nas interacções entre os membros da organização hospitalar.

Igualmente, Graça Carapinheiro (1992) sugere como princípio da divisão do trabalho em contexto hospitalar, a presença de uma clara oposição entre o comando e a execução nas relações profissionais, situação que permite retirar como ilação, a predominância que predomina nas redes de interacção do quotidiano de trabalho dos

profissionais de saúde, relações de dominação/subordinação no lugar das relações de cooperação.

De relevar ainda que Strauss (1992) afirma que a divisão do trabalho em contexto hospitalar é um processo complexo, na medida em que para além das particularidades subjacentes às relações interpessoais, existem as motivações, os objectivos de cada profissional, muitas vezes limitados por questões temporais, facto que conduz à necessidade de todos cooperarem uns com os outros para que os propósitos de cada um se possam alcançar. É nesta ordem de ideias que Strauss sugere que os acordos nas relações profissionais são estabelecidos em função dos objectivos que cada um traça para si, o que os torna temporais, isto é, o que é válido hoje, amanhã pode não ser, porque podem ocorrer alterações nas perspectivas traçadas, ou porque surgem alterações nas equipas de trabalho ou até mesmo, porque se introduzem novos equipamentos nos serviços. São imensos os contextos que podem proporcionar a génese de novas negociações para se restabelecer o equilíbrio e a ordem organizacional. Em síntese, para o mesmo autor, a reconstrução da ordem social está relacionada, de uma forma complexa, com os processos do quotidiano de trabalho inerentes à negociação e a uma evolução dita periódica.

Num estudo realizado por Silva (1996) sobre os perfis culturais em três unidades prestadores de cuidados de saúde primários da Região Alentejo – Portugal, o autor subscreve a perspectiva plural da cultura, argumentando que existem diferentes padrões de percepção que interferem na esfera de trabalho (controlo-poder, autoridade dos gestores, estrutura do trabalho em equipa, autonomia profissional, valores do trabalho, etc.) entre os enfermeiros, os médicos e os outros profissionais dos cuidados de saúde primários. Além disso, sugerem ainda, por um lado, que na rotina do trabalho do centro de saúde é possível existir um conflito e uma negociação das normas e da identidade entre os profissionais, e por outro lado, que a categoria profissional e a identidade profissional podem exercer uma influência significativa nas atitudes e nas representações quotidianas sobre a esfera do trabalho, constringindo, em última instância, o desempenho do trabalho em equipa.

Face ao exposto, parece que veicula no quotidiano do campo do trabalho em equipa dois pontos de vista de acção ou melhor de regulação das relações sociais em contexto de trabalho, sendo uma de natureza utilitarista *versus* a outra culturalista.

A perspectiva utilitarista entende o sistema social como um conflito de interesses entre os diferentes actores e um jogo de estratégias (Donnadieu e Layole, 1995; Silva, 2005b). Os actores são supostamente inteligentes e capacitados de

cálculo, apesar de dotarem uma racionalidade limitada, isto é, são dotados de interesses e capacidades de antecipação e em todas as relações sociais (como por exemplo o trabalho) ou situações, e que procuram maximizar as suas posições para o controlo das zonas de incerteza. Em suma, os actores sociais são racionais e calculistas cujas estratégias (conflitos e coacções) visam unicamente aumentar a sua zona de autonomia e/ou reduzir a sua insegurança (a sombra transportadora do poder dos adversários). Em ambos os casos o resultado é idêntico, ou seja, aumentar a sua área de influência. Porém, é ainda de notar que tal realidade comporta um largo espectro de possíveis consequências, que ultrapassa o mero compromisso do aceitável. Um actor não trabalha por “amor à organização”, nem por fidelidade ao líder, ainda que este seja carismático. Em troca da subordinação, argumentam Crozier e Friedberg (1977), Silva (2005b), ele, o actor, assume um compromisso onde procura unicamente defender os seus próprios interesses, sejam eles imediatos (por exemplo o salário) ou a longo prazo ou ambos (garantia de emprego e evolução na carreira).

Por sua vez, a tese culturalista centra a sua análise na existência de uma dimensão específica – a cultura – dotada de uma autonomia e eficácia própria e que transcende o puro utilitarismo (Donnadieu e Layole, 1995) do trabalho em equipa. Com Sainsaulieu, por exemplo, situamo-nos ao nível da criação de um sentimento de identidade e dependência. Efectivamente, Denis Segrestin e R. Sainsaulieu recusam o imperialismo do modelo de explicação utilitarista. Este último, insistindo sobre os jogos de actores, as estratégias internas, os conflitos e negociações, privilegia a organização enquanto centro de produção de uma identidade (Silva, 2005b).

Para os autores, a organização não se reduz a um palco onde os actores actuam, mas antes a um lugar com uma propensão específica à criação de valores, de modelos e representações que partilhados por todos os membros levam a que a organização funcione com mais confiança. A abordagem culturalista substitui, assim, a visão individualista “do cada um por si” própria do utilitarismo, por uma visão holística “de l’entreprise à plusieurs”, fazendo uso da expressão de Sainsaulieu. Contudo, o autor em causa não perspectiva uma tese puramente idílica das organizações como comunidades homogéneas onde os conflitos e oposições sejam elementos raros. Mais do que um objecto de adesão incondicional, a cultura organizacional é uma fonte de potenciais conflitos. Isto porque pode não haver só uma, mas várias culturas organizacionais numa mesma organização, importadas

pelos diferentes actores, alvos de diferentes socializações (Donnadieu e Layole, 1995).

Assim sendo, o conflito inerente à diversidade de valores pode ser veículo de confrontos entre os actores. É caso para dizer que a cultura fica, assim de certo, subdeterminada e de difícil mapeamento holístico. Entre as duas perspectivas, utilitarista e culturalista, a oposição é, portanto, visível. Efectivamente, na perspectiva utilitarista, o ajustamento dos interesses dos actores não explica a lealdade nem a adesão à organização, pois esta aparece mesmo, por vezes, em detrimento dos interesses objectivos dos respectivos actores. Existe uma outra limitação, para além desta justificativa racional, à maximização unilateral do benefício individual. Em suma, se o utilitarismo se reduz à maximização da leitura das lutas de interesse e estratégias de aliança, não pode ter teoricamente total sustentação explicativa da realidade organizacional, já que exclui na sua tese os aspectos culturais que também limitam a acção individual e colectiva (Silva, 2005b).

O esquema de análise estratégica do microcosmo do mundo do trabalho de Crozier e Friedberg, assim como as teses culturalistas de R. Sainsaulieu parecem poder serem integrados na análise da vida quotidiana proposta por Goffman. Por exemplo, ao admitirmos que os indivíduos que actuam numa dada organização, difiram uns dos outros pela maneira como repartem o domínio da incerteza e a posse de informação, vem igualmente colocar em evidência que a divisão do trabalho nas práticas em equipa não é um jogo de soma nula, mas é essencialmente um produto de representação, moldada por uma "decoração de fachada", dita no sentido goffmaniano, estrategicamente delineada pelos interesses e orientações culturalistas que cada membro da equipa privilegia a fim de conservarem a aparência de coesão, sem a qual não é possível alcançarem o sucesso no desempenho organizacional.

Para Goffman (1993), tal como para Crozier e Friedberg (1977) e Sansaulieu (2001), toda a acção social é organizada no quadro de um sistema de recursos mobilizáveis pelos actores. Apesar do actor ser um produtor de regras, dito no sentido de Reynaud (1997), sob duas formas essenciais: a) **regulação social autónoma**, manifestação espontânea da disposição dos ajustamentos entre actores, dentro do sistema social; b) **regulação social de controlo**, acção deliberada e consciente dos dirigentes sobre o mesmo sistema social; as regras não são um dado natural, nem são estáveis, antes porém, são uma construção social e um produto cultural, um fruto das lógicas de poder e de uma racionalidade não puramente

instrumental, nem sempre fácil de apreender numa primeira aproximação (Silva, 2004, 2005b).

Por outras palavras, “a percepção dos indivíduos em relação ao trabalho não radica somente na dimensão técnica, mas passa igualmente pela dimensão afectiva, dos desejos e sentimentos, derivada do quadro das representações que os próprios indivíduos constroem sobre a organização” (Silva, 2004: 103). Ou seja, a integração dos actores na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização varia em função de uma aprendizagem cultural que se constrói no quadro das relações hierárquicas, responsável pela génese de diversidade de modelos culturais, de acções estratégicas, de formas de comunicação, negociação e conflito intra-organizacional (Sainsaulieu, 1987; 2001).

Entende-se, assim, que a realidade social no ambiente de trabalho é essencialmente um produto derivado da apreciação dos indivíduos e dos grupos, onde cada um procura não só uma representação idealizado do “Eu”, mas também uma vantagem na definição da negociação da sua situação com o “outro”.

Face ao exposto, será que o desempenho dos actores (TR/monitores) na vida quotidiana dos serviços de radiologia como campos de estágio, em geral, e em contextos de trabalho em equipa, em particular, não é mais do que um jogo especificamente interactivo, onde as regras, o material, os jogadores (técnicos, monitores e alunos), as jogadas, as negociações e sobretudo a construção e a manutenção de uma certa “fachada social” nos referidos serviços se impõem a todos aqueles que participam directa ou indirectamente nas esferas de monitorização dos estágios dos cursos de radiologia?

Para dar resposta a esta questão e compreender os dilemas de acção no quotidiano dos campos de estágio, importa analisar em primeiro lugar as lógicas de ensino/formação dos técnicos de radiologia, tema que vamos tratar no ponto seguinte.

1.3. FORMAÇÃO INICIAL E ESTÁGIO CURRICULAR: UMA PRÁTICA ORIENTADA PARA OS “ALUNOS”

1.3.1. Formação Inicial e Complementar dos Técnicos de Radiologia

As linhas conceptuais, metodológicas e operacionais dum curso superior de Radiologia, quer sejam no universo da oferta do ensino superior público, quer sejam do ensino privado e do sector cooperativo português, encontram-se sustentadas pelos enquadramentos legais e jurídicos.

Enquadrado nos pressupostos previstos na Lei de Bases do Sistema Educativo e nas orientações legais do ensino superior na área da Saúde, o plano de estudos publicado na portaria n.º 1128/2000 de 28 de Novembro, regulamenta o Curso Superior de Radiologia no sentido de ser desenvolvido em dois ciclos. O 1º ciclo tem a duração de 3 anos e confere o grau académico de Bacharel em Radiologia. Por sua vez, o 2º ciclo tem a duração de um ano e confere o grau académico de Licenciado em Radiologia. Trata-se, assim, de uma licenciatura bietápica, que segundo as recomendações do grupo de trabalho para a implementação do processo de Bolonha na área das Tecnologias da Saúde, perspectiva-se que a curto prazo uma evolução para uma licenciatura de ciclo único com a duração de 4 anos.

Debruçando-me, agora, com mais algum pormenor na estrutura formal do plano de estudos, verifico que o curso superior de Radiologia da ESR comporta um conjunto de unidades curriculares (UC) que estão integradas nas áreas científicas que constituem os núcleos científico/pedagógicos de Ciências Humanas e Sociais, Ciências Naturais e Exactas, Ciências da Saúde e Ciências e Tecnologias das Radiações e Biossinais da Saúde que se encontram distribuídas ao longo dos quatro anos de duração do curso. Neste sentido, passo a descrever a Formação Inicial dos Técnicos de Radiologia especificando as UC para cada ano.

1º ANO:

O primeiro ano do curso de Radiologia é composto por 14 UC repartidas pelos dois semestres, ou seja, 7 UC num semestre e outras 7 no outro semestre, sendo maioritariamente de carácter teórico-prático. Acrescento ainda que são disciplinas que tocam várias áreas científicas, tais como Ciências da Saúde, Ciências Sociais

Humanas, Ciências Naturais e Exactas e Tecnologias, apresentando por isso um traço generalista. As UC ministradas no primeiro semestre são a Anatomio-Fisiologia I, Epidemiologia, Introdução à Psicologia, Biologia Humana, Física Aplicada, Métodos de Tratamento de Dados e Informação I e Seminários de Integração Profissional. Esta última UC permite ao aluno uma melhor integração nos ambientes hospitalares, dado que contempla visitas às instituições hospitalares. Além disso, permite que este contacte com todos os serviços que estejam ligados às Tecnologias da Saúde aproximando-se assim, de outras realidades inerentes aos TDT.

O Segundo semestre contempla as UC de Anatomio-Fisiologia II, Patologia I, Cuidados de Saúde, Bioquímica, Física Atómica e Nuclear, Métodos de Tratamento de Dados e Informação II e Sociologia das Organizações. Destas UC apresentadas, somente as UC de Métodos de Tratamento de Dados e Informação e Cuidados de Saúde é que contemplam aulas práticas.

2º ANO:

O segundo ano possui UC que visam a aquisição de conhecimentos mais direccionados para a área das Tecnologias propriamente dita ao contrário do primeiro ano, apesar de possuir UC distribuídas pelas mesmas áreas. Este ano curricular apresenta igualmente 14 UC, 7 no 1º semestre e 7 no 2º semestre.

No 1º semestre são leccionadas a Patologia II, Farmacologia e Terapêutica Geral, Anatomia Radiológica I, Sociologia das Profissões, Física das Radiações, Processamento Radiográfico e Métodos e Técnicas em Radiologia I. Destas disciplinas apenas as duas últimas contemplam aulas práticas semanalmente.

Em relação ao 2º semestre, as UC leccionadas são Patologia III, Anatomia Radiológica II, Psicologia Social, Ultrassonografia I, Métodos e Técnicas em Radiologia II, Protecção e Segurança Radiológica e Prática Clínica. Estas últimas UC mencionadas contemplam aulas práticas, salientando-se a de Prática Clínica por se desenvolver em contexto hospitalar, de maneira a que o aluno se integre neste ambiente, sob a supervisão do docente. Assim sendo, esta UC funciona como um pré-estágio, já que confere ao aluno uma experiência nos seus futuros palcos de acção.

3º ANO:

O 3º ano do curso RD é constituído por 6 UC da área científica de Radiologia: Estágio de Aprendizagem (EA) I e II, Projecto I e II, Seminários e Radiologia de Intervenção.

Relativamente às UC de Projecto I e II, desenvolvem-se ao longo do primeiro e segundo semestre respectivamente, sendo de salientar que estas possuem uma carga horária de 3 horas semanais, o que corresponde a uma carga horária total de 45 horas lectivas teórico-práticas em cada um dos semestres. Esta UC tem por finalidade proporcionar ao aluno uma aprendizagem dinâmica e pluridimensional que lhe permita resolver os problemas do quotidiano de trabalho, mobilizando conhecimentos de outras áreas de saberes, concretizadas em algumas das UC que existem no curso, tendo em vista a elaboração de projectos cuja aplicação deve visar adequadamente as actividades profissionais.

Quanto à UC de Seminários, esta desenvolve-se ao longo de 45 horas distribuídas pelo 1º semestre, proporcionando conhecimentos de natureza maioritariamente teórica que conferem maior facilidade aos alunos para uma correcta correlação entre estes dados teóricos e a natureza prática dos módulos que compõem a UC EAI e EAI.

A UC de Radiologia de Intervenção possui igualmente uma carga horária de 45 horas distribuídas ao longo do 1º Semestre sob a forma de aulas teórico-práticas e visa a aquisição de conhecimentos na área da intervenção, nomeadamente procedimentos que são inerentes a técnicas invasivas vasculares e às técnicas invasivas não vasculares.

As UC Estágio de Aprendizagem I e II (EAI e EAI), integram o plano de estudos do Curso Superior de Radiologia e desenvolvem-se ao longo do 3º ano, possibilitando ao aluno o desenvolvimento da prática clínica como veremos mais adiante. No 1º semestre estão previstas 220 horas e no 2º semestre 450 horas.

Importa salientar que existem hospitais que não possuem todas as valências radiológicas, como tal, os alunos têm necessidade de se deslocarem a outras instituições a fim de poderem experienciar e cumprir os módulos previstos nas UC EAI e EAI.

Apesar de nos hospitais existirem grupos de 2 a 6 alunos, estes geralmente não estão em conjunto a praticar na mesma sala, ou seja, rodam pelas diferentes valências separadamente em grupos de 2 para que não se sobreponham, oferecendo-

lhes uma maior possibilidade de desenvolverem a sua capacidade psico-motora no atendimento ao utente e, é claro, nos procedimentos práticos inerentes à execução dos exames, bem como à satisfação de todos os outros objectivos traçados e demonstrados no programa de estágio, como se poderá verificar igualmente nos próximos capítulos.

4º ANO:

O 4º ano do curso de RD corresponde ao 2º ciclo do curso bietápico da licenciatura, tal como já foi anteriormente referido, em dois semestres cujo número de UC em cada um deles é de sete. As aulas decorrem normalmente a partir das 15 horas, uma vez que a maioria dos indivíduos que o frequenta, já se encontram a trabalhar nas instituições de saúde.

As U.C. leccionadas pela área científica de Radiologia são a Investigação Aplicada em Radiologia I e II, a Qualidade e Protecção Radiológica, a Ressonância Magnética e Ultrassonografia, Qualidade e Controlo de Qualidade e Tecnologias em Radiologia.

O objectivo das primeiras UC enumeradas é fornecer ferramentas aos alunos com o intuito destes desenvolverem projectos e processos de investigação devidamente suportados por quadros conceptuais e suportes metodológicos que possam ter projecção no exercício da profissão. Por exemplo, a Qualidade e Protecção Radiológica resultam de duas componentes. A componente desta UC relacionada com a Qualidade tem como objectivos facultar conhecimentos que permitam ao futuro TR integrar as equipas de trabalho que organizam os espaços físicos dos serviços, considerando sempre os circuitos, os equipamentos, entre outros. Enquanto que a componente da Protecção Radiológica confere aos futuros TR responsabilização pelos procedimentos diários inerentes à utilização dos equipamentos.

Quanto à Ressonância e Ultrassonografia, desenvolve-se no segundo semestre e é uma disciplina teórico-prática desenvolvida em sala de aula.

A UC de Qualidade e Controlo da Qualidade em Radiologia visa a abordagem dos princípios e fundamentos, bem como das ferramentas e metodologias necessárias à implementação de um sistema de qualidade.

As restantes UC leccionadas no 4º Ano do curso de Radiologia, mas não pela área científica de Radiologia são Métodos Matemáticos, Física das Radiações,

Electrónica e Instrumentação Clínica, Saúde Comunitária, Sociologia da Saúde, Oncologia, Administração em Saúde e Psicologia da Saúde.

Numa leitura mais atenta da estrutura formal do actual plano de estudo bietápico, apercebe-se que subjaz na sua estrutura um conjunto de orientações didáctico-pedagógicas¹, onde a questão da competência dos alunos/futuros TR emerge como uma lógica subsidiária dos modelos profissionais desejados para o sector. Efectivamente, a palavra competência tem vários significados, sendo que ao nível da prestação de serviços dos TR, entende-se por competência as qualificações específicas necessárias ao exercício da profissão.

1.3.2. Estágios curriculares como uma das fontes para aquisição de competências dos futuros profissionais

De acordo com Helena Arco (2003), a formação dos profissionais de saúde, desde sempre esteve ligada à prática, como tal, os hospitais são os locais ideais para complementar os conhecimentos que permitem a construção das competências de cada profissional, através do confronto entre os saberes teóricos apreendidos nas instituições escolares e os saberes práticos inerentes às vivências do quotidiano em contextos de trabalho reais.

Segundo a autora, a estes períodos de tempo passados nas instituições hospitalares dedicados à aprendizagem da prática clínica é atribuída a designação de “Ensino Clínico”. Tais períodos de tempo de permanência nos campos de estágio hospitalar permitem que os alunos lancem um olhar sobre as relações interpessoais, além de desenvolverem competências cognitivas e reflexivas necessárias à

¹ Não situando a presente investigação na área das ciências da educação importa referir que uma das principais estratégias didáctico-pedagógicas mais utilizadas na formação dos profissionais de saúde designa-se por “aprendizagem baseada em problemas” (*Problem Based Learning - PBL*), desenvolvida nos finais da década de 60 na Universidade de McMaster do Canadá e posteriormente na Universidade de Maastricht, na Holanda. Esta estratégia didáctico-pedagógica tem vindo a ganhar cada vez mais adeptos no contexto da formação dos profissionais da saúde em Portugal, nomeadamente no seio das ESTeS. Trata-se de um método centrado no aluno, estruturado em pequenos grupos tutoriais onde se discutem problemas em contexto clínico em termos cooperativos integrados e interdisciplinares. Em termos estritos, pretende-se com o PBL estimular a capacidade do aluno de aprender a aprender, de trabalhar em equipa, de ouvir outras opiniões mesmo que sejam contrárias às suas, de ser responsável pela sua própria aprendizagem. O Tutor do PBL é apenas um elemento facilitador. Para aprofundar as questões relacionadas com o PBL consultar a obra de Schwartz, Mennin e Webb (2001), subordinado ao título *Problem-Based Learning: case studies, experience and practice*.

organização das actividades diárias desenvolvidas nestes contextos específicos. O contacto com o utente também é favorecido, bem como a integração nas equipas de saúde.

Como se sabe, todo este processo é sempre acompanhado por outros profissionais competentes com a devida qualificação, os quais se responsabilizam pelos alunos. Segundo Arco (2003), este acompanhamento também confere uma outra lógica ao desenvolvimento dos próprios profissionais, nomeadamente através da configuração de situações que proporcionam momentos reflexivos e debates colectivos sobre as práticas. Tratam-se de situações que permitem conduzir a ajustes ou mesmo remodelações totais nas estratégias de acção relativas às práticas, aos cuidados de saúde e até a identidade profissional.

Luísa d'Espiney (2003) argumenta que a formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, sempre passou pela prática em contexto hospitalar devido, como é óbvio, à necessidade de conferir um carácter de saberes práticos, específicos destas profissões. É uma profissão que se desenvolveu de acordo com uma cultura de subordinação até à data recente, da qual se destaca o poder médico, que condicionou a forma destes profissionais operarem, assim como o seu conhecimento. Como tal, a sua autonomia profissional tem vindo a desenvolver-se muito lentamente, facto que tem contribuído para uma certa desvalorização da identidade profissional. Porém, após várias décadas de lutas e de reestruturação dos conteúdos da formação inicial, conseguiram consolidar um “corpo de conhecimentos próprios”.

Tendo em conta esta realidade, segundo Luísa d'Espiney a formação destes profissionais de saúde tem sido uma preocupação constante nos últimos tempos, o que permitiu uma miragem mais atenta do panorama formativo de forma a perceber as necessidades reais de intervenção. Visto isso, alguns estudos salientaram a importância da articulação entre a escola e o hospital, uma vez que estes são os responsáveis pela integração do profissional nos contextos reais de trabalho, preparando cada indivíduo para as mudanças/transformações técnicas e tecnológicas que condicionam todos os processos inerentes a cada trabalho, bem como as competências essenciais ao desempenho de cada profissão.

Assim sendo, existe uma preocupação no sentido de proporcionar uma formação ajustada às realidades vividas nos serviços hospitalares, porém nem sempre fácil, na medida em que as mudanças que existem actualmente na sociedade, a todos os níveis, nem sempre são acompanhadas facilmente pelas instituições escolares.

Tendo em conta que o saber utilizado pelos professores é um saber que advém maioritariamente das pesquisas bibliográficas, não é um saber praticado, ficando reduzido, tal como refere Malglaive (1995 cf. Arco, 2003), aos raciocínios formais académicos, o que conduz a uma separação entre a teórica administrada nas escolas e a prática, desenvolvida nos hospitais.

É neste sentido que o acompanhamento sistematizado dos estágios deve ser sobretudo efectuado por profissionais/docentes experientes e bem informados que consigam orientar o aluno no seu crescimento humano e profissional. A supervisão dos estágios não pode ser construída a qualquer preço. Às pessoas que levam a cabo essa missão é-lhes atribuída a designação de supervisores. Porém, existem outras nomenclaturas diferentes, segundo Franco (2000), tais como, orientação, que é considerada como um processo de ensino/aprendizagem marcado pelo dom que um profissional mais experiente possui para “encaminhar e guiar e informar” os alunos aprendizes. Sendo verdade, estes dois termos possuem uma certa complementaridade e equivalência (cf. Arco, 2003).

No processo de aprendizagem em campos de estágios, o papel da comunicação é considerado de extrema importância, uma vez que permite não só a dinamização dos processos reflexivos, tal como referi anteriormente, mas também a partilha de conhecimentos, bem como a interacção entre os diversos actores sociais que actuam nos “palcos” hospitalares. Porém, dentro do processo comunicativo deve existir um acompanhamento, ou seja, um *feedback* para garantir um clima de entendimento, o qual é igualmente favorável à aprendizagem.

Subjaz, assim, nas perspectivas de Helena Arco (2003), a importância dos campos de estágios para dinamizar a qualificação inicial dos actores, proporcionando-lhes através das vivências organizacionais a experiência das condições do exercício da prática, como formas privilegiadas de sedimentação das competências necessárias para o futuro desempenho qualitativo da profissão.

É pelas razões expostas que as próprias instituições escolares da área da saúde sentem a necessidade de investirem cada vez mais na abertura das suas fronteiras e modelos de trabalho, tendo em vista a abertura de caminhos à integração de sub-conjuntos escolas-campos de estágios hospitalares e outras como condição *sine qua non* da organização do ensino-aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. Esta abertura das organizações escolares de saúde constitui, assim na linha do pensamento de Arco (2003), uma estratégia que visa alianças entre diversos

parceiros, tendo em vista o fomento sustentado não só da aprendizagem, mas sobretudo do desenvolvimento do perfil profissional.

Como tal, as instituições escolares de saúde cada vez mais investem na promoção de novos perfis profissionais onde a dualidade de saberes (saberes teóricos/saberes práticos) deixa de ter sentido, ou seja, para Arco (2003), estas duas formas de saber devem ser conjugadas, razão pela qual se exige o reforço das condições de cooperação entre os responsáveis pela formação em contexto escolar e os responsáveis pela formação em contextos reais de trabalho, como é o caso dos campos de estágios em contextos hospitalares.

Assim sendo, as relações entre os próprios pares e o contacto com as condições reais de trabalho são perspectivadas como fenómenos de extrema importância para a consolidação das competências e dos saberes dos alunos, pois conferem à interacção estabelecida entre os profissionais em exercício e os alunos, uma riqueza de conhecimentos e de experiências, além da partilha cognitiva que favorece o crescimento e o desenvolvimento da autonomia profissional.

No caso concreto dos cursos de Radiologia, Luís Lança (2003) refere que, no plano de curso das diferentes escolas superiores do ensino público, para facilitar o desenvolvimento do ensino-aprendizagem dos conhecimentos teórico-práticos e dos comportamentos adequados dos futuros TR, os Estágios de Aprendizagem encontram-se organizados segundo uma filosofia modular, dividindo-se na generalidade dos mesmos em três módulos semestrais como veremos mais adiante. Esta divisão reforça os conhecimentos perspectivando uma consolidação efectiva e um processo de aprendizagem mais proveitoso. É durante este período que os Monitores de estágio, “especialistas” nestas áreas proporcionam uma aprendizagem baseada na integração de conhecimentos necessários a cada uma, conhecimento esse, que permite o desenvolvimento de estratégias que podem resolver os problemas que surgem no quotidiano de trabalho, reforçando a autonomia destes profissionais (Lança, 2003).

Por exemplo, a Unidade Curricular Estágio de Aprendizagem I é composta por três Módulos: a) Radiologia Convencional (RC); b) Mamografia; c) Angiografia/Pediatria (opcionais) e um sub-módulo de Urologia integrado na RC.

Em relação à Unidade Curricular de Aprendizagem II, esta é composta por: d) Radiologia Convencional (inclui Bloco Operatório e Urgência); e) Tomografia Computorizada; f) Ressonância Magnética.

Sabe-se que aquando do desenvolvimento dos módulos devem respeitar-se os seguintes princípios:

- O aluno deverá aprender sob supervisão, de modo a que se desenvolva a sua autonomia, aprendendo a fazer, teoria igualmente defendida por Schön (1983) que designava este processo por aprendizagem em acção “*knowing-in-action*”.

- O aluno deve integrar-se na equipa multidisciplinar de saúde, para que possa aprender com os outros e possa assimilar as regras sociais que garantem a entrada efectiva nos contextos de trabalho reais (Williams *et al.*, 2004).

- O aluno deve desenvolver a auto-aprendizagem de forma a resolver as situações clínicas que surgem continuamente, aprendendo também através da reflexão. Por isso, o monitor deve instigar o estagiário a procurar outras metodologias de trabalho que permitam a resolução dos problemas apresentados, bem como informações adicionais relevantes que permitam uma articulação mais dinâmica e rica entre a teoria e a prática.

Na verdade, as estratégias educacionais dos actuais cursos superiores de Radiologia portuguesas (Portaria n.º 1128/2000 de 28 de Novembro) visam em concreto a satisfação dos objectivos traçados para um estágio em três domínios: 1 - Domínio Cognitivo; 2 - Domínio Psico – Motor; 3 - Domínio do Afectivo/Atitudes.

Relativamente ao primeiro domínio, espera-se que no final do estágio, o aluno tenha consolidado os seus conhecimentos ao nível da orientação do seu desenvolvimento, no sentido de identificar com rigor o estudo radiológico a realizar, de acordo com as informações clínicas disponibilizadas, interpretando ao mesmo tempo o diagnóstico de forma correcta. Como tal, deve possuir sólidos conhecimentos de anatomia e das patologias mais recorrentes, dominando adequadamente e com rigor a terminologia da Radiologia. Por outro lado, deve, também, distinguir todos os acessórios relativos ao equipamento e todos os posicionamentos relativos aos estudos que realiza. Posteriormente, o aluno deve seleccionar as técnicas e procedimentos mais adequados tendo em conta as características do utente e as possíveis contra-indicações dos procedimentos adoptados, assegurando sempre a presença de todos os materiais necessários à realização do exame.

Quanto ao domínio Psico–Motor, espera-se que, no final do curso, o aluno saiba realizar os exames com destreza e rigor técnico–científico, depois de assegurar que todos os materiais necessários estão disponíveis, inclusive os que proporcionam um maior conforto ao utente. Isto é, aquando da aplicação da técnica radiológica

mais adequada para o estudo, o aluno deve saber posicionar correctamente o utente, centrando a estrutura a estudar na área de modo que permita a recolha de dados e a formação da imagem, manipulando o equipamento com segurança.

Ainda a este nível, espera-se que no decurso e no final do estágio, o aluno saiba respeitar com rigor as normas de assepsia e de administração de contraste oral e endovenoso que alguns exames requerem. Perspectiva-se que no decurso do estágio os alunos adquiram e consolidem as competências para reagir prontamente em situações de emergência iniciando, em caso de necessidade, as práticas de suporte básico de vida.

Não será em demasia salientar que num curso de Radiologia, a protecção radiológica deve ser sempre considerada para que os efeitos biológicos provocados pela radiação X sejam minimizados, como tal, constituiu condição *sine qua non* de sucesso de aprendizagem em Radiologia que os alunos saibam seleccionar correctamente os factores de exposição para cada exame de forma a garantir um bom diagnóstico com o menor tempo de exposição.

No domínio Afectivo/Atitudes, espera-se que no final do estágio os alunos tenham consolidado as competências que lhes permitam criar empatia com a equipa dos serviços onde se inserem e com os próprios utentes, respeitando sempre as normas em vigor na instituição e mantendo sempre o local de trabalho em condições adequadas. Neste domínio, espera-se que no decurso do estágio o aluno desenvolva ainda capacidades que permitam informar e explicar ao utente todos os procedimentos relativos ao exame que pretende efectuar. Assim sendo, durante a realização do exame em estágio, o aluno deve procurar manter a comunicação e a vigilância com o utente, de forma a colmatar as suas necessidades e a tranquilizá-lo sempre que necessário, demonstrando uma imagem profissional e uma cuidada imagem pessoal.

A assiduidade e a pontualidade são obrigações que o aluno também deve cumprir, bem como a avaliação dos actos de aprendizagem e desenvolvimento das práticas de auto-aprendizagem, planeando adequadamente os tempos do estágio, de forma a demonstrar um comportamento maduro e de responsabilidade.

O espírito de iniciativa e de colaboração em todos os actos de aprendizagem e a colaboração com o monitor de estágio também devem ser trabalhados durante todo o estágio.

Assim sendo, ao lançar um olhar mais aprofundado sobre o actual plano de estudos, parece-nos evidente que se perspectiva no contexto da formação inicial dos

TR a necessidade de dotar os futuros profissionais não apenas de uma mera qualificação, mas também de uma certa competência contextual, capacitada para a acção, para o exercício e para o saber-agir em situação (Boterf, 1995), fazendo deste modo relevar que só num contexto onde se dominam tais competências é que um TR é capaz de “agir e/ou resolver problemas profissionais” (Bellier, 1999: 244), na prestação de cuidados de saúde. Trata-se claramente de uma perspectiva que privilegia a noção de competência profissional orientada no sentido do “desempenho profissional qualificado”.

Não menos relevante, parece que no plano do curso subjaz a ideia da necessidade da interacção do futuro TR com o meio ambiente onde decorre a orientação da formação em contexto de trabalho. Na verdade, a organização curricular dos Estágios de Aprendizagem I e II oferece um ensino/formação estruturada no e sobre o exercício do trabalho, tendo em vista a condução dos alunos para uma apropriação sustentada no exercício da prática, das competências necessárias no domínio técnico e cognitivo, mas também no domínio social e relacional “porque não pára de provocar dinâmicas de promoção de abertura, de cultura e de criatividade, ligadas ao efeito de aprendizagem e de mudanças dos conhecimentos, das representações e das relações que acompanham qualquer efeito pedagógico” (Sainssaulieu, 1999: 102).

Por outras palavras, no cenário de ensino/formativo dos estágios curriculares subjaz a noção da necessidade de materializar os saberes formalizados que se confrontam com a prática e os saberes práticos que podem ser formalizados, constituindo tais situações como oportunidades estratégicas para os alunos/futuros TR afinarem os conhecimentos teórico-práticos. Nesta linha de pensamento, a dimensão prática do curso de Radiologia parece ser entendida como um vector fulcral para fornecer os necessários elementos que permitam reafirmar ou refinar “a teoria, sendo a experiência um pré-requisito no desenvolvimento do saber profissional que só se adquire no terreno” (Longarito, 1999: 37 cf. Louro, 2003). Trata-se assim de uma orientação da prática pedagógica, que se espera poder estruturar através da recomposição dos mapas cognitivos dos alunos, uma reorganização do património experiencial onde o contexto de trabalho ensino/formativo em estágio é sobretudo um palco da prática vivenciada e reflectida, de cada um dos actores com os outros, isto é, um local de mediação das interacções sociais imprescindíveis para potenciar o puzzle socializador da profissão.

Neste sentido, perspectiva-se no contexto do plano de estudos do curso de Radiologia uma dimensão ensino/formação que valoriza a “escuta dos saberes práticos produzidos e executados pelos trabalhadores, na acção situada, por ocasião da experiência do trabalho real” (Jobert, 1999: 228); pressupondo que uma abordagem estratégica em tais situações permite reforçar não só uma mobilização mais sustentada da sua inteligência na acção” (Jobert, 1999), mas sobretudo, permite reforçar a melhoria das condições estruturais didáctico-pedagógicas, aliada aos interesses de socialização profissional e de construção identitária, uma coerente aproximação com rigor científico, entre os espaços e os tempos de ensino/formação e os espaços e tempos de trabalho, ainda que desenvolvidos sob modelos de simulação do real no campo profissional e organizacional, nem sempre fáceis de se concretizar (Louro, 2003).

Em suma, de acordo com o enfoque do actual plano de estudos do curso de Radiologia, parece-me que há ainda muito para fazer de modo que cada disciplina possa em articulação e complementaridade, contribuir para a produção sustentada e simultânea de saberes, competências e identidades profissionais dos TR.

1.3.3. A monitorização de estágios curriculares

Tal como foi referido anteriormente, a formação dos futuros profissionais de saúde passa pela inserção em contextos de trabalho reais. A esta inserção atribui-se a designação de estágio de aprendizagem. Porém, esta integração em contextos reais exige a presença de alguém devidamente credenciado, geralmente um profissional da área, para que seja possível fazer-se um acompanhamento adequado, de forma a garantir um desenvolvimento profissional ao aluno estagiário. Importa relevar que a ideia de acompanhamento é multifacetada. Subjaz nela a supervisão, o supervisor, o tutor, o monitor, etc.

Em Portugal, no âmbito da formação profissional, o formador em contextos de trabalho começou por ser designado por “monitor”. Porém, “com a publicação do Decreto Regulamentar n.º 66/94, de 18 de Novembro (MESS, 1994), nomeadamente no descrito no n.º 2 do seu artigo 2.º. (Conceito de formador), apercebe-se que “o formador pode ter outras designações decorrentes da metodologia e da organização da formação, nomeadamente instrutor, monitor, animador e tutor de formação” (Imaginário *et al.*, 2001:1).

Segundo Imaginário *et al.* (2001), o título de monitor era atribuído ao indivíduo com funções de responsável quer pela formação prática em contextos simulados, quer em contextos reais de trabalho. Todavia, com o evoluir das lógicas da organização e oferta da formação profissional, a formação em contextos simulados passou a ser atribuída aos formadores da componente de formação científico-tecnológica e concomitantemente a formação em contextos reais de trabalho passou a ser atribuída aos tutores, facto que veio criar as condições para que o termo de monitor caísse em “desuso”.

Assim sendo, na terminologia da Formação Profissional “o tutor é definido como o indivíduo que no processo formativo desempenha funções de enquadramento, integração, orientação e acompanhamento, individuais ou de grupo, nas actividades de formação em contexto de trabalho” (CIME, 2001: 65 cit. Imaginário *et al.*, 2001: 1).

Face ao exposto, na actualidade o tutor é entendido como o responsável pelas funções pedagógicas inerentes a um acompanhamento marcado por uma interacção face a face com um ou mais formandos, o qual garante a orientação das actividades inerentes a uma aprendizagem realizada em contextos de trabalho reais, “ (...) utilizando técnicas, equipamentos e materiais, que se integram em processos de produção de bens ou prestação de serviços em contexto de trabalho (...) ” (Imaginário *et al.*, 2001: 2).

Porém, segundo Williams e Prestage (2002) é possível coexistir outros pares de conceitos ou termos para classificar os profissionais que procedem ao acompanhamento dos estágios: “Tutor” e “Mentor”. Na perspectiva dos autores, que de certo modo é semelhante à tese de Imaginário *et al.*, o termo mais utilizado é o de “Tutor”, sendo ele o responsável pela monitorização das actividades quotidianas desenvolvidas pelos estagiários, nos locais de aprendizagem seleccionados, combinando as funções de suporte e de avaliação, funções essas que implicam o estabelecimento de uma relação, por vezes, formal e por vezes, informal entre este e o estagiário.

Em Inglaterra, de acordo com um estudo efectuado por estes autores, os profissionais responsáveis pela monitorização de estágios viram reduzida a sua carga horária de laboração nos locais de trabalho para poderem prestar um suporte mais consistente aos estagiários, bem como uma monitorização das actividades regulares, de forma a avaliarem eficazmente o desenvolvimento profissional destes indivíduos,

permitindo a formação de uma ponte entre os elementos envolvidos ao invés de uma barreira.

Segundo Jones e Stammers, durante o decorrer do estágio, cabe ao Tutor rever regularmente os objectivos do estágio, devendo ainda efectuar um acompanhamento sistemático que permita a transição sustentada entre a escola e a integração no contexto de trabalho, na medida em que um inadequado suporte e uma rede deficiente entre as instituições envolvidas podem provocar insucesso no desenvolvimento profissional (Williams e Prestage, 2002).

Hutchinson (1994 cf. Williams e Prestage, 2002) salienta ainda que os estagiários, durante este ano de consolidação de aprendizagem, apresentam alguma dificuldade na gestão dos próprios sentimentos o que também traz consequências no desenvolvimento das aptidões necessárias para a prática profissional. Como tal, o Tutor deve prestar um apoio considerável, nomeadamente no início do ano escolar, daí a necessidade da monitorização.

Assim sendo, para que a monitorização seja desenvolvida com qualidade, devem identificar-se as várias áreas que necessitam ser abordadas, isto inclui o reconhecimento dos aspectos que devem ser debatidos com os estagiários, para que estes se sintam mais confiantes na exposição de dúvidas e no próprio acompanhamento. Além desse aspecto, argumenta o autor em causa, que a própria percepção da natureza dos objectivos tem implicações significativas na forma de como os Tutores definem as suas funções e na forma como eles avaliam as capacidades que são necessárias, de modo que possam desempenhar adequadamente este papel.

Entende-se, assim, que a perícia e a experiência são dois dos atributos que influenciam o desempenho do papel de Tutor, nomeadamente na condução das actividades quotidianas que os estagiários têm de desenvolver.

Williams e Prestage (2002) acrescentam ainda que durante os estágios de aprendizagem desenvolvem-se também relações informais que ajudam também na articulação entre a prática e a teórica, o que pode ser muito vantajoso para os alunos aprendizes, uma vez que permitem um melhor equilíbrio entre a “sobrevivência” imposta durante os estágios e o desenvolvimento profissional. Segundo os autores, estas relações estão dependentes da cultura organizacional e da própria colaboração entre colegas. Assim sendo, se existir, porventura, uma cultura individualista, nem sempre se desenvolve uma relação de ajuda no contexto do trabalho colectivo. Pelo contrário, se veicularem no campo de estágio valores culturais que permitam uma

colaboração espontânea entre os indivíduos envolvidos, então, o suporte necessário pode ser garantido de uma forma natural. Importa ainda relevar que, por vezes, devem ser dinamizadas discussões no seio do grupo de trabalho. De acordo com os mesmos autores, tais situações podem ser muito proveitosas para o desenvolvimento das aptidões, saberes estruturantes e performativos e demais competências técnicas e instrumentais necessárias aos futuros profissionais.

Neste sentido, a inculcação de valores orientadores para uma cultura colaborativa torna-se, na perspectiva de Williams e Prestage (2002) um elemento fundamental para o desenvolvimento sustentado dos estágios e para a sedimentação de um crescimento profissional. Perspectiva-se que através da maximização das experiências e do envolvimento contínuo dos elementos neles inseridos, é possível gerar situações espontâneas de colaboração informais e oportunas, envolvendo toda a equipa de trabalho do campo de estágio (profissionais, alunos e tutor) no mesmo horizonte de apoio e interajuda, visando sempre a formação dos alunos em contexto de trabalho. Naturalmente que este facto já não é tão comum nos locais onde predominam orientações de uma cultura individualista, na medida em que em tais ambientes adversos à cooperação, os estagiários tendem a sentirem-se isolados.

Naturalmente, não é só a cultura colaborativa que é vista como a única responsável pelas experiências positivas. A interação comunicativa entre tutor-aluno, materializada através de comentários engrandecedores em relação ao crescimento profissional, a satisfação pessoal e a motivação também ganham o seu espaço de importância na dinâmica dos campos de estágios (Williams e Prestage, 2002). Como tal, os Tutores têm um papel que extravasa a de mera tutoria, podem assumir no âmbito das suas funções, os papéis de mentores, gestores e facilitadores da aprendizagem dos alunos que lhe são atribuídos.

Assim sendo, Williams *et al.* (2004) ao debruçarem-se sobre a monitorização e função dos tutores, aos quais também atribuem o nome de monitores, sugerem que estes devem estar familiarizados com os contextos de trabalho, bem como, com os requisitos necessários ao desenvolvimento de um estágio. Para facilitar a ponte entre o Tutor e o Aluno podem e devem ser dinamizadas secções específicas sobre a orientação de estágios, isto é, devem ser disponibilizadas formações específicas para que o Tutor possa desenvolver a perícia necessária na monitorização e na gestão dos objectivos delineados especificamente para os estágios de aprendizagem.

Para os autores em questão, os monitores são indivíduos que possuem experiência e influência ao nível do ensino, sendo verdadeiros guias para os

estagiários/alunos que lhes são atribuídos, bem como patrocinadores, desafiadores e confidentes. Dadas as características mencionadas, os monitores devem ser capazes e devem estar dispostos a assumirem este compromisso, para que possam dedicar tempo suficiente a esta actividade ou seja para que possam ajudar a desenvolver as novas gerações de profissionais.

Ainda segundo os autores que seguimos, a monitorização é um mecanismo que permite o estabelecimento de uma ligação entre os aspectos teórico– conceptuais e as práticas, sendo de salientar que as práticas permitem uma melhor aprendizagem, na medida em que, os estagiários utilizam os seus próprios instrumentos e treinam a sua disciplina. Por outras palavras, os monitores devem ser facilitadores do dia-a-dia do estagiário, ajudando-os a desenvolver interesses, disposições e perícias, o que permite a expansão da confiança entre todos os envolvidos.

Além destes aspectos, o monitor deve estar desperto para os problemas que o estagiário apresenta no desenvolvimento das actividades que lhe são atribuídas, alertando-o para isso e para as possíveis consequências desses actos. Durante esta fase o monitor deve instigar o estagiário a procurar outras metodologias de trabalho que permitam a resolução dos problemas apresentados, bem como informações adicionais relevantes que permitam uma articulação mais dinâmica e rica entre a teoria e a prática. Schön (1983) chama a este processo de aprendizagem em acção, tal como referi anteriormente, “*knowing-in-action*”.

Sendo verdade, pode dizer-se que a interacção entre as pessoas pode ser tida como uma potencial formadora através das experiências. Como tal, na formação, as relações horizontais fazem sentido, na medida em que promovem a cooperação entre todos os elementos envolvidos neste processo, tendo sempre em conta os contextos de trabalho e considerando sempre as competências de ambas as partes. Esta aproximação leva a uma maior abertura para a partilha de experiências e construção de uma maior diversidade de perspectivas de “*knowing – in – action*”, conduzindo a uma derrocada de tudo o que é demasiado normativo e prescritivo, de forma a trazer ganhos para os alunos, reforçando, assim, os seus saberes teóricos e colmatando o défice de saberes práticos.

Por exemplo, no curso de Radiologia da ESR, os módulos de estágio desenvolvidos, segundo o programa apresentado, têm um docente responsável em contexto escolar e um monitor em contexto hospitalar. Segundo fontes recolhidas na ESR, os monitores possuem um vínculo contratual de prestadores de serviço, sendo equiparados a assistentes em tempo parcial na ordem dos 20 a 30%. Os monitores

são recrutados no seio dos Técnicos de Radiologia das instituições onde decorrem os campos de estágio, sob proposta dos coordenadores dos serviços e aprovação da ESR.

O monitor da ESR é responsável pelos grupos de alunos que lhe são atribuídos e que podem variar entre 2 a 4. Desta forma, com uma estratégia educacional centrada no aluno, os estágios de aprendizagem do Curso Superior de Radiologia invocam aos monitores um espírito que fomente a promoção e aplicação de métodos de ensino activos, para que os alunos possam participar nas acções. Para o efeito, os monitores devem adoptar comportamentos a fim de demonstrarem as aptidões necessárias para a prestação de cuidados de saúde. Depois dos períodos iniciais de demonstração, os monitores devem acompanhar sempre os alunos no desenvolvimento das tarefas.

Outra das estratégias educacionais adoptadas neste curso é relativa à gestão da aprendizagem e do auto-desenvolvimento, em que se salienta a necessidade do monitor estimular a auto-reflexão dos alunos sobre as problemáticas do trabalho e a integração nas equipas de trabalho para que estes não se sintam isolados e apreendam o sentido do trabalho em equipa. Este aspecto inscreve-se nas linhas das teses conceptuais propostas por Williams *et al.* (2004), os quais, sugerem que os monitores como indivíduos que possuem adequada experiência e influência ao nível do ensino são verdadeiros guias para os estagiários/alunos que lhes são atribuídos, bem como patrocinadores, desafiadores e confidentes, devendo mesmo despertar os alunos para as responsabilidades das práticas quotidianas depois de integrados no mercado de trabalho.

Neste sentido, o papel do monitor, segundo o plano de estágio do Curso de Radiologia da ESR, parece ser mais próximo de um mentor e modelo de profissão, que no seu contexto de acção deve estar sempre disponível para o aconselhamento e diálogo com o aluno, de maneira a resolver ou a ajudar a superar os problemas com que este se debate. Por outras palavras, na aprendizagem em contexto de estágio, os momentos de *feedback* são considerados fundamentais, razão pela qual o monitor deve tê-los em conta, a fim de garantir um ambiente em que o aluno se sinta seguro para desenvolver a sua aprendizagem de forma adequada e sustentada.

No intuito de se verificar a satisfação dos objectivos traçados para cada módulo de estágio, o processo de avaliação contemplado pelo programa de estágio

de aprendizagem do Curso Superior de Radiologia da ESR destaca os seguintes instrumentos de avaliação formativa (continua) e sumativa (final):

- Caderneta relativa a cada módulo de aprendizagem que elucida o monitor e o aluno da evolução da aprendizagem.

- Trabalho escrito individual: relativo a um caso clínico que é proposto em contexto escolar pelo docente responsável pelo módulo de estágio.

- Dossier de Estágio: que visa uma reflexão do aluno sobre as vivências relativas ao estágio.

- Prova Prática: realizada em contexto hospitalar.

- Prova Clínica Oral: realizada em contexto escolar perante um júri, em que o aluno valida as aprendizagens efectuadas ao longo do estágio.

Perspectiva-se que o conjunto de procedimentos e instrumentos de estágio permita ao aluno, ao monitor e aos docentes responsáveis pelos diversos módulos de estágio uma sustentada triangulação de experiências e de conhecimentos que, em última instância contribua para que o aluno possa ingressar no mercado de trabalho e integrar-se nas equipas multidisciplinares de saúde para poder prestar cuidados de qualidade aos utentes que recorrem às diversas instituições.

Em suma, além da cooperação entre os profissionais do terreno com funções de monitorização e os professores das escolas, os alunos em estágios também ganham se puderem integrar as equipas de trabalho, de forma a poderem reflectir e participar nos processos de tomada de decisão para adquirirem a autonomia tão desejada, experiência e saber, uma vez que a reflexão é um meio que permite (re)criar novas formas de trabalhar, proporcionando aos profissionais e monitores uma auto-formação e uma formação continua.

Parafraçando Canário (1994), a formação continua dos TR/monitores implica uma articulação entre todas as instituições, uma ligação sustentada dos contextos e actores envolvidos, cuja participação e reflexão conjunta influenciam o rumo das intervenções feitas no sentido de ampliar a capacidade de análise e resolução de problemas, criando uma estrutura organizacional flexível não só adequada a cada utente, mas também, facilitadora da aprendizagem em estágio dos profissionais de saúde.

1.4. Dilemas do profissional de saúde/monitor na complexidade do campo de estágio

As relações sócio-profissionais numa organização de serviços de saúde são influenciadas por complexos subsistemas interdependentes (cultural, técnico, organizacional e de poder), razão pela qual tais relações não podem ser percebidas de modo isolado dos valores, da identidade profissional e das estratégias implícitas interiorizadas na aprendizagem do ofício e reactualizadas pelo *habitus* nas relações de trabalho (Silva, 2004).

Lave e Wenger (1991) argumentam que a aprendizagem não se limita às práticas do quotidiano inerentes à actividade propriamente dita, é necessário também que os estagiários assimilem as regras sociais para que se possam integrar melhor nos contextos de trabalho (Williams et al 2004). Os autores argumentam ainda que um outro facto a ter em conta na monitorização é a comunicação, uma vez que a aprendizagem é feita através de uma interacção social colaborativa e se esta for eficiente, a confiança poderá desenvolver-se com uma maior naturalidade entre o monitor e o estagiário e, conseqüentemente, poderá ser mais proveitosa, pois os estagiários complementam as tarefas executadas pelos mestres (monitores) como co-participantes, observando simultaneamente como estes executam a sua actividade. Como tal, eles não só assimilam a componente da tarefa que lhes toca como também contactam com a outra componente que se lhe articula de forma a compor um serviço completo.

Perspectiva-se, assim que os monitores e os estagiários enquanto trabalham em conjunto negociam métodos de trabalho e improvisam soluções para resolverem os problemas que ocorrem de forma a melhorarem a performance das tarefas. Segundo os mesmos autores, os monitores durante os diálogos que estabelecem com os seus orientandos comunicam modelos, instrumentos conceptuais, crenças e valores comuns no contexto de trabalho em que estão envolvidos, de maneira a que os estagiários possam progredir das tarefas mais simples para as mais complexas.

Todas as componentes acima referidas são os constituintes daquilo que se designa de “comunidade da prática” e que influenciam a forma como são processadas as actividades diárias no seu conjunto. Durante o desenvolvimento das actividades, o monitor e os estagiários devem reflectir, não só relativamente aos processos para efectuarem as escolhas de forma a desenvolverem a tarefa, mas também sobre as situações passadas para analisarem se estas escolhas foram as mais

correctas. Tratam-se de situações que permitem, segundo Milstein *et al* (1991) e Baird (1996), uma melhoria da performance das tarefas e uma maior capacidade de intervenção em situações futuras que sejam semelhantes construindo, assim, um conhecimento sólido relativo ao quotidiano de trabalho. Estes autores acrescentam ainda que as histórias contadas pelos monitores relativas às problemáticas mais importantes podem constituir também um meio de aprendizagem, uma vez que estes podem demonstrar como resolveriam os problemas inerentes a um determinado contexto.

Brown e Duguid (1991) subscrevem idêntica tese, acrescentando que as histórias além de aproximarem o monitor do estagiário, também conduzem ao desenvolvimento de perícias necessárias às práticas através da reflexão conjunta.

Milstein *et al.* (1991) e Hay (1995) alertam igualmente para a ideia de que a aprendizagem escolar é fundamental para o estudante. Porém, sugerem os autores que o trabalho desenvolvido posteriormente pelos monitores é de suma importância para a resolução de problemas, na medida em que permite cultivar nos estagiários uma cultura crítica de forma a desenvolverem as suas capacidades.

Ferriero (1982) e Kram (1985) afirmam também que os monitores abrem as portas da comunidade prática aos estagiários, ajudando-os a identificar boas oportunidades para a carreira profissional, bem como os auxilia a integrarem-se nas redes, ligando-os a pessoas que possam ter as “chaves” para um futuro desenvolvimento aliciante, convertendo o seu conhecimento implícito num conhecimento explícito passível de ser apreciado e demonstrado na referida comunidade (Williams *et al.*, 2004).

Por sua vez, Cordeiro e Smith–Sloan (1995 cf. Williams *et al.*, 2004), afirmam que os monitores devem reflectir nas suas próprias práticas, para poderem seleccionar os melhores aspectos a fim de os transmitirem aos estagiários, contribuindo assim para melhores resultados.

Lave e Wenger (1991) referem que as escolas transmitem aos alunos conhecimentos que lhes permitem iniciar a actividade profissional e ferramentas conceptuais para poderem continuar a aprender e a resolver os novos problemas. Esta passagem é facilitada, como já vimos, pelos monitores. Como tal, se o acompanhamento não for bem executado, se os estagiários não receberem o apoio dos monitores, poderão não desenvolver as capacidades necessárias para gerirem as situações mais particulares que envolvem uma maior maturidade e uma maior

capacidade de ligar os conceitos teóricos às práticas adequadas em determinados contextos (Williams *et al.*, 2004).

Na perspectiva de Williams e Webb (1994 cf. Lança, 2003) os monitores de estágios clínicos de Radiologia devem possuir um conjunto de competências não só delimitadas ao nível das aptidões de ensino e técnicas, como também devem estar dotados quer de adequada competência profissional quer de um estilo de relações interpessoais favoráveis à interação com os alunos.

Quadro 2: Competências dos Monitores de Estágio em Radiologia

Aptidões de Ensino e Técnicas	Estilo Interpessoal	Competência Profissional
1- Aptidões e técnicas O monitor é capaz de: - Explicar, descrever, demonstrar e discutir técnicas e procedimentos. - Facilitar a observação dos peritos. - Questionar os estudantes de forma apropriada. - Relacionar a teoria e a prática.	1- Relações interpessoais O monitor é capaz de: - Apoiar e encorajar os estudantes. - Demonstrar empatia. - Encorajar o respeito mútuo. - Partilhar o conhecimento e a experiência. - Demonstrar amizade e abertura. - Evitar julgar. - Transmitir entusiasmo e interesse. - Demonstrar preocupação pelo bem-estar dos estudantes.	1- Conhecimento e Aptidões O monitor é capaz de: - Demonstrar vastos conhecimentos em Radiologia. - Demonstrar aptidões clínicas avançadas. - Relacionar a teoria com a prática. - Possuir conhecimento dos objectivos do programa educacional. - Disponibilizar um elevado nível de supervisão.
2- Preparação e Planeamento O monitor é capaz de: - Possuir conhecimento das finalidades e objectivos do estágio. - Identificar as necessidades individuais de aprendizagem. - Identificar as oportunidades de aprendizagem mais apropriadas.	2. Atitudes O monitor é capaz de: - Ser acessível. - Ser flexível e democrático. - Reconhecer as suas limitações. - Possuir auto-controlo e paciência.	2. Atitudes O monitor é capaz de: - Facilitar ao estudante a consciencialização da sua responsabilidade profissional. - Mostrar genuíno interesse nos pacientes e nos cuidados que presta. - Demonstrar um modo de ser profissional em todas as situações. - Evitar a crítica na presença de outros.
3. Avaliação O monitor é capaz de: - Fornecer <i>feedback</i> positivo aos estudantes. - Identificar com objectividade os pontos fortes e fracos da aprendizagem. - Criticar de forma construtiva sem perda de dignidade e respeito. - Encorajar a auto-avaliação. - Identificar claramente as expectativas de aprendizagem.		
4. Garantir um ambiente que facilite a aprendizagem O monitor é capaz de: - Mostrar-se acessível aos estudantes. - Mostrar interesse nos estudantes. - Permitir liberdade de discussão. - Dar apoio e assistência aos estudantes. - Encorajar os estudantes à integração na equipa. - Promover a prática autónoma. - Atribuir responsabilidades adequadas ao grau de autonomia. - Supervisionar e avaliar sem se sobrepor aos estudantes. - Permitir a aprendizagem quando se cometem erros.		

Fonte: Lança (2003: 49), adaptado de Williams e Webb (1994).

Segundo Crow e Matthews (1998) na selecção de monitores devem ser consideradas algumas particularidades, tais como, o monitor deve saber quais as características deste papel, recebendo treino para desempenhar essa tarefa, além disso deve poder despende de tempo para desenvolver adequadamente essa tarefa, bem como capacidades para trabalhar em co-participação para que a aproximação entre monitor/estagiário seja bem conseguida (Williams *et al.*, 2004), tal como já referi anteriormente.

A estes factos, Peter John (2001), subscrive igualmente a importância das aprendizagens efectuadas em contexto escolar, uma vez que estas integram um processo que condiciona todo o desenvolvimento profissional. Para os autores, apesar de, por vezes, as práticas serem inconsistentes com as teorias leccionadas, após a aquisição dos conhecimentos é necessário aplicá-los em contextos reais principalmente em cursos que possuem uma forte componente prática. Como tal, a integração posterior dos alunos em instituições acolhedoras de estagiários, torna-se inevitável, sendo a supervisão efectuada pelo monitor, de suma importância.

Assim sendo, a importância da comunicação entre os monitores e os alunos ganha especial relevo, uma vez que esta pode condicionar o crescimento profissional, realçando-o ou retardando-o pela qualidade do diálogo estabelecido entre eles. O foco central da interacção e do diálogo entre os estagiários e os monitores é o debate efectuado nas reuniões que devem ocorrer no seguimento do desenvolvimento das práticas em contexto real, para que os níveis de aprendizagem possam subir. Sendo assim, o monitor aquando da avaliação não deve focar-se em demasia nos detalhes extremamente específicos, pois corre o risco de criar um conceito negativo nos seus alunos, podendo exacerbar conflitos entre estes e a sua pessoa.

As perspectivas de John (2001) e Williams *et al.* (2004), entre outros evidenciam claramente que o conceito de “teoria de acção” é fundamental no processo de monitorização dos estágios, cujo sucesso depende de uma prática supervisionada sustentada e dos padrões de qualidade da interacção entre os monitores e os alunos. Aliás, Argyris e Schön (1974, 1978) referem que os seres humanos, na sua interacção com os outros, estabelecem os seus comportamentos e teorias nessas relações.

Assim, as “teorias de acção” incluem os valores, as estratégias e as certezas assumidas que informam o comportamento deliberado, sendo guiadas a dois níveis: a) teorias que são usadas para explicar ou justificar determinado comportamento; b)

teorias em uso ou teorias implícitas, que se encontram engendradas nos padrões comportamentais espontâneos e de interacção.

Os mesmos autores construíram, então, um modelo geral de “teorias de acção” utilizadas para descrever o comportamento interpessoal em situações complexas e de pressão, como é o caso dos estágios.

O primeiro modelo está relacionado com a teoria do controlo unilateral sobre os outros. A acção é baseada na manutenção de quatro grandes factores: o propósito de aquisição, ganhos, supressão de sentimentos negativos e ser racional. A estratégia principal consiste no controlo das investigações e protecção de si e dos outros. As consequências destas acções incluem os relacionamentos de grupo e interpessoais defensivos, cuja aprendizagem é limitada e com efectividade diminuída. Os resultados dos estágios desenvolvidos desta forma são limitados.

O segundo modelo assenta na criação de um espaço e/ou “sistema” comportamental, no qual, os indivíduos podem trocar informações válidas sobre pontos complexos, tais como, os dilemas pessoais partilhados em investigação. Na sua essência, esta teoria tem pressupostos baseados em informações válidas, escolha informada e comprometimento interno. Este facto aumenta a capacidade de aprendizagem que assenta na escolha de normas competitivas, objectivos e valores (John, 2001).

Assim sendo, as melhorias na qualidade da interacção entre o monitor e o estagiário, provocam consequências positivas no processo de desinibição. Schön (1987) sugere que os bloqueios da aprendizagem podem ser ultrapassados se o monitor e o aluno procurarem um entendimento por meio de diálogo que convide à reflexão/acção. Caso ocorra uma ruptura na corrente que liga o monitor ao aluno, a relação entre ambos tenderá para a degradação e a responsabilidade deste facto recai, essencialmente, sobre o monitor, pois este pode limitar a relação de empatia que é fundamental no ensino. Caso esta não exista, o aluno tenderá a ter dificuldades em expressar o seu conhecimento, ignorância e dificuldades, evitando as discussões que poderiam ser férteis no campo da aprendizagem.

Quando o diálogo não é favorável, o estagiário tende a defender-se contra o que ele percebe como ataques do monitor, apresentando uma “teoria-de-acção” baseada no conceito de auto-defesa. Além disso, o diálogo permite a triangulação de experiências que poderão conduzir ao desenvolvimento de soluções para os problemas encontrados (John, 2001).

Face ao exposto, se o desempenho, dito no sentido goffmaniano, for tomado como referência nos campos de estágio, o termo “região de fachada” parece poder ganhar algum sentido. O lugar onde os estágios decorrem parecem possuir um cenário próprio, onde os profissionais, os alunos e os monitores tendem a demonstrar que a sua acção “sustenta e materializa certos critérios” de ensino/aprendizagem e de prática profissional, sendo que uns grupos adoptam o critério de se dirigir à “audiência” de forma expressiva, substituindo as palavras por gestos, como formas de cortesia. Outros, no entanto, adoptam um outro grupo de critérios de interacção quando se comportam perante os campos visuais e auditivos dos espectadores de uma certa forma, embora não estejam a dirigir-se a estes obrigatoriamente.

A articulação da perspectiva goffmaniana na leitura dos campos de estágios parece poder colocar em evidência certas particularidades do desempenho dos profissionais/monitores/alunos, fazendo com que se relevem as representações efectuadas na fachada dos espaços de interacção em contexto de estágio, obedecendo a critérios expressivos enquanto que aquelas que ocorrem nos bastidores obedecem a critérios técnicos, questão que interessa analisar e que justifica a razão de ser do estudo realizado.

2.- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO

2.1. Caracterização dos Hospitais e do seu Serviço de Radiologia como campo de estágio curricular

O presente capítulo visa a descrição das instituições hospitalares, bem como a descrição da instituição escolar envolvida neste estudo, sendo de salientar que os serviços de Radiologia também podem ser denominados de Imagiologia. Tal como já foi referido, as instituições são denominadas por nomes fictícios, de maneira a garantir o anonimato dos indivíduos envolvidos.

2.1.1. - Caracterização do Hospital HMM

O Hospital HMM nasceu da necessidade de dotar Lisboa de um novo pólo hospitalar, uma vez que, nas décadas de 30 e 40, o Concelho de Lisboa se encontrava em forte expansão demográfica, existindo igualmente alguma saturação dos Hospitais Civis nesta área geográfica.

O Governo de então encarregou o Professor Gentil de criar um novo Hospital-Faculdade, que substituísse um outro hospital que desenvolvia essa função e que pudesse corresponder a um moderno centro médico, de assistência, ensino e investigação. Com um projecto arquitectónico do alemão Hermann Distel, as obras iniciaram-se em 1944 mas devido às circunstâncias condicionadas pela II Grande Guerra Mundial, a aquisição e o transporte dos materiais de construção ficaram comprometidas e o hospital só foi oficialmente inaugurado em 1953, abrindo as suas portas no ano seguinte, no dia 1 de Dezembro.

Para estabelecer a necessária separação entre os serviços da Faculdade e os do Hospital, foram concedidos dois corpos longitudinais de grande extensão, ligados por três alas transversais, formando um conjunto com um total de 10 andares. Os corpos longitudinais rematados, nos extremos, por quatro construções com 11 pisos, cada uma das quais correspondente a um serviço especial, auto-suficiente, embora abastecido pelos serviços centrais comuns.

Actualmente, o Hospital HMM assume-se como um grande centro hospitalar, ocupando uma área total de 128000 m², com mais de 1129 camas disponíveis de acordo com os dados estatísticos de 2004 e onde trabalham cerca de 5000 pessoas, dispondo de um alargado leque de serviços especializados, com uma

importante componente de investigação médica, o que lhe garante a sua permanente actualização e as condições de inovação, focando a sua actividade na elevada qualidade dos serviços prestados aos doentes, para quem se encontra orientado.

Nesta instituição de saúde existem cerca de 25 especialidades médico-cirúrgicas, inúmeros laboratórios e centros de investigação, funcionando ainda nestas instalações, uma Faculdade de Medicina e uma Escola de Enfermagem.

O Hospital HMM é, desde a sua fundação, um Hospital Universitário, o que explica a sub-especialização de muitas das suas unidades e consultas, a diversidade e o significado de muitos dos projectos de investigação, facto que conduz a uma dupla tutela de Ministérios: o da Saúde e o da Educação.

Segundo os registos de 2004, este hospital efectua uma média de 40300 internamentos por ano, 380000 Consultas Externas, 15800 atendimentos no Hospital de Dia, 22500 Intervenções Cirúrgicas e 229000 atendimentos em Serviço de Urgência.

Relativamente à sua estrutura organizacional, este hospital possui um responsável por cada área de trabalho: um Administrador, um Médico e uma Enfermeira Supervisora. Na actualidade, o órgão de gestão do hospital é composto por: Presidente do Concelho de Administração vulgo Director do Hospital; Administrador Delegado; Director Clínico; Enfermeira Directora.

É caracterizado por possuir vários Serviços de Internamento, tais como, Medicina I, II, III e IV, Pneumologia, Doenças Infecciosas, Cardiologia, Dermatologia e Venereologia, UTIC, Nefrologia e Urologia, Neurocirurgia, Psiquiatria e Pediatria e ainda serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, entre os quais, Anatomia Patológica, Anestesia, Farmácia, Imuno – Hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Patologia Clínica, Radiologia e Radioterapia.

O Serviço de Imagiologia, inicialmente denominado Serviço de Radiologia, foi inaugurado em Dezembro de 1954. Na altura era composto por duas secções distintas, radiodiagnóstico e a radioterapia. Posteriormente em 1993, a radioterapia tornou-se uma especialidade autónoma. Desde a data da inauguração até 1982, apenas se realizavam exames de Radiologia Convencional, com e sem contrastes e Angiografias. Em 1983, acompanhando a evolução mundial da ciência da imagem, o serviço de Radiologia passou a denominar-se por Imagiologia, devido ao facto de

terem surgido técnicas de imagem (Ecografia) cuja base já não se baseava exclusivamente na radiação X.

Em 1987 foi instalado o primeiro aparelho de Tomografia Computorizada, seguido em 1988 pela Angiografia Digital e por fim, em 1996, a Ressonância Magnética. Os novos métodos de imagem seccionada (Ecografia, TC e RM) trouxeram a possibilidade da visualização directa das estruturas anatómicas do corpo humano, com o desenvolvimento de inúmeras possibilidades de exames de diagnóstico e técnicas terapêuticas, também denominadas por Imagiologia de Intervenção. Foram, então, criadas progressivamente sub-especialidades dentro da Imagiologia, sendo considerada no momento, a Imagiologia Neurológica, que foi estruturada em 1983, inicialmente a funcionar integrada no Serviço de Neurocirurgia e a partir de 1986 no Serviço Central de Radiologia como uma especialidade autónoma.

Em 2003, após obras de remodelação profunda, o Serviço de Imagiologia reabre com duas salas de Radiologia Digital, três salas de Ecografia com doppler, duas salas de TC (uma das quais multicorte), uma sala de Ressonância Magnética e duas salas de Angiografia Digital. Esta remodelação alterou completamente a arquitectura do Serviço, tendo sido criada uma ampla recepção, corredores de circulação de doentes e ainda um piso superior para a Direcção do Serviço, biblioteca/sala de reuniões, vários gabinetes médicos e vestiários.

O Serviço de Imagiologia, a partir de Abril de 2004, passou a ser constituído por dois Serviços denominados de Imagiologia Geral e Imagiologia Neurológica. O Serviço central de Imagiologia é caracterizado por possuir as valências de Radiologia Digital, Ortopantomografia, Digestivos e Urologia, Apoio ao Bloco Operatório, uma área de tratamento de imagens e o Gabinete de Coordenação Técnica. O Serviço de Imagiologia Neurológica, por sua vez, é caracterizado por possuir as valências de Tomografia Computorizada (TC), Ressonância Magnética (RM), Angiografia Digital (AD), Mamografia e Ecografia.

Relativamente aos Recursos Humanos, este serviço dispõe de: 30 Médicos e 66 Técnicos de Radiologia (2 Técnicos de Radiologia Especialistas de 1ª Classe; 4 Técnicos de Radiologia Especialistas; 1 Técnico de Radiologia Principal; 59 Técnicos de Radiologia distribuídos pelas categorias de 1ª e 2ª Classe; 50 Auxiliares de Acção Médica; 16 Assistentes Administrativos; 7 Enfermeiros). Estes profissionais prestam apoio a todos os utentes que frequentam ambos os serviços descritos anteriormente.

2.1.2. - Caracterização do Hospital HOS

De acordo com o Guia de Acolhimento do Utente, o HOS começou a crescer a 15 de Maio de 1492 devido ao empenho do Rei D. João II, contudo somente no reinado de D. Manuel I é que este foi inaugurado. Este hospital destinava-se a acolher os pobres mais necessitados da área de Lisboa, a fim de proporcionar-lhes alguns remédios e recolhimento, tendo resultado da união de pequenos hospitais.

Em 1755 com o terramoto de Lisboa ficou completamente destruído o que levou a uma alteração da localização do novo edifício. Em 1770, instalou-se então o hospital nos novos edifícios, os quais viriam a sofrer readaptações dos espaços ao longo dos tempos.

No ano de 1913 este hospital passa a integrar o grupo dos Hospitais Cívicos de Lisboa até 1988, altura em que este grupo se desintegrou. Em 2004, depois da publicação da Portaria N.º 115-A/2004, esta instituição passou a pertencer ao Centro Hospitalar de Lisboa (CHL), Zona Central.

Desde sempre este hospital prestou a assistência ao ensino Médico, ao ensino de Enfermagem e de Tecnologias da Saúde, evidenciando-se já no século XV por conceder uma formação respeitável ao nível da cirurgia, sendo mesmo designado por “grande fábrica nacional de cirurgiões”. (Carapinheiro, 1993).

A instituição em análise é Geral polivalente com uma vocação para o utente traumatizado. Distribui-se, actualmente, por uma área de 47.740 m², possuindo as valências de Medicina, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Maxilo-Facial e Estomatologia. Presta também assistência a doentes “queimados” e possui várias Unidades Médicas especializadas, tais como, Unidade Vertebro-Medular, Urgência Médica, Cuidados Intensivos Cirúrgicos e Cuidados Intensivos Permanentes.

Os Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica são prestados ao nível de Anatomia Patológica, Audiometria, Cardiopneumologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia, Farmácia, Fisioterapia, Imuno-Hemoterapia, Neurofisiologia, Ortoptica, Patologia Clínica, **Radiologia** e Terapia da Fala.

O Serviço de Imagiologia do Hospital encontra-se repartido por quatro unidades distintas, sendo elas: Unidade Central; Unidade de Urgência; Unidade Ortopédica; Unidade Neurocirúrgica. No conjunto, as unidades possuem as valências de Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada, Angiografia, Mamografia, Digestivos, Ecografia. Os recursos humanos deste serviço,

nomeadamente os Técnicos de Radiologia, apoiam também algumas cirurgias que decorrem nas mais diversas salas dos Blocos Operatórios (BO).

Tendo em conta a referência anterior dos recursos humanos, importa descrever as diferentes Categorias Profissionais que este serviço apresenta: 1 Técnico de Radiologia Especialista de 1ª; 3 Técnicos de Radiologia Especialistas; 8 Técnicos de Radiologia Principais; 8 Técnicos de Radiologia de 1ª Classe; 21 Técnicos de Radiologia de 2ª Classe; 8 Técnicos de Radiologia de 2ª Classe a contrato. Além destes profissionais, o serviço conta com a participação de 24 Médicos Radiologistas, 3 Enfermeiros, 13 Administrativos e 33 Auxiliares de Acção Médica.

Na actualidade, estes profissionais prestam assistência a aproximadamente 160000 utentes provenientes dos vários serviços integrados neste hospital, dos quais 102000 provêm do serviço de urgência, 29000 das consultas externas e 28000 dos internamentos.

2.1.3. – Caracterização do Hospital HCA

As instalações do actual Hospital HCA têm as suas origens no século XVI, mais concretamente em de Fevereiro de 1570, sendo posteriormente inaugurado em 1579. O edifício inicial tinha a função de convento, porém o terramoto de 1755 destruiu grande parte da estrutura original. Posteriormente a este incidente as reconstruções do edifício começaram a ser desenvolvidas graças às esmolas dos devotos que frequentavam a igreja do convento.

Em 1834, com a extinção das ordens religiosas, este convento foi desocupado, ficando inactivo até 1836, altura em que a Rainha D. Maria II veio aqui fundar o Asilo de Mendicidade de Lisboa. Este Asilo tinha como função albergar os mendigos e indigentes de ambos os sexos, naturais de Lisboa sendo, então, gerido por uma comissão administrativa nomeada pelo Conselho Geral da Beneficência, composta por seis elementos entre os quais, um presidente e um secretário, os quais exerceram funções durante três anos.

Devido ao desenvolvimento demográfico e ao número avultado de necessitados, as instalações foram aumentadas de uma forma progressiva, adquirindo-se até o Palácio dos Condes de Murça em 1854 para uma ampliação com maior efectividade. Este Palácio abriga actualmente os Serviços de Oftalmologia e de Cirurgia.

Importa relevar que as suas instalações chegaram a albergar cerca de 1000 necessitados, possuindo para isso, dezoito dormitórios para os asilados válidos e seis enfermarias, distribuídas por doentes agudos, “entrevados” e inválidos. Para prestar apoio existiam várias oficinas e hortas que se encontravam anexadas ao edifício, onde os asilados desempenhavam as mais variadíssimas funções (serralheiros, polidores, sapateiros, etc.), o que permitia a satisfação de algumas necessidades do asilo e uma maior economia de recursos materiais e humanos. Para a manutenção de todos os espaços existiam receitas provenientes de benfeitores e da organização de eventos.

Anexo a este asilo encontram-se ainda as mercearias, hospícios fundados para darem abrigo a pessoas pobres e o Colégio Araújo localizado na freguesia de S. Jorge de Arroios que prestava apoio à educação de crianças pobres residentes nesta área. Este último actualmente serve de albergue a uma Instituição de apoio à juventude.

Por volta de 1898, este Asilo foi sendo desocupado gradualmente já que os necessitados foram transferidos para o Mosteiro de Alcobaça. Em 1928 reabre oficialmente mas como Instituição Hospitalar, sendo posteriormente anexado ao grupo de hospitais civis de Lisboa, devido à necessidade de ampliação que este grupo hospitalar apresentava, de modo que estas permitissem o descongestionamento das enfermarias e ainda, permitissem a criação de novos serviços, bem como o internamento de doentes, que à partida não teriam vagas.

Porém, os Hospitais Civis de Lisboa vieram a desintegrar-se em 1988 de acordo com o Decreto-Lei N.º 3/88.

De acordo com uma outra Portaria, a N.º 115-A/2004, o hospital passa a pertencer ao Centro Hospitalar de Lisboa (CHL), Zona Central.

Actualmente possui as valências de Gastreenterologia, Oftalmologia, Cirurgia, Medicina Física de Reabilitação, Neurologia, Neurorradiologia, Hematologia, Medicina I, II e III que prestam respectivamente cuidados de saúde a doentes que recorrem à Quimioterapia, às consultas de Doenças Auto-Imunes e Infecto-Contagiosas. Presta ainda cuidados na área dos Meios de Diagnóstico e Terapêutica, nomeadamente em Radiologia, Análises Clínicas, Anatomia Patologia, Fisioterapia, Dietética, Ortopática, Cardiopneumologia e Farmácia.

O Serviço de Radiologia, actualmente designado por Serviço de Imagiologia devido à presença de meios de diagnóstico que não utilizam Radiação ionizante, possui as valências de RC, na qual se incluem os exames realizados aos utentes que

estão internados no hospital e que não se podem deslocar ao serviço, TC, Mamografia, Digestivos, Ecografia, RM e Angiografia.

Para realizar as diversas actividades associadas a estas valências, o serviço dispõe dos seguintes Recursos Humanos: 14 Médicos Radiologistas; 23 Técnicos de Radiologia; 22 Auxiliares de Acção Médica; 7 Administrativos.

Os Técnicos de Radiologia desta instituição distribuem-se da seguinte forma: 10 Técnicos de Radiologia de 2ª Classe; 8 Técnicos de Radiologia de 1ª Classe; 2 Técnicos de Radiologia Principais; 3 Técnicos de Radiologia Especialistas.

Segundo as estatísticas de 2004, estes profissionais são responsáveis pela realização de mais de 38000 exames por ano distribuídos pelas várias valências do serviço já referidas, sendo a área da RC mais representativa, na medida em que se realizam mais de 1400 exames por mês.

2.1.4. – Caracterização do Hospital HEB

No decorrer dos anos 60 é iniciada uma obra com o intuito de se criar uma clínica privada. Porém, com a revolução de Abril de 1974 as obras ficaram estagnadas até o Ministério da Saúde adquirir o edifício e dar de novo andamento à obra, obra essa que foi concluída em 1987. Nesse mesmo ano, a 24 de Abril o edifício foi inaugurado como Hospital Público.

A 5 de Novembro de 1986 é criado o Decreto-Lei 11/86 onde vem designado que o objectivo principal desta instituição é prestar assistência médica-hospitalar, nomeadamente como urgência, sendo a Sede de Urgência para a zona Ocidental da área metropolitana de Lisboa trabalhando, no entanto, em parceria com outros hospitais.

Actualmente este hospital deixou de pertencer a função pública, sendo transformado em Sociedade Anónima (S.A.).

Segundo o Decreto-Lei anteriormente mencionado, este hospital é considerado como um Hospital Geral Central e de Ensino, pois coopera com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Além da cooperação que tem com esta faculdade, coopera igualmente com a formação ao nível das carreiras de Enfermagem e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Este hospital possui uma lista de valências aprovadas pelo Ministério da Saúde e da Educação descritas no Decreto-Lei 94/91 de 26 de Fevereiro, das quais

se destacam: Cirurgia Geral, Ginecologia / Obstetrícia, Medicina Interna, Patologia Clínica, Pediatria e Psiquiatria.

É ainda, caracterizado por possuir os seguintes Órgãos Administrativos:

Administração: Concelho de Administração; Presidente de Concelho de Administração; Administrador Delegado.

Direcção Técnica: Director Clínico; Enfermeiro Director

Apoio Técnico: Concelho Técnico; Comissão Médica; Comissão de Enfermagem; Comissão de Farmácia e Terapêutica

Participação e Consulta: Concelho Geral

As diferentes valências encontram-se distribuídas por vários pisos, entre as quais, Serviço de Urgência Obstetrícia, Pediatria Geral, Unidade de Neonatologia, Cirurgia Geral, Anestesia, Obstetrícia/Ginecologia, Unidade de Cuidados Intensivos Médicos (UCIM), Hemodinâmica, Medicina Interna, Urgência Ambulatória, Unidade de Endoscopia Digestiva, Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC), Oncologia e Gabinetes para consultas.

Na área dos Meios Complementares, este hospital conta com um Serviço de Alimentação e Dietética, Fisioterapia, Serviço de Radiologia, Laboratório de Patologia, Imuno-Hemoterapia, Anatomia Patológica e Farmácia.

Nesta instituição hospitalar, o serviço de Radiologia distribui-se por dois pisos. O Serviço de Radiologia propriamente dito situa-se do edifício principal e junto do serviço de Urgência, no piso superior, existe uma sala de Radiologia Convencional que lhe presta apoio. Os utentes que frequentam este serviço são externos e internados. Os primeiros podem ter acesso ao serviço através da marcação dos exames necessários previamente ou pelo Serviço de Urgência.

O serviço de Radiologia é dotado de várias valências, tais como: Ecografia e Ecodoppler; Hemodinâmica; Mamografia; Radiologia Convencional em Serviço de Urgência; Radiologia Convencional; Digestivos; Tomografia Computorizada.

Os Técnicos de Radiologia prestam ainda o apoio radioscópico no Bloco Operatório e efectuem radiogramas nos Serviços de internamento que possuam doentes acamados que não se possam deslocar ao Serviço de Radiologia (exames a doentes intransportáveis).

Neste serviço existem 30 Técnicos de Radiologia que asseguram o Serviço de Urgência e o Serviço Central. Destes 30 profissionais, 25 asseguram o Serviço de Urgência, estando distribuídos por 5 equipas de 5 elementos e encontram-se

distribuídos pelas categorias profissionais da seguinte forma: 20 Técnicos de Radiologia de 2ª Classe; 6 Técnicos de Radiologia de 1ª Classe; 1 Técnico de Radiologia Principal; 3 Técnicos de Radiologia Especialistas.

Além destes profissionais, no serviço existem ainda 16 Médicos, um dos quais assegura a função de Director do serviço e três Auxiliares de Acção Médica por cada equipa de Urgência.

2.1.5. – Caracterização do Hospital HPA

O Hospital HPA teve origem no Decreto-Lei N.º260/75 de 26 de Maio que revogou as anteriores funções da instituição pioneira, ou seja, o Centro Sanatorial que aqui permanecia deixou de existir dando lugar a um Hospital Geral Central. Contudo importa referir que o anterior Centro Sanatorial resultou da integração de vários Sanatórios que visavam o tratamento da Tuberculose em Portugal.

Em 1909 iniciaram-se obras nestas instalações com base num projecto desenvolvido por um arquitecto. Este projecto constava de um edificio que abrigava 100 camas mas que as dificuldades financeiras fizeram reduzir para 64. Porém, só em 1912 se dá a inauguração, uma vez que somente nesta data se disponibilizaram as mobílias necessárias ao desenvolvimento das diversas actividades inerentes à prestação de cuidados de saúde.

Em 1978, depois da expansão sucessiva das instalações, este hospital ligou-se à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa o que proporcionou inúmeros investimentos para remodelação de instalações e apetrechamento técnico dos serviços, para poder cumprir as exigências de qualidade e de diferenciação técnica. Actualmente é um Hospital que possui gestão privada.

O Serviço de Imagiologia não é excepção. Como tal, presta apoio no diagnóstico e terapêutica evidenciando-se as valências de: Radiologia Convencional; Tomografia Computorizada; Ecografia; Angiografia e Digestivos. Para desenvolver estas actividades, o serviço conta com a colaboração de: 11 Médicos Radiologistas; 21 Técnicos de Radiologia; 8 Administrativos; 9 Auxiliares de Acção Médica.

Na actualidade, este serviço chega a realizar uma média de 62500 exames por ano.

2.2. – Caracterização da Instituição Escolar ESR

A ESR nasceu a 23 de Dezembro de 1993, sendo herdeira de uma outra Escola Técnica que fora regulamentada pelo Decreto-Lei 371/82 a 10 de Setembro e do seu respectivo antecessor, o Centro de Formação dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, conhecido por Centro de Formação também regulamentado pela Portaria n.º. 709/80 de 23 de Setembro.

O ensino ministrado, porém nem sempre esteve integrado no sistema educativo nacional. Assim sendo, o ensino técnico entre 1980 e 23 de Dezembro de 1993 era marginal ao referido sistema educativo. Contudo, a partir desta data, e de acordo com o Decreto-Lei n.º. 415/93 foi integrado no Sistema Educativo português, ao nível do Ensino Politécnico, passando a conferir o grau académico de Bacharelato e permitindo que os indivíduos que tinham sido anteriormente formados por esta escola viessem a obter por equivalência esse mesmo grau académico.

De acordo com este mesmo diploma, a ESR dependia da tutela conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde até 2001, altura em que passa para a tutela exclusiva do Ministério da Educação.

Em 1999 é conferido ao Ensino Superior Politécnico Português a competência para ministrar ensino ao nível da Licenciatura, sendo a ESR abrangida por este regime.

No ano lectivo de 2001-2002, a ESR foi dotada de novas instalações que proporcionam todos os meios para a simbiose entre o ensino e a investigação das tecnologias da saúde contribuindo, desta forma, para a melhoria dos padrões de qualidade do ensino e da prestação de cuidados de saúde à comunidade.

Actualmente, esta instituição escolar lecciona Tecnologias da Saúde em doze áreas de Diagnóstico e Terapêutica: Análises Clínicas e Saúde Pública; Anatomia Patológica, Citológica e Tenatológica; Cardiopneumologia; Dietética; Farmácia; Fisioterapia; Medicina Nuclear; Ortoprotesia; Ortopédia; **Radiologia**; Radioterapia; Saúde Ambiental. Ou seja, a ESR confere doze licenciaturas, tendo no último ano lectivo um total de 1757 alunos.

Ao nível da formação avançada, com um total de 150 alunos à data do presente estudo, a ESR desenvolve pós-graduações em diversas áreas, mas que não conferem grau académico, exceptuando o Curso de Mestrado na área de Gestão dos Serviços de Saúde e Intervenção Comunitária, realizado em parceria com uma

instituição universitária. Paralelamente a esta formação oferece ainda cursos específicos de curta duração.

Relativamente ao corpo docente, na actualidade a Escola dispõe de cerca de 200 docentes, 60 dos quais a desenvolverem a sua actividade a tempo inteiro. Especificamente possui 82 Professores Adjuntos ou equiparados (dos quais 13 são Coordenadores) e 100 Professores Assistentes ou equiparados.

Quanto aos Monitores de Estágio que acompanham os alunos durante o 3º Ano, existem cerca de 200 para todas as áreas de formação em tecnologias da saúde.

O ensino é de carácter teórico, teórico-prático e prático. Actualmente, o ensino prático desenvolve-se maioritariamente nas instalações escolares, na medida em que existem laboratórios adequados e equipamentos instalados.

No futuro, está prevista a prestação de serviços à comunidade conforme consta no programa do planeamento da escola de 2005, o que certamente contribuirá para uma melhor eficácia do processo ensino/aprendizagem de cada aluno.

Assim sendo, esta instituição escolar enquanto centro de criação, transmissão e difusão da ciência, tecnologia e cultura, tem como missão o estudo, a docência, a investigação e a prestação de cuidados no âmbito das tecnologias da saúde.

2.2.1. Organização e indicadores de sucessos e insucessos nos estágios curriculares

De acordo com os dados fornecidos pela instituição escolar ESR referida no presente estudo, desde o ano 2000 que o número de alunos tem vindo a aumentar gradualmente até 2005. Neste sentido, o número de hospitais envolvidos na formação em Radiologia também teve de sofrer alterações para que houvesse uma adequação às novas necessidades impostas. Como tal, de 7 hospitais colaborantes em 2000 passaram a 11 hospitais em cada semestre, para que o número de alunos não excedesse os 2 por sala de trabalho. Assim sendo, mesmo que num hospital base estejam 6 alunos em estágio, estes não devem estar todos juntos na mesma sala de trabalho, executando cada valência separadamente para que as experiências sejam mais ricas e as possibilidades de praticar mais fecundas.

Destes 11 hospitais envolvidos em cada semestre, nem todos têm permanentemente alunos, prestando apenas apoio a alguns módulos e sub-módulos, ou seja, uma vez que existem hospitais base de estágio que não possuem os contextos

ideais e os recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento da aprendizagem em algumas áreas, a Escola pede colaboração a outras instituições hospitalares mais específicas que podem facultar esses recursos materiais e humanos necessários à satisfação dos objectivos colocados pelo programa curricular dos estágios, como é o caso da Pediatria, do Bloco Operatório, da Angiografia, entre outros.

Relativamente à organização dos estágios há ainda a acrescentar que para cada módulo existe um monitor responsável dentro do hospital. Caso exista um módulo de estágio igual (RC) nos dois semestres, o monitor mantém-se.

No primeiro semestre existem estágios opcionais, o de Angiografia e o de Pediatria.

O quadro 3 ilustra esta situação tendo em conta o processo adoptado nos últimos cinco anos pela ESR. No quadro em causa pode-se verificar instituições hospitalares com um número elevado de alunos (14-20), no entanto estes alunos nunca se encontram concomitantemente no hospital, pois vão sendo distribuídos ao longo do semestre para que, tal como já referi, a experiência e a aprendizagem sejam mais satisfatórias.

O quadro 4 evidencia os anos de experiência dos Monitores e no quadro 5 pode-se verificar que a média de aproveitamento dos alunos nos últimos três anos analisados se situa nos 15 valores, não existindo oscilações desmedidas de ano para ano. Porém pode-se destacar que o ano, cujos alunos alcançaram um melhor aproveitamento relativamente aos três anos analisados foi o de 2003/2004 e os alunos com menor aproveitamento global foram os que frequentaram o curso no ano lectivo de 2004/2005. Estes mesmos anos também se salientam relativamente aos anos anteriores no que diz respeito ao número de alunos, pois o primeiro foi o ano com maior número de alunos e o segundo com o menor número.

Destaco igualmente e, de acordo com o referido quadro, que o módulo de RC possui um aproveitamento superior no 2º semestre comparativamente com o do 1º semestre, sendo este um dos módulos em que os alunos possuem melhores classificações, seguido pelo módulo de TC e pelo de Mamografia.

A RM e Angiografia/Radiologia Pediátrica foram os módulos que mantiveram um aproveitamento mais constante de ano para ano.

Quadro 3 – Distribuição dos Alunos da ESR por Hospital /Monitor

Hospitais	1º Semestre	Monitores	2º Se- mestre	Monitores	Nº. Alunos por Hospital	Observações
A H. Base	RC Urologia* Mamografia* Angiografia/Pediatria*	Monitor A	RC TC RM*	Monitor A Monitor BB	4 a 7	Os alunos deslocaram-se a outros hospitais para realizarem as valências que estão assinaladas.
B H. Base	RC Mamografia Urologia* Angiografia/Pediatria*	Monitor B Monitor C	RC TC RM*	Monitor B Monitor CC	4 a 5	
C H. Base	RC Urologia Mamografia* Angiografia/Pediatria*	Monitor D Monitor E	RC TC RM*	Monitor D Monitor EE	4 a 6	
D H. Base	RC Urologia Mamografia* Angiografia/Pediatria*	Monitor F Monitor G	RC TC RM	Monitor F Monitor GG Monitor II	3 a 6	
E H. Base	RC Urologia Mamografia Angiografia	Monitor H Monitor H Monitor I Monitor J	RC TC RM	Monitor H Monitor JJ Monitor KK	4	Excepcionalmente existe um Monitor para RC e Urologia visto que a segunda é um sub-módulo da primeira.
F H. Base	RC Mamografia Urologia * Angiografia/Pediatria*	Monitor K Monitor L	RC TC RM	Monitor K Monitor LL Monitor US	2 a 4	
G H. Base	RC Urologia Mamografia Angiografia/Pediatria*	Monitor M Monitor M Monitor O	RC TC RM	Monitor M Monitor OO Monitor PP	4	Excepcionalmente existe um Monitor para RC e Urologia visto que a segunda é um sub-módulo da primeira.
H H. Base	RC Urologia Mamografia Angiografia	Monitor P Monitor Q Monitor R Monitor S	RC TC RM	Monitor P Monitor RR Monitor SS	4	
I H. Apoio	Mamografia	Monitor T	RM	Monitor X	4 a 5	Hospital de Apoio a Mamografia – 1º Semestre e RM – 2º Semestre
J H. Apoio	Angiografia	Monitor U	RM	Monitor W	20	Hospital de Apoio a Angiografia – 1º Semestre e RM – 2º Semestre
K H. Apoio	Urologia	Monitor V			12 a 14	Hospital de Apoio a Urologia – 1º Semestre
L H. Apoio			RM	Monitor Y	9 a 13	Hospital de Apoio a RM – 2º Semestre
M H. Apoio	Pediatria	Monitor Z			14 a 20	Hospital de Apoio a R. Pediátrica – 1º Semestre

Quadro 4 – Monitores e anos de experiência

Hospitais	Monitores	Grau Académico	Anos de Experiência
Hospital A	Monitor RC	Mestrando	9
	Monitor TC	Licenciado	4
Hospital B	Monitor RC	Licenciado	6
	Mamografia	Licenciado	2
	Monitor TC	Licenciado	7
Hospital C	Monitor RC	Licenciado	5
	Monitor Urologia	Licenciado	5
	Monitor TC	Licenciado	2
Hospital D	Monitor RC	Licenciado	3
	Monitor Urologia	Licenciado	3
	Monitor TC	Finalista da Licenciatura em RD	3
	Monitor RM	Finalista da Licenciatura em RD	3
Hospital E	Monitor RC	Licenciado	3
	Monitor Urologia	Licenciado	3
	Monitor Mamografia	Finalista da Licenciatura em RD	3
	Monitor Angiografia	Finalista da Licenciatura em RD	3
	Monitor TC	Finalista da Licenciatura em RD	3
	Monitor RM	Finalista da Licenciatura em RD	3
Hospital F	Monitor RC	Finalista da Licenciatura em RD	3
	Monitor Mamografia	Licenciado	3
	Monitor TC	Licenciado	3
	Monitor RM	Licenciado	3
Monitor G	Monitor RC	Mestrando	1
	Monitor Mamografia	Bacharel	5
	Monitor TC	Licenciado	5
	Monitor RM	Licenciado	1
Hospital H	Monitor RM	Licenciado	9
	Monitor Urologia	Licenciado	9
	Monitor Mamografia	Licenciado	8
	Monitor Angiografia	Licenciado	2
	Monitor TC	Licenciado	1
	Monitor RM	Licenciado	1
Hospital I	Monitor Mamografia	Licenciado	2
	Monitor RM	Licenciado	2
Hospital J	Monitor Angiografia	Licenciado	2
	Monitor RM	Licenciado	3
Hospital K	Monitor Urologia	Bacharel	4
Hospital L	Monitor RM	Licenciado	8
Hospital M	Monitor Pediatria	Bacharel	4

Quadro 5 – Aproveitamento dos Alunos da ESR nos Estágios

Ano Lectivo	1º Semestre			2º Semestre			
	Mamografia	Angiografia	RC	TC	RM	RP	RC
2002/2003	15,2	14,7	14,5	13,9	13,9	14	15,5
2003/2004	15,03	14,06	14,97	16,06	14,44	14,75	15,91
	Mamografia	Angio/RP	RC	TC	RM		RC
2004/2005	14,52	14,07	13,31	14,37	14,89		14,85
Nota: A RP e a Angiografia, neste ano lectivo, foram opcionais, daí a média final destes módulos estar junta. O módulo de estágio de RM foi alargado de duas para quatro semanas.							
	N.º de Alunos no 1º Semestre			N.º de Alunos no 2º Semestre			
2002/2003	28	28	28	30	30	30	30
2003/2004	36	36	36	36	36	36	36
2004/2005	29	29	29	27	27		27

3.- PERCURSO METODOLÓGICO

Para traçar um percurso metodológico adequado devem considerar-se os objectivos do estudo, bem como o tema da investigação, pois tal como refere Bell (1993), a abordagem adoptada e os métodos de recolha de dados que o investigador selecciona dependem impreterivelmente da natureza do estudo e das informações que se pretendem alcançar. Paraphrasing Pinto e Silva (1986) e Fortin (1996), a fase metodológica consiste numa estratégia que operacionaliza a investigação, na medida em que precisa o tipo de estudo, o meio onde se desenrola, a população visada, sistematizando todas as práticas inerentes à recolha dos dados, nomeadamente às técnicas que o permitem e à análise da informação.

Tendo este aspecto em conta, importa referir que este estudo é caracterizado por ter utilizado uma metodologia fundada numa abordagem qualitativa, uma vez que pretendeu aprofundar intensivamente a monitorização de estágios e o seu impacto no desempenho dos papéis de Técnico de Radiologia e de Monitor. A estratégia da análise intensiva recaiu ao nível do estudo de caso.

Assim sendo, este capítulo do trabalho ilustra o tipo de estudo realizado, a população estudada e todos os procedimentos relativos à colheita de dados.

3.1. Fundamentos da Abordagem Qualitativa

Tendo em atenção a temática do estudo, assim como o interesse investigativo em conhecer com adequada profundidade e intensidade os diferentes campos de interacção que subjazem nas práticas de monitorização dos monitores nos locais de trabalho, pareceu-me pertinente optar por uma abordagem qualitativa do objecto de estudo.

Como se sabe, a abordagem qualitativa é um paradigma que permite a “abertura” para a descrição aprofundada das experiências e emoções dos participantes envolvidos no estudo, sendo caracterizada por “descrever ou interpretar, mais do que avaliar. Esta forma de desenvolver o conhecimento demonstra a importância primordial da compreensão do investigador (...) para dar um sentido ao fenómeno” (Fortin, 1996: 22).

Neste sentido, António Garnica (1997) caracteriza o fenómeno como algo diferente de um facto, que se mostra e que se manifesta consoante cada caso, podendo manifestar-se de várias formas, dependendo do acesso que se tem a cada

um deles, devendo sempre ser visto de uma forma contextualizada. O facto, por sua vez, é caracterizado por ser uma realidade objectiva, é um evento, uma ocorrência que está disponível e apreensível à experiência e que é observável e mensurável.

Assim sendo, Julienne Meyer (2005) refere que esta abordagem tem vindo a ser utilizada largamente pelas ciências sociais e na “pesquisa de acção”, principalmente quando o objecto de estudo recai nas relações interpessoais, nas pessoas e por vezes nos fenómenos que lhes estão inerentes e que desencadeiam problemas, tentando encontrar e aplicar posteriormente soluções para os mesmos e monitorizar os resultados das mudanças sociais induzidas.

Moreira (2002) acrescenta ainda que a pesquisa qualitativa apresenta como características básicas a focagem na interpretação, a subjectividade, a flexibilidade que pode existir na sua condução, a maior orientação para os processos do que para os resultados e uma preocupação com o contexto onde se desenrola a acção que se pretende analisar, de forma a entender o comportamento manifestado pelos actores envolvidos e as suas experiências.

Face ao exposto, este estudo qualitativo procurou explorar o ponto de vista e a posição “interna” dos actores face a um facto, apontando e examinando os significados, as percepções, as experiências e compreendendo todos os actores sociais envolvidos no estudo, a nível de comportamentos, actividades e eventos. Subentende-se, assim, que a pesquisa qualitativa possui um carácter “interpretativo” e “naturalista” demarcando-se amplamente dos outros estudos, no que diz respeito ao campo da pesquisa do mundo-real e, ainda, pelo facto de ser conduzida num ambiente confortável e familiar para os participantes do estudo.

Sendo verdade a participação dos actores na pesquisa é fundamental, não só para que estes entendam as necessidades de mudança, como também participem nos processos que conduzem a essa mudança (Meyer, 2005).

Garnica (1997) salienta ainda que a forma como os observados utilizam as palavras e os seus significados deve ser analisada já que pode ocultar o que eles querem dizer ou que estão a pensar. O que é dito nas descrições por eles efectuadas apontam para as vivências dos fenómenos que se querem compreender e isso é que interessa, já que neste estudo para entender o fenómeno é necessário perscrutá-lo para captar através da descrição, a forma como o indivíduo o percebe.

Os investigadores qualitativos normalmente dão ênfase a uma orientação flexível e contextualizada no âmbito de uma pesquisa *informante-investigador*. Portanto, os estudos qualitativos oferecem a oportunidade de se desenvolverem

relacionamentos que não podem ser desperdiçados, especialmente se acreditamos na concepção de uma prestação de serviços, cuja organização do trabalho passa pela criação de equipas competentes para satisfazerem as necessidades dos utentes, com qualidade.

Segundo Godoy (1995 cf. Leitão, 2003), a abordagem qualitativa não tem como objectivo principal a enumeração ou medição dos factos estudados mas sim a obtenção de dados descritos pelos indivíduos inseridos nos contextos analisados, a análise dos espaços e dos processos interactivos para uma melhor compreensão das perspectivas dos sujeitos. Visto isso, neste tipo de abordagem destaca-se a necessidade de ouvir, questionar e observar caminhos que permitem a obtenção de dados, sendo as entrevistas, os diários, a observação participante e o *Grupo-Foco* técnicas que permitem registar num “*corpus*” o desenrolar de uma da acção que depois é então devidamente analisado, permitindo por vezes, a criação de novas hipóteses baseadas na interpretação desse “*corpus*”.

Neste tipo de abordagem o objectivo não é quantificar os dados recolhidos, tal como foi referido, porém devem ser relevadas as frequências com que são pronunciados, criando para isso unidades de registo, categorias e explicações teóricas. Assim sendo, a abordagem qualitativa utiliza a análise de categorias para explicar os fenómenos sociais que se propõe estudar. Estas categorias vão surgindo de uma forma gradual e indutiva à medida que se estabelece um contacto com os dados recolhidos, ou então, também se podem deduzir, embora esta seja a forma menos comum na abordagem qualitativa (Garnica 1997 e Pope et al. 2005).

Segundo os mesmos autores, a leitura do “*corpus*” dos dados recolhidos permite que o investigador se centre em frases específicas, incidentes ou tipos de comportamento que vão constituir a base das categorias, as quais vão surgindo através de comparações constantes com a restante informação e da forma de como o próprio investigador interroga as descrições feitas do fenómeno, contemplando-o das várias perspectivas possíveis, o que implica um olhar atento, coerente e sistematizado.

Em suma, a abordagem qualitativa oferece um outro olhar sobre os contextos de estudo, conferindo à própria pesquisa uma perspectiva intensiva, sem perder a noção holística e compreensiva da realidade.

Assim sendo, no decurso da investigação realizada, os participantes foram observados e activamente envolvidos não só nas respostas que deram, mas também,

na modelação das questões de investigação e agenda de progressos do próprio estudo, tal como Adams e Smith (2003) sugerem.

Deste modo, construiu-se uma trajectória circular em torno do fenómeno que é focado neste estudo, para o poder compreender sem enfatizar demasiado os princípios, leis e generalizações mas considerando a qualidade, isto é, averiguando os elementos que sejam significativos para o observador-investigador, o qual deve estar mergulhado no contexto onde a acção se desenrola.

3.2. Estudo de Caso: Critérios e Procedimentos

Para definir os métodos e técnicas que apliquei no estudo tive em conta que é um estudo de caso ou “estudo monográfico”, porque “proporciona uma oportunidade para estudar, de forma mais ou menos profunda, um determinado aspecto de um problema em pouco tempo (...) o estudo caso tem sido definido como sendo um “termo global para uma família de métodos de investigação que têm em comum o facto de se concentrarem deliberadamente sobre o estudo de um determinado caso” (Adelman et al., 1977) ” (Bell, 1997: 22-23).

Segundo Yin (1993) e Ragin (1992), este tipo de estudos é de natureza empírica e é muito utilizado para estudos de fenómenos contemporâneos dentro do seu contexto real recorrendo muito ao trabalho em campo, tirando partido de múltiplas fontes de evidência de forma a criar ou a testar teorias as quais visam a elucidação das características das relações sociais de um grupo, de uma instituição ou de um lugar físico, o que impõe a presença de descrições que contemplem a realidade vivida pelos elementos observados. Assim, este tipo de estudo preocupa-se em observar, reconstruir e analisar o objecto de estudo, bem como aprofundar todas as suas dimensões num determinado espaço e num tempo específico (Hamel, 1992; Ragin, 1992 e Silva, 2001).

Num estudo de caso, como em qualquer outra investigação, tudo é planeado e os dados são recolhidos de forma sistemática, interessando-se “sobretudo pela interacção de factores e acontecimentos e, como Nisbete e Watt (1980: 5) salientam, “por vezes, apenas tomando em consideração um caso prático pode obter-se uma ideia completa desta interacção”. Apesar da observação e das entrevistas serem os métodos mais frequentemente utilizados nesta abordagem, nenhum método é excluído. As técnicas de recolha de informação seleccionadas são aquelas que se adequam à tarefa.

A grande vantagem do estudo de caso reside no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num “caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interactivos em curso” (Bell, 1997: 23).

O investigador identifica um caso a estudar, que pode ser, por exemplo, a forma como uma instituição se comporta em função de determinada característica, observando-a, questionando-a e estudando-a, uma vez que cada organização tem as suas características únicas e específicas. Como tal, o investigador deve identificá-las e descrever de que modo é que estas influenciam a implementação de novos métodos de trabalho e o seu funcionamento. A informação recolhida é depois tratada, seleccionada e estudada a fim de se apresentar no relatório final (Bell, 1997; Ragin, 1992).

Segundo Gauthier (2003), esta abordagem de investigação é caracterizada pelo número restrito de situações analisadas em profundidade que poderá vir a alimentar uma nova fase de desenvolvimento de teorias ou de modelos.

Porém, o estudo de caso apresenta uma limitação relativamente à generalização, pois esta geralmente não é possível, uma vez que os estudos de caso fazem análise de um ou poucos fenómenos causais de uma determinada realidade e, como tal, são susceptíveis de serem generalizados. Porém, os objectivos deste tipo de estudos “não são proporcionar o conhecimento preciso das características de uma população, mas sim o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis factores que o influenciam ou que são por ele influenciados” (Gil, 2002: 55).

No estudo realizado debruzei-me especificamente sobre o quotidiano de trabalho dos Técnicos de Radiologia, no que diz respeito à organização do trabalho, práticas de Monitorização e relações interpessoais, ou seja, situei-me na pesquisa do desempenho de “duplos papéis” que os Técnicos de Radiologia podem desenvolver em diferentes contextos hospitalares, questionando-os e observando-os de modo a extrair os dados que necessitava, pois cada organização, como já referi, tem as suas características únicas e específicas.

Tendo em conta estes aspectos, o presente estudo é caracterizado por possuir um carácter explanatório, mas que não refuta a leitura analítica, nem a dimensão explicativa dos fenómenos dados a observar, porque, em termos estritos, pretendi analisar aprofundadamente o quotidiano dos profissionais de Radiologia,

identificando os principais factores que determinaram ou contribuíram para a ocorrência de determinados factos, aprofundando o conhecimento que se tem da realidade, explicando a razão, isto é, o porquê dos fenómenos (Gil, 2002; Yin, 1993; Ragin, 1992) que veiculam no quotidiano de trabalho dos TR.

3.3. Focus Group: uma Opção Estratégica

Importa agora dar a conhecer as técnicas seleccionadas para a concretização do estudo.

O *Focus Group* ou *Grupo – Focus* foi uma dessas técnicas seleccionadas, na medida em que permite uma construção cultural do conjunto e em conjunto de todas as experiências do quotidiano e das estratégias de acção de cada participante, ouvindo-os e aprendendo com eles, facto que a torna atractiva para este tipo de estudos.

Assim sendo, para uma melhor compreensão dos motivos que me levaram a seleccionar esta técnica, passo então a defini-la e a caracterizá-la mais pormenorizadamente, salientando os pontos fortes e referindo os pontos menos fortes.

Definição:

Para definir, importa compreender a origem da técnica, como tal, passo a descrever as “etapas históricas” mais marcantes.

Morgan (1998) afirma que o *Grupo – Focus* se desenvolveu em três fases.

A primeira fase ocorreu no início do século XX, aquando da sua aplicação para o desenvolvimento de questionários, em que vários participantes sugeriam quais as melhorias que deveriam ser implementadas. A técnica começou a ser utilizada em 1926 por um sociólogo (Bogardus) que constatou a sua riqueza aquando da realização de um estudo com estudantes. Este estudioso incentivava discussões originadas pela exposição das ideias dos alunos que posteriormente analisava. Desde então, esta técnica tem sofrido algumas estruturas ao longo dos tempos (Madriz, 2000).

A segunda fase do processo decorreu entre a II Grande Guerra Mundial e os anos setenta do século passado. Os investigadores aplicaram o *Grupo–Focus* de modo a descobrirem e a compreenderam o que as pessoas queriam e o que elas necessitavam. Nos anos quarenta, Robert Merton e Raul Lazarsfeld introduziram

este tipo de entrevista nas ciências sociais aquando da sua aplicação para auscultar a reacção do grupo relativamente a um programa de rádio, tendo surgido apenas em 1956, o primeiro livro sobre esta temática (Madriz, 2000 e Leitão, 2003).

A terceira e última fase desenvolveu-se, a partir dos anos oitenta, está ligada à aplicação desta técnica em diversas temáticas, tais como, saúde, comportamento sexual, comportamentos relativos à aquisição de produtos, entre outros. De facto, nos últimos anos, os investigadores têm-na considerado como uma das técnicas mais importantes na pesquisa qualitativa avivando o interesse desta nas áreas da sociologia e da antropologia. Até mesmo os políticos têm utilizado esta técnica de forma a descobrirem qual é a percepção que os eleitores têm dos diferentes candidatos (Madriz, 2000 e Geoffrion, 2003).

A principal crítica que se colocou à investigação qualitativa, nomeadamente, ao *Grupo-Focus* foi a convicção que os investigadores tinham relativamente aos métodos quantitativos, pois na época o paradigma vigente assim o impunha. “Acreditavam” que os “números” exprimiam melhor a realidade social, já que os métodos quantitativos eram sentidos na época como os mais “científicos”.

Sendo verdade, esta ferramenta pode ser utilizada em áreas do conhecimento humano que envolvam pessoas cuja interacção gera conhecimento e isso pode acontecer no Serviço de Radiologia, pois neste espaço pode-se avaliar o tipo de relações que se estabelecem para que se possam entender as particularidades de cada situação, as dinâmicas de acção e conseqüentemente, a organização do trabalho, especialmente quando existem elementos externos ao serviço.

Caracterização:

Caracterizando esta técnica de acordo com Morgan (1998), pode-se dizer que possui elementos de duas técnicas, a observação participativa e as entrevistas individuais, além das suas particularidades específicas que permitem considerá-lo uma técnica de pesquisa distinta. Apresenta como particularidade fundamental uma metodologia de ouvir as pessoas e aprender com elas. Geoffrion (2003) salienta mesmo que esta técnica permite que se analisem um vasto conjunto de problemas.

O *Grupo-Focus* centra assim, o seu interesse nas temáticas que são depois discutidas no seio de um grupo de pessoas previamente seleccionadas que podem fornecer informações pertinentes relativas a essas temáticas, funcionando assim como informantes-chave. Existe, pois, uma interacção durante a pesquisa, frente-a-frente, utilizando múltiplos tipos de comunicação (verbal, corporal/gestual), o que

faz com que os participantes se sintam em ambientes seguros para se exprimirem, isto se a entrevista for bem conduzida. Se o ambiente for agradável, os participantes podem partilhar ideias, experiências de vida e atitudes com elementos do mesmo nível sócio – económico e étnico.

Para Morgan (1988) e Wilkinson (1998), nos estudos onde se aplica este técnica, de um modo geral os indivíduos consideram a experiência mais gratificante e estimulante que nas entrevistas individuais (cf. Madriz, 2000). O *Grupo-Focus* dá um particular significado às vozes e aos sentimentos dos participantes, o que permite uma “construção cultural do conjunto e em conjunto”, dando ênfase às experiências do quotidiano e às estratégias de acção de cada um.

Desenvolve-se, por isso, uma pesquisa colectiva, por vezes individual, que visa as características múltiplas dos participantes, tais como, atitudes, experiências e crenças. Contudo, nas ciências sociais, os métodos de pesquisa individual prevalecem face aos colectivos por várias razões. Primeiro existe um domínio dos estudos quantitativos, os quais dão preferência aos questionários individuais por permitirem uma colheita de dados mais favorável e aceitável. Segundo, porque entre os investigadores qualitativos, as entrevistas individuais, frente-a-frente são as mais utilizadas como instrumento de pesquisa. Só recentemente é que os testemunhos colectivos ganharam mais ênfase entre os investigadores.

A técnica do *Grupo-Focus* permite descobrir pormenores das experiências do quotidiano, sentimentos, atitudes, esperanças e sonhos que os elementos visados pela pesquisa possuem.

Porém, para que essa avaliação seja possível, o pesquisador deve garantir que todos os indivíduos que constituem o *Grupo-Focus* estiveram envolvidos numa situação idêntica observável para que seja mais fácil colectar os dados através da interacção entre eles. O grupo deve ser constituído por poucas pessoas (6 a 12) para que essa interacção, resultante da aplicação de uma entrevista grupal, seja possível. O intuito é criar uma situação informal para que os elementos em estudo consigam debater uma temática que lhes diga respeito, num ambiente agradável para que se sintam à vontade em expressar os sentimentos, emoções e perspectivas, criando quase uma viagem cujas imagens captadas levam à construção de um conhecimento que os próprios indivíduos desconheciam.

Além de proporcionar a auscultação de uma pluralidade de vozes e de proporcionar uma eventual mudança social, o *Grupo – Focus* apresenta-se como uma potencial ferramenta que permite construir conhecimentos relativos à cultura e às

dinâmicas do grupo, uma vez que cada um apresenta uma linguagem específica. A interacção entre os elementos também proporciona a correcção de contradições que possam ser emitidas pelos participantes ao longo da discussão.

É nesta sequência que Berg (1998) enfatiza a importância da interacção social na troca das experiências, das opiniões e nos debates que estas suscitam, conduzindo a uma construção social e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de um conhecimento. Este processo é essencial para descrever a história e a cultura de um determinado composto humano (Madriz, 2000).

A pluralidade de vozes evidenciada pelo *Grupo-Focus* valida as experiências subjectivas e concede poderes aos participantes apoiados nas pesquisas, o que poderá permitir uma luta por melhores condições nos ambientes, quer de trabalho, quer familiares.

Visto isso, esta técnica já é utilizada amplamente nas organizações para o desenvolvimento da gestão, pois o conhecimento gerado pela expressão das ideias de todos os elementos nela integrados pode proporcionar a resolução de problemas que possam surgir no quotidiano de trabalho (Madriz, 2000; Leitão, 2003).

Calder (1977) acrescenta que a técnica de *Grupo-Focus* pode ser classificada de acordo com a sua utilização. Assim temos:

- Exploratório: funciona como um teste piloto ou para gerar teorias ou hipóteses que posteriormente serão testadas de acordo com outras metodologias mas mais ligadas ao paradigma quantitativo.

- Clínico: esta abordagem é efectuada quando se pretende avaliar a motivação para uma compreensão dos comportamentos e atitudes que os indivíduos apresentam. Também é utilizada para aprofundar determinados temas.

- Fenomenológico: permite uma exploração das ideologias e vivências dos elementos que participam no grupo, de maneira que o pesquisador consegue analisar todo o mundo envolvente a partir destes.

Vantagens e Desvantagens:

Segundo Morgan (1988) e Glitz (1998), esta técnica apresenta como vantagens, a facilidade de condução que estes grupos apresentam, o que permite a obtenção de informação de uma forma relativamente fácil. Os dados recolhidos dizem respeito não só ao que os indivíduos dizem mas também ao que eles mostram de uma forma implícita.

Além disso, o ser humano aprecia a interacção com os outros e toma decisões, a maior parte das vezes, após discutir com as pessoas que o rodeiam. Por isso, a singularidade do *Grupo-Focus* mais marcante está relacionada com a possibilidade que esta técnica traz de se observar a interacção humana, além de proporcionar aos pesquisadores uma colheita de informações pertinentes relacionadas com essa interacção, num período de tempo relativamente reduzido. (Madriz, 2000; Leitão, 2003).

De acordo com Maynard e Purvis (1994), o *Grupo-Focus* apresenta como vantagem a capacidade de considerar as opiniões dos indivíduos marginalizados dentro de um grupo, na medida em que conduz os participantes ao diálogo e à troca de ideias.

Segundo Denzin (1986) e Frei e Fontana (1993), o *Grupo-Focus* tem sido utilizado com uma maior frequência, uma vez que se constatou que o entrevistador possui uma influência mais reduzida nos participantes do estudo. Este facto permite uma expressão livre das ideologias, encorajando os membros a falarem. Nas entrevistas individuais, o entrevistador domina mais a entrevista, seleccionando os tópicos e escolhendo as questões a colocar, impondo uma organização dos elementos recolhidos durante a entrevista. Este aspecto é minimizado pelo *Grupo-Focus*, dado que a natureza colectiva conferida pelo grupo concede poder aos participantes e valida as suas experiências. Por outras palavras, o *Grupo-Focus* permite uma visualização das experiências quotidianas trazidas a lume pelas histórias colectivas relatadas pelos membros do grupo cujos símbolos culturais, as palavras, os significados e as representações ideológicas deixam transparecer os jogos de poder e os domínios que se impõem naturalmente ou não entre eles.

Esta técnica de pesquisa foi amplamente aplicada nos EUA em estudos feministas, especialmente nas pesquisas relacionadas com mulheres de baixo estatuto sócio-económico e de etnia negra, uma vez que esta abordagem permitia uma auscultação das “vozes” destas mulheres, as quais, em conjunto superavam o medo de exporem e partilhavam as suas experiências encontrando, por vezes, algum conforto e compreensão durante o desenvolvimento do processo.

Olsen (1994) refere mesmo que esta metodologia pode desencadear potenciais mudanças sociais devido à consciencialização de uma determinada problemática pela interacção desenvolvida no grupo, tais como, criação de organizações, grupos de igreja e clubes que podem proporcionar apoios a indivíduos necessitados. No caso concreto dos estudos feministas, a criação destas infra-

estruturas era sugerida para que as mulheres, se sentissem simultaneamente compreendidas e aprendessem a controlar o domínio exercido pelos homens.

Além da recolha das opiniões, atitudes e experiências individuais e colectivas, o *Grupo-Focus*, se os investigadores assim o desejarem, permite a construção de novos paradigmas na pesquisa social e a promoção de mudanças sociais (Madriz, 2000).

Na verdade, o facto desta técnica permitir a partilha de histórias de vida e de conhecimentos proporciona o desenvolvimento, no seio dos participantes, do conceito de identidade, pertença e de uma ligação entre eles, facultando a criação de um ambiente que proporciona aos participantes uma abertura maior à expressão dos seus testemunhos de vida. Neste sentido, existe uma possibilidade maior dos participantes controlarem o processo da discussão, transpondo o diálogo para áreas que consideram relevantes dentro da temática em estudo. Esta particularidade pode inclusive, despertar o investigador para aspectos relevantes que, à partida ele não considerou, mas que são fulcrais para a construção de um conhecimento mais amplo.

Outra das vantagens do técnico está relacionada com a possibilidade de ser aplicada a crianças e analfabetos, obtendo-se resultados com alguma rapidez. Efectivamente, Michel Fine (1994) acrescenta ainda que os pesquisadores “qualitativos” permitem a concepção de uma união entre o “eu” e os “outros” com a técnica do *Grupo-Focus*, minimizando as distâncias entre os participantes e o controlo do entrevistador/moderador (Madriz, 2000).

Apesar das vantagens que esta técnica apresenta, o *Grupo-Focus* demorou a ser reconhecido como um instrumento válido. Por isso, as informações inerentes a esta metodologia são escassas e pouco sistematizadas. Devido a este facto, Morgan e Krueger (1993) alerta que o conhecimento relativo à técnica depende quase exclusivamente das experiências pessoais e de escassas investigações sistematizadas (Madriz, 2000).

Como pontos fracos desta técnica, eles estão relacionados com o facto do comportamento individual ser alterado quando se está inserido num grupo e com a distorção de factos que pode ocorrer, motivada por alguns elementos do grupo. Pode existir também uma perda do foco, o que conduz a ocorra uma perda dos objectivos. Este aspecto só poderá ser contornado de acordo com a habilidade do moderador em reconduzir o debate, estimulando e mantendo os entrevistados dentro do objectivo.

Esta técnica também não deve ser utilizada quando o intuito é “educar” os membros do grupo, ou resolver problemas e conflitos ou quando se desejam obter perfis quantitativos, esta técnica também não o permite (Leitão, 2003).

De acordo com Morgan (1998), nos casos cuja recolha de informações visa dados de carácter pessoal, a técnica do *Grupo-Focus* também não deve ser aplicada, assim como, na generalização de resultados da pesquisa, facto que também é evidenciado por Geoffrion (2003). Este autor acrescenta que o *Grupo-Focus* não permite extrapolar os resultados da amostra para o conjunto da população, na medida em que os grupos seleccionados não são submetidos aos princípios aplicados à amostragem aleatória e a opinião de todos nem sempre é expressa, por isso seria pouco correcto generalizar os factos.

Além disso, a técnica também não pode ser aplicada quando o grupo visado tem muitos desentendimentos e os membros são hostis uns para os outros, na medida em que a recolha das informações fica comprometida por não existir uma interacção social favorável.

Assim sendo, o *Grupo-Focus* apresenta algumas reservas relativas à efectividade do conjunto das informações. Entre essas reservas está a influência que o entrevistador tem sobre os participantes e as limitações impostas pelas questões fechadas. No que diz respeito à limitação imposta pela influência, salienta-se o facto do entrevistador poder influenciar as respostas com a sua opinião pessoal, mesmo que involuntariamente.

No que diz respeito às limitações que são impostas pelas questões fechadas, também são evidentes, pois segundo Krueger (1994) as técnicas de entrevista tradicionais cujos questionários são muito estruturados condicionam, de certa forma, a organização das entrevistas, dos pontos de vista e das crenças. As Técnicas menos directas trazem a lume a realidade social de uma forma mais espontânea, menos provocada (Madriz, 2000 e Geoffrion, 2003).

A escassez de recursos financeiros também é um ponto fraco, uma vez que faz com que por vezes se recorra a voluntários e estes nem sempre estão disponíveis (Leitão, 2003).

Comparando esta técnica com a observação participante, também apresenta uma desvantagem, a qual está relacionada com a interacção social. A observação participante aplica-se nos locais visados pelo estudo e, por isso, decorre em ambientes familiares aos participantes, permitindo uma colheita de dados mais rica. O facto da técnica de *Grupo-Focus* não decorrer no ambiente natural tem como

consequência, um leque de informações comportamentais mais restrito e limitado, focando mais as comunicações verbais, linguagem corporal e aos próprios elementos referidos pelos participantes.

Com a aplicação do *Grupo-Focus* é difícil de perceber se a interacção social entre os elementos é ou não autêntica. Contudo, esta limitação também se pode colocar na observação participante, uma vez que a presença do investigador pode induzir alterações no comportamento.

Neste sentido, o *Grupo-Focus* relativamente à observação participante tem como inconveniente o facto da sua aplicação não decorrer em contextos familiares. Porém, este aspecto pode ser ultrapassado se no espaço físico onde decorrem as entrevistas forem colocados objectos que sejam familiares aos participantes.

O *Grupo-Focus* em comparação com as entrevistas individuais, apresenta algumas vantagens relacionadas com a possibilidade de se observar a interacção entre os participantes. Além disso, esta técnica proporciona a aquisição de respostas mais espontâneas pelo envolvimento que se cria durante as discussões.

A interacção entre o entrevistador e os participantes também é inferior na técnica do *Grupo-Focus* e este facto, de certa forma, permite um maior desenvolvimento das opiniões dos participantes (Madriz, 2000).

As técnicas individuais de colheita de dados, segundo Sue Wilkinson (1998), prejudicam a investigação, uma vez que conduzem ao isolamento dos indivíduos em relação ao seu contexto social, afectando a sua contribuição para o estudo.

Adaptando o *Focus Grupo* ao estudo, nomeadamente numa perspectiva mais exploratória da dimensão clínica e fenomenológica, sem negligenciar algumas das desvantagens implícitas da própria técnica, esta permitiu colocar em evidência as percepções dos Técnicos de Radiologia sobre a organização e divisão do trabalho, práticas de monitorização, relações interpessoais, trazendo a lume as diferentes expectativas para a construção de novas metodologias de acção. A discussão em grupo foi guiada, como já foi referido anteriormente, por uma entrevista, estabelecida por um roteiro com o propósito de atingir os objectivos do estudo, que apresentarei mais adiante com mais pormenor.

3.4. Planeamento dos Grupos e Selecção dos Entrevistados: Critérios e Procedimentos

No que diz respeito aos critérios, baseei-me essencialmente em Geoffrion (2003) e Madriz (2000), pois estes autores salientam que existem algumas regras para a estruturação do *Grupo-Focus*, devendo estas serem adaptadas às necessidades impostas pelo contexto em que decorrem.

Assim, os elementos seleccionados para integrarem um *Grupo-Focus* devem apresentar um perfil sócio-educacional e económico homogéneo, para que haja uma similaridade de estilo de vida e de problemas, de maneira a que não ocorram discrepâncias e distorções no momento da entrevista. Deverá existir uma segmentação por categorias, idade e sexo de acordo com o objectivo da entrevista, além de que as perspectivas e as necessidades podem variar, de uma forma acentuada, o que leva a uma compreensão diferente dos contextos que se pretendem analisar. Este facto proporciona um conforto na partilha de ideias relativas às representações sociais e culturais desses contextos em que estão inseridos (Madriz, 2000).

Os participantes devem ter uma capacidade de discussão bem desenvolvida nos parâmetros do estudo, devem portanto, apresentar uma vasta experiência e conhecimentos relativos à temática em debate, bem como uma boa capacidade intelectual para que fique garantida a compreensão das questões colocadas (Geoffrion 2003). Além disso, na planificação dos grupos deve-se considerar a dinâmica que se estabelece entre os membros, pois esta difere de acordo com o tamanho dos grupos.

Os grupos mais pequenos permitem uma exploração de documentos técnicos e ainda, das emoções mais profundas, implicando uma maior disponibilização de tempo e uma maior dificuldade de análise de dados. Portanto, o número de elementos não deve ser inferior a 6 nem superior a 8. Este tipo de grupo permite, também, que os indivíduos tenham mais tempo para fazerem as suas exposições e, além disso, possibilitando ao moderador um maior controlo sobre os membros, uma vez que as emoções podem comprometer o seguimento da entrevista. Contudo, apresentam a desvantagem do número de opiniões ser menos diversificada e se a participação de cada elemento não for dinâmica, a entrevista pode mesmo ser penosa e cansativa.

Os grupos de maior dimensão devem possuir 10 a 12 elementos e permitem a obtenção de um maior volume de dados, por isso, o moderador deve possuir alguma experiência para impor disciplina mas não de uma forma rígida, para que as ideias fluam naturalmente, como tal, os participantes poderão ver o seu espaço no debate mais reduzido e isso poderá causar alguma frustração e, conseqüentemente, os elementos que assim se sintam podem quebrar a sinergia do grupo por desenvolverem diálogos paralelos com os participantes que o ladeiam.

A dimensão dos grupos não deve ser superior a 12 elementos, na medida em que se torna difícil a interação, levando mesmo a que haja alguém que não partilhe as suas experiências e perspectivas. Por outro lado, os grupos com menos de 6 elementos também ficam circunscritos na discussão das temáticas, principalmente se existir um membro que tende a ser líder na formação das opiniões, podendo influenciar os outros.

Se o grupo seleccionado for composto por elementos que já se conhecem, poderá desenvolver-se uma facilidade na troca de informações e opiniões que poderão tornar a entrevista mais rica ou então poderá correr o efeito contrário, isto é, as opiniões podem ser mais homogêneas ou até mesmo poderão ocorrer modificações de opiniões para que não ocorra uma perturbação negativa da susceptibilidade dos colegas que estão presentes para não os contradizerem (Leitão 2003; Geoffrion 2003).

A acrescentar às regras da selecção dos indivíduos participantes nos grupos, existem paralelamente regras relativas ao tema, moderador, ambiente da entrevista e interação. Como tal, há a salientar que a quando da aplicação da entrevista, o tema e o moderador não podem ser conhecidos pelos elementos. Para cada temática que é abordada nas discussões, devem ser convidados membros novos para que não existam restrições na estruturação dos grupos.

Se os elementos que participam no *Grupo-Focus* se conhecerem, de acordo com Kerslake e Goulding (1996), torna a entrevista mais rica, pois proporciona-se uma troca de opiniões mais fácil e poderão mesmo ser lembrados aspectos interessantes de serem discutidos e analisados (Leitão, 2003).

Porém, existem particularidades nos contextos visados pela investigação que, por vezes, levam ao ajuste das regras. No caso específico da Radiologia é muito difícil que as pessoas não se conheçam.

Relativamente ao espaço físico onde devem decorrer as secções, também devem ser tomadas algumas precauções. O local deve permitir que todos os membros

estejam ao mesmo nível e em círculo para não provocar uma sensação de isolamento. Os membros devem estar próximos uns dos outros para criar um ambiente de informalidade. Quanto à sala, esta deve possuir uma boa acústica, uma boa iluminação e uma adequada ventilação.

O animador é muito importante na obtenção dos dados, pois cabe a ele estimular, organizar e induzir uma boa participação dos membros, para que a colheita dos dados seja produtiva. Portanto, a postura deste determinará a existência de resultados positivos ou negativos.

A condução da entrevista deve ser bem gerida mas não deve de existir interferência nas participações dos membros. A técnica envolve interações “verticais” e “horizontais”. O primeiro tipo de interação é caracterizado pela interação efectuada entre o moderador e o entrevistado e o segundo tipo de interação diz respeito à interação desenvolvida entre os participantes (Madriz, 2000).

A bibliografia é muito heterogénea quanto ao tipo de moderador, pois uns autores dão preferência ao moderador que conhece a temática em debate para que possa recolher mais informação, enquanto que outros sugerem que este não deve dominar a temática.

Se o moderador apresentar uma caracterização similar, em alguns aspectos, à dos participantes poderá ser um factor adjuvante nas entrevistas, uma vez que os participantes podem sentir uma familiaridade que lhes permite expressar as opiniões, vivências e ideais com uma maior facilidade, proporcionando uma boa colheita de informações (Madriz, 2000 e Leitão, 2003).

Além destes aspectos, Glitz (1998) afirma que o moderador deve possuir uma capacidade de comunicação, de memória e de organização muito boa.

Procedimentos:

Tendo em conta toda a abordagem conceptual relativa à técnica de *Grupo – Focus* abordarei de seguida os procedimentos adoptados considerando, como é claro, o estudo em questão.

Os grupos seleccionados respeitaram as regras acima enumeradas, ou seja, optei por formar dois grupos de entrevistados, um composto exclusivamente por Técnicos de Radiologia Monitores e um outro composto exclusivamente por alunos que frequentavam o 3º Ano do Curso Superior de Radiologia, isto para que o princípio da homogeneidade fosse respeitado.

O grupo de Monitores era inicialmente composto por oito elementos provenientes de cinco instituições hospitalares que prestam apoio aos estágios de aprendizagem, porém dois deles, no dia da entrevista não puderam comparecer.

O grupo de alunos era composto igualmente por oito elementos que frequentavam os estágios nos mesmos locais, não tendo ocorrido nenhuma desistência.

A escolha das pessoas a entrevistar, no que diz respeito aos Monitores teve por base os anos de experiência na monitorização de estágios. No que diz respeito aos alunos, este dependeu da selecção dos Monitores, pois considerei pertinente estes pertencerem às mesmas instituições para que os dados recolhidos pudessem ser comparados e enriquecidos.

Para a selecção dos entrevistados contei com a participação da instituição escolar envolvida, pois esta facultou-me a sua caracterização sócio – demográfica bem como a capacidade de discussão necessária para o estudo, a experiência e os conhecimentos relativos à temática em debate e a capacidade intelectual para que conseguisse garantir que os entrevistados compreendessem as questões colocadas.

O número de entrevistados permitiu compor um grupo de pequenas dimensões, uma vez que pretendia que os indivíduos tivessem mais tempo para fazerem as suas exposições além de me possibilitar um maior controlo sobre os membros.

Os elementos dos grupos conheciam-se o que proporcionou uma facilidade na troca de informações e opiniões, tornando a entrevista mais rica.

Para minimizar os efeitos da minha presença como investigadora, contei com a presença do coordenador do curso da instituição escolar envolvida e do meu orientador, o que facilitou o relacionamento e a comunicação com os entrevistados, por estes lhes serem familiares.

As entrevistas foram marcadas durante os meses de Abril e Maio de 2005, tendo sido especificados os dias e as horas com o consentimento de todos os envolvidos e num local que lhes era familiar, ou seja, na escola, tendo sido respeitados os requisitos apontados na abordagem conceptual, tais como, todos os membros estavam ao mesmo nível e em círculo para não provocar uma sensação de isolamento. Os membros estavam próximos uns dos outros para criar um ambiente de informalidade. Quanto à sala, esta possuía uma boa acústica, uma boa iluminação e uma adequada ventilação.

As entrevistas foram iniciadas por uma pequena introdução cujo objectivo foi esclarecer novamente os objectivos da investigação e a importância do registo áudio da entrevista.

O tempo das entrevistas obedeceu, mais uma vez, às normas, ou seja, tiveram a duração de 1h 30m a 2h, pois todos os envolvidos queriam partilhar a sua experiência, bem como os pontos que necessitavam de mudança na sua perspectiva.

Antes do início da gravação da entrevista, o gravador foi sempre colocado num espaço visível, sendo accionado após o consentimento de todos, captando mesmo, os momentos menos formais da entrevista.

O consentimento foi fundamental, como forma de garantia que todos os indivíduos participantes estivessem presentes de uma forma consciente e de livre e espontânea vontade.

De referir que foi garantido e respeitado a todos os entrevistados o anonimato, sendo atribuídos nomes fictícios a estes e às instituições envolvidas, contudo sem alterar a autenticidade dos factos, aquando da transcrição integral de toda a informação. Os nomes fictícios podem ser consultados no início da análise de dados.

3.5. Instrumentos de Recolha da Informação

Os instrumentos que permitiram a recolha de dados foram baseados no objecto de estudo, nos objectivos propostos e no tipo de estudo já desenvolvidos no início deste capítulo.

Assim sendo, as estratégias de recolha de dados incidiram sobre o seguinte:

- **Pesquisa Bibliográfica:** Esta foi utilizada para a construção do quadro conceptual que suporta este estudo, tendo sido baseada em outros estudos realizados na mesma área, para que pudesse aprofundar conhecimentos, principalmente nas áreas da Monitorização, organização e divisão do trabalho e nas relações interpessoais.
- **Pesquisa Documental:** Foi realizada aquando da consulta de ficheiros relativos à caracterização das instituições escolar e hospitalar que estiveram envolvidas neste estudo de forma a perceberem as suas dimensões e capacidades, na medida em que poderiam condicionar as práticas de monitorização e o desempenho de duplos papéis pela parte dos Técnicos de Radiologia.
- **Observação Não Participante:** Estive no terreno, mas não interfeiri na situação a analisar. Este processo de recolha de dados foi facilitado por ser Técnica de Radiologia, na medida em que me proporcionou uma maior aproximação aos entrevistados, em especial aos Monitores. As observações foram registadas num bloco de notas.
- **Grupo-Focus:** Esta técnica foi sem dúvida a técnica de eleição, pelos motivos já apresentados. Foi possível aplicá-la devido à utilização de um guião de entrevista, cuja função foi encaminhá-la de encontro aos objectivos do estudo, na medida em que este especifica os temas a abordar, para que os entrevistados aprofundem os pensamentos, sentimentos e experiências, explorando todos os pontos de vista (Albarelo, 1997).

O guião foi construído de acordo com a pergunta de partida e com os objectivos do estudo. Foram definidos quatro blocos de estudo, de forma a responderem aos objectivos propostos:

- **Bloco I:** Destinada à recolha de informação relativa aos entrevistados, de forma a caracterizá-los.

- **Bloco II:** Referente aos modelos de trabalho, considerando os aspectos da organização e da divisão do trabalho inerentes a cada serviço com Monitores participantes.
- **Bloco III:** Destinado à recolha de dados relativos às práticas de monitorização aplicadas por cada Monitor de acordo com as instituições em que estavam inseridos.
- **Bloco IV:** Referente às relações interpessoais estabelecidas em cada serviço de Radiologia envolvido.

Guião da Entrevista

Para uma melhor recolha dos dados, as questões colocadas foram semi – estruturadas, já que o objectivo visava um foco mais restrito e determinado, tendo sido iniciado com uma questão geral e simples relativa à temática do estudo e só depois é que se colocaram as questões mais específicas, facto que vai de encontro às sugestões apresentadas por Madriz (2000). A terminologia foi adaptada para uma fácil compreensão por parte dos membros do grupo. As questões foram curtas e simples para que houvesse um bom entendimento.

O guião da entrevista era caracterizado por possuir duas questões a três questões principais por bloco, para que houvesse uma divisão em temas de interesse, se bem que sempre que foi necessário alterei a ordem das questões, para que houvesse uma certa flexibilidade e para que os assuntos fluíssem naturalmente.

Segundo Krueger e Casey (2000), um bom roteiro apresenta um início fácil e simples para que os membros do grupo comecem a relaxar e não percam tempo a pensar em questões difíceis. Este também deve ser sequencial, isto é, o guião deve apresentar uma sequência focada para que as questões fluam naturalmente. Deve, ainda, partir do geral para o particular.

Na preparação da entrevista, deve-se deixar claro que não existem respostas certas ou erradas para as questões que são colocadas e que todas elas são importantes para o estudo, facto que referi ao longo da entrevista para que os entrevistados não se sentissem intimidados (Madriz, 2000).

As questões colocadas ao grupo tentaram sempre proporcionar uma discussão, um debate, como tal, evitei colocar perguntas que conduzissem a respostas monossilábicas.

Na colocação das questões tive o cuidado de evitar o tom intimidador, na mediada em que Madriz (2000) e Geoffrion (2003) referem que os participantes podem desenvolver uma atitude defensiva, falseando as respostas.

A discussão foi estruturada em três tempos, de acordo com as sugestões de Geoffrion (2003):

- **Fase de Introdução:** procedi à explicação da discussão, bem como o motivo da gravação, salientando a importância de todas as respostas ou seja, salientei que não existiam respostas correctas ou respostas incorrectas.
- **Fase da Discussão:** iniciei com uma temática relativamente simples e geral. Depois prosseguiu com a discussão relativa aos comportamentos e experiências já que a temática proporciona um certo grau de expressividade. Finalmente, a discussão tocou as emoções, uma vez que a última temática abordada foi alusiva às relações interpessoais.
- **Fase da Conclusão:** verifiquei a existência de questões suplementares que necessitavam de ser esclarecidas e, finalmente, agradei pela colaboração/contribuição de cada indivíduo.

Foram realizadas duas entrevistas que respeitaram os princípios da técnica do *Grupo – Focus*, uma aos Monitores e outra aos alunos.

Os guiões encontram-se em anexo (Anexo 1) e foram adaptados para cada uma das situações apesar de abordarem as mesmas temáticas.

Para prevenir eventuais lacunas estruturais e de linguagem, procedi à realização de um ensaio, dito “pré-teste”. Para aferir a linguagem e a clareza das questões dos guiões, o “pré-teste” foi efectuado a 2 Monitores que exercem simultaneamente a actividade de Técnico de Radiologia, para se testar o guião destinado aos Monitores. O mesmo se efectuou em relação aos alunos, porém os 3 elementos seleccionados para o “pré-teste” não estudavam na instituição escolar envolvida no estudo.

Os guiões foram validados, em especial pelo orientador, o qual teceu críticas construtivas na reelaboração de novas questões relativas à temática da monitorização. Estes “pré-testes” foram elaborados em Março de 2005 e permitiram clarificar as temáticas e objectividade das perguntas.

A recolha de dados intensiva decorreu no período de Abril a Maio de 2005.

3.6. Tratamento e Análise da Informação

O tratamento e análise dos dados qualitativos oriundos da aplicação da técnica do *Grupo-Focus* foram efectuados através da análise de conteúdo, uma vez que esta proporciona a descoberta de ideias e de pistas de uma forma sistematizada permitindo, pelo menos em certa medida, ultrapassar a subjectividade das interpretações, a qual já referi. Esta análise procurou extrair o sentido dos dados reunidos seguindo a técnica categorial. Este procedimento permite conduzir o tratamento de dados de uma forma metódica, para que se evidenciem as informações mais profundas e complexas que as entrevistas permitem recolher (Quivy e Campenhoudt, 1998).

A análise categorial consiste na “classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...) as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico” (Bardin, 2002: 117). Segundo Bardin (2002), o tratamento das questões abertas e das respostas obtidas deve obedecer a alguns critérios, tais como a transcrição completa das frases que constam, convertendo-os em registos áudio durante a realização da técnica com a devida autorização dos *informantes-chave* envolvidos, o que foi respeitado neste estudo em concreto. Posteriormente, fez-se uma pré-análise baseada na leitura global da entrevista, para que houvesse um primeiro contacto com o texto, de forma a organizar os vários pontos em estudo. Finalmente a categorização foi desenvolvida, ou seja, o texto bruto foi tratado em pequenas unidades que permitiram a descrição de todo o conteúdo.

A construção do modelo de análise foi baseado nos objectivos do estudo, tendo sido elaborada uma grelha de análise inicial com quatro áreas temáticas como se pode verificar no quadro 5.

A categorização foi elaborada posteriormente, tendo como base as unidades de registo e as áreas temáticas. Vala (1986) salienta que a atribuição da categoria é baseada num termo chave que é central no conceito.

Como unidades de registo, Bardin (2002) refere as informações dadas sobre um assunto que de uma forma condensada influenciam um conjunto de formulações. Como tal, foram seleccionados excertos – unidades de registo – que reportavam às temáticas já enunciadas, tais como, os modelos de trabalho, salientando a divisão e

organização do trabalho, as práticas de monitorização e as relações interpessoais em contextos de trabalho, nomeadamente nos Serviços de Radiologia.

Quadro 6 – Áreas Temáticas/Objectivos

Áreas Temáticas	Objectivos do Estudo
Modelos de Trabalho e Composição Sócio – Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o Modelo de Trabalho existente nos Serviços de Radiologia. - Caracterizar a divisão do trabalho. - Caracterizar os Serviços de Radiologia das instituições hospitalares de acolhimento dos Estagiários.
Monitorização de Estágios	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a influência da Monitorização na organização do trabalho. - Definir as práticas de Monitorização em Radiologia. - Caracterizar o desempenho dos Técnicos de Radiologia responsáveis pela Monitorização dos Estágios. - Avaliar as capacidades dos Serviços de Acolhimento.
Relações Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar as relações interpessoais no seio dos Técnicos de Radiologia. - Avaliar os <i>scripts</i> sócio – emocionais nas relações interpessoais. - Avaliar os impactos da Monitorização nas relações interpessoais.
Perfil do Entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o perfil sócio – demográfico do entrevistado.

Com o desenvolvimento da análise de dados foi possível criar duas grelhas de análise que sistematizam todos os pontos mais importantes referentes aos dados recolhidos nas entrevistas, uma relativa aos Monitores de estágio e outra relativa aos alunos (Anexo 2). Além destas grelhas, foi possível desenvolver uma outra onde foram agrupadas todas as categorias e respectivas sub – categorias de acordo com as temáticas em estudo e com os objectivos (Anexo 3). Porém, nem sempre foi possível criar categorias baseadas nos conceitos que os próprios entrevistados descreviam, como tal, recorri ao quadro conceptual para transformar o discurso em conceitos, para que, tal como refere Bardin (2002) os dados pudessem ser agrupados sistematicamente em unidades. Além da regra da enumeração recorri a indicadores que segundo o mesmo autor, permitem inferir, ou seja a presença ou ausência de determinadas características podem ser indicativas de determinado fenómeno de interesse investigativo.

Para a validação dos conteúdos captados, recorri ainda as regras de intercodificação e de verificação através de um painel de *experts* composto por dois

elementos com conhecimentos na área das tecnologias da saúde e em metodologias de investigação que procederam uma leitura exaustiva do *corpus* e das categorizações efectuadas. Além disso, procurei efectuar uma triangulação comparando os dados recolhidos num e noutro grupo de discussão. Estes dados comparei-os também com os dados recolhidos durante a observação, para que a análise fosse reflexiva e coerente, fortificando assim os resultados obtidos.

O processo da recolha e da análise de dados também foi devidamente especificado para que o processamento da codificação e as explicações atribuídas fossem passíveis de serem interpretadas pelo painel de *experts*.

Finalmente, para a validação tive o cuidado de perscrutar várias opiniões relativamente à temática para que não ficasse representado apenas um ponto de vista, assim procurei analisar a monitorização e o quotidiano de trabalho nos Serviços de Radiologia do ponto de vista dos Monitores e dos Alunos.

Assim sendo, os conteúdos recolhidos, tratados e analisados por cada entrevista permitiram:

- **Caracterizar os entrevistados:** Os entrevistados Monitores foram caracterizados, como se verá no próximo capítulo, de acordo com o sexo, a idade, anos de experiência como Técnicos de Radiologia e anos de experiência como Monitores de estágio. Os alunos entrevistados foram caracterizados tendo em conta o sexo e a idade.
- **O Bloco I** tinha como objectivos: Caracterizar os locais de estágio relativamente aos Modelos de Trabalho, nomeadamente no que diz respeito à divisão do trabalho, identificando as particularidades inerentes a cada um desses modelos, bem como à composição sócio – organizacional que lhe está subjacente. Salientaram-se aspectos como a especialização, trabalho de equipa, trabalho individual e relações de dominação/subordinação.
- **O Bloco II** visava a satisfação dos seguintes objectivos: Caracterizar o desempenho dos Técnicos de Radiologia responsáveis pela Monitorização dos Estágios, definindo as práticas de monitorização utilizadas nos contextos da Radiologia. No discurso foram registadas frases que permitiram avaliar as capacidades de acolhimento de cada serviço, bem como a influência da monitorização na organização do trabalho. Além destes aspectos, os entrevistados referiram algumas expectativas quanto a possíveis mudanças, nomeadamente nos

instrumentos de avaliação que a instituição escolar adoptou, bem como na própria gestão de tempos e de espaços relativamente a cada estágio de aprendizagem.

- O **Bloco III** tinha como objectivos: Caracterizar as relações interpessoais no seio dos Técnicos de Radiologia, evidenciando os *scripts* sócio-emocionais e identificando os impactos da Monitorização nessas relações. Face às experiências vividas pelos profissionais e pelos alunos entrevistados, as relações interpessoais foram apontadas como relativamente estáveis nos contextos hospitalares, porém não isentas de conflitos de tarefa e de relacionamento, sendo inclusive especificadas algumas estratégias de evitamento para que este tipo de situações seja cada vez menos frequente.

Todos os dados apresentados no capítulo seguinte resultaram da aplicação dos registos de observação, assim como da técnica do *Grupo – Focus* efectuada a um grupo de Monitores de Estágio do Curso Superior de Radiologia e a um grupo de Alunos do 3º Ano desse mesmo curso entre Abril e Maio de 2005.

Os quadros relativos às categorias apresentam também as sub-categorias, as frequências de ocorrência [F (E)] e a percentagem que cada sub-categoria tem no universo total dos dados recolhidos. Devo acrescentar ainda que o [M] corresponde à nomenclatura para especificar os dados relativos aos Monitores e o [A] os dados relativos aos Alunos.

De forma a garantir o anonimato dos dados, foram atribuídos nomes fictícios às instituições hospitalares e aos entrevistados. Assim sendo, à Escola foi atribuído o nome de ESR e no seguinte quadro encontram-se os nomes fictícios dos entrevistados e dos hospitais:

Quadro 7 – Entrevistados/Instituições Hospitalares

	Monitor Entrevistado	Nome Atribuído	Hospital		Aluno Entrevistado	Nome Atribuído	Hospital
Monitores	ME1	Maria	HMM	Alunos	AE1	Júlia	HMM
	ME2	Pedro	HCA		AE2	Ilídia	HOS
	ME3	Mário	HOS		AE3	José	HOS
	ME4	Marta	HCA		AE4	Cátia	HPA
	ME5	João	HEB		AE5	Adriana	HEB
	ME6	Ana	HPA		AE6	Carla	HCA
	---	---	---		AE7	Daniela	HCA
	---	---	---		AE8	Alice	HEB

Em síntese, na pesquisa realizada o facto de pretender estudar o desempenho do duplo papel dos TR em contexto hospitalar, levou-me a procurar vivências idênticas mas com mais tempo de duração, daí ter seleccionado Monitores com, pelo menos, cinco anos de experiência, não só para restringir o número de casos de forma a estudá-los com maior intensidade, como também para beneficiar dos seus conhecimentos.

O grupo de Alunos seleccionados que frequentavam o 3º Ano do Curso Superior de Radiologia proporcionou igualmente dados que enriqueceram o estudo, na medida em que mostram o reflexo das práticas de monitorização e os contextos de trabalho em equipa no seio dos Técnicos de Radiologia. Antes de iniciar os contactos com os Monitores e com os Alunos, realizei pesquisas documentais para perceber a realidade de casa serviço, no que diz respeito à sua organização e funcionamento, bem como ao tipo de exames e valências disponibilizadas.

Tal como foi referido anteriormente, para a recolha de dados recorri à técnica de *Grupo-Focus*, tendo sido aplicada entre Abril e Maio de 2005. Foram entrevistados 6 Monitores e 8 Alunos dos mesmos hospitais. O conteúdo das entrevistas foi sujeito a uma análise que permitiu uma categorização baseada nas áreas temáticas do estudo, considerando, para isso, as unidades de registo/frequências.

Para evidenciar os resultados da análise de conteúdo do *corpus das entrevistas*, a apresentação descrita no capítulo seguinte será em função das categorias encontradas com excertos ilustrativos de cada situação mencionada. Poderão encontrar também quadros ilustrativos e esquemas resumo para uma maior clareza dos factos.

4.- SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS QUOTIDIANAS DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA E AS EXPERIÊNCIAS DE MONITORIZAÇÃO DO CURSO DE RADIOLOGIA EM CINCO HOSPITAIS DE LISBOA

4.1.Caracterização dos entrevistados

A análise inicia-se, então, com a categorização dos entrevistados. Assim sendo, em relação aos Monitores caracterizei-os no que diz respeito à idade, sexo, anos de serviço e anos de monitorização.

Em relação ao primeiro grupo de entrevistados é de referir que foi composto por três indivíduos do sexo feminino e três indivíduos do sexo masculino, cuja média de idades era de 45,66 anos, tendo o mais velho 51 anos e o mais novo 35 anos.

Quanto aos anos de Experiência como Técnicos de Radiologia, temos profissionais com uma média de 25,83 anos de experiência. O que apresentava menos anos de experiência era um indivíduo do sexo masculino com 14 anos, enquanto que o indivíduo com mais anos de experiência tinha 30 e era do sexo feminino.

Comparativamente podemos observar que os indivíduos do sexo feminino possuem, em média mais anos de experiência a nível profissional, porém ao nível da monitorização de estágios, os indivíduos do sexo masculino são os que possuem mais anos de experiência, como se pode constatar no quadro que se segue.

Quadro 8 – Caracterização dos Monitores

Sexo	Idade	Anos de experiência Profissional	Anos de Monitorização
F	47	29	9
M	42	23	6
M	52	30	8
F	47	29	5
M	35	14	9
F	51	30	5

Tendo ainda em conta os dados deste quadro, verifica-se que a média de anos de experiência de monitorização é de 7 anos, existindo duas pessoas com a experiência máxima de 9 anos e duas com a experiência mínima de 5 anos.

No que diz respeito aos alunos caracterizei-os em relação à idade e ao sexo. Verifiquei que a idade média que apresentavam era de 20,6 anos. O aluno mais velho tinha 22 anos e o mais novo 20. Os alunos que apresentavam as características desejadas foram maioritariamente do sexo feminino, existindo apenas um do sexo masculino, como se pode verificar no quadro que se segue.

Quadro 9 – Caracterização dos Alunos

Sexo	Idade
F	22
F	20
M	21
F	21
F	20
F	20
F	21
F	20

4.2. Os campos de estágio e os contextos de trabalho dos Técnicos de Radiologia / Monitores

4.2.1. Técnicos de Radiologia: Entre o passado e o presente

A profissão de Técnico de Radiologia tem mais de cem anos. É indubitável que a história da evolução de uma profissão assim como das tecnologias da saúde exercem, de certo modo, um certo grau de influência no *modus operandis* dos profissionais de qualquer área da saúde, da qual não escapam os da Radiologia. Efectivamente, as práticas actuais em cada exame radiológico quer no domínio convencional, quer nas tecnologias avançadas, encontram-se relacionadas com o grau de evolução tecnológica, aspectos esses, que influenciam directa ou indirectamente as lógicas da divisão e da organização do trabalho.

A categoria Evolução Tecnológica resulta de cinco sub-categorias que se interligam entre si. Os entrevistados evidenciaram a especialização e a cultura profissional, sendo a responsabilização a menos enfatizada, como se pode verificar no quadro que se segue.

Quadro 10 – Evolução Tecnológica

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Evolução Tecnológica	Especialização	16	1	41,02	2,56	17	43,59
	Não Especialização	7	0	17,95	0	7	17,95
	Formação	6	0	15,38	0	6	15,38
	Responsabilização	2	0	5,13	0	2	5,13
	Cultura Profissional	4	3	10,25	7,69	7	17,95
	Total		35	4	89,75	10,25	39

As funções do Técnico de Radiologia são abrangentes, na medida que as áreas de intervenção deste profissional são diversas, destacando-se o desempenho de funções na área da Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética, Angiografia, Mamografia, apoio ao Bloco Operatório, ao Serviço de Urgência e aos Doentes acamados que não se podem deslocar ao serviço.

Como tal, estes profissionais tendem a efectuar uma **especialização**. Os Técnicos de Radiologia entrevistados consideraram que esta está a abrir caminho

devido à **evolução tecnológica**. Contudo, nem sempre estão de acordo com ela, uma vez que esta proporciona limitações na orientação da escala mensal de actividades e nos próprios profissionais por não desenvolverem as outras áreas, condicionando as suas possíveis intervenções.

As equipas de urgência são caracterizadas pela **não especialização**, pois cada Técnico de Radiologia tem de estar apto para avançar para qualquer posto de trabalho. A **especialização** é sempre vista de uma forma informal, isto é, não está institucionalizada, apenas sofre as influências relativas aos gostos e **interesses individuais**, bem como as influências relativas às próprias capacidades individuais de trabalho. Como tal, os Técnicos de Radiologia procuram aprofundar os conhecimentos nas áreas que lhe são mais convidativas, assistindo a acções de **formação**, como se pode verificar nos seguintes extractos de entrevista:

(...) Lá no hospital fazemos estágio de RC, RM, TAC e Mamografia. (...) “ AE6

“ (...) Acho que no fundo há uma especialização [...] uma especialização entre aspas [...] é importante [...], porque gosta mais de fazer [...], porque há técnicas que investe mais (...) ” ME4

“ (...) A nossa profissão tem muito que saber [...] e nós temos de estar vocacionados (...) ” ME4

“ (...) Entre tanta técnica que temos [...] acho que as pessoas devem fazer aquilo que gostam (...) ” ME4

“ (...) Se uma pessoa estiver a fazer uma coisa que gosta mais, produz muito mais (...) ” ME2

“ (...) Há cinco postos que são no turno da manhã que só fazem isso TAC, é na Hemodinâmica, é na Mamografia e nos Digestivos [...] é só nas escalas fixas [...] as tais especializações (...) ” ME5

“ (...) Mas isso é um risco (...) ” ME3

“ (...) Já houve um erro no passado. Tenho no meu serviço uma Técnica que só sabe fazer uma coisa e não faz mais nada (...) ” ME3

“ (...) Há duas Técnicas que rodam entre elas e não podem estar as duas de férias (...) ” ME5

“ (...) Nas equipas de Urgência não há especialização [...] na equipa de Urgência tem que haver um elemento que sabe fazer tudo (...) ” ME5

“ (...) Tem de haver sempre uma certa especialização [...] uma técnica em que a pessoa é melhor [...] dedica-se mais a isso e até, porque dá mais rendimento e essa pessoa está mais diferenciada numa determinada técnica vai ter mais apetência para apreender aquilo que depois pode transmitir aos seus pares e dentro de uma certa especialização as coisas vão evoluindo (...) ” ME2

No discurso dos entrevistados foi analisada também a importância da **cultura** profissional na organização e nos modelos do trabalho actuais adoptados pelos serviços de Radiologia. Alguns descrevem que a **cultura** desencadeia hábitos que condicionam os comportamentos relativos ao trabalho, tais como a não rotatividade pelas diferentes valências.

“ (...) Há hábitos acumulados ao longo dos anos e existem certas deformações profissionais que são um aspecto cultural da nossa profissão e é difícil contorná-lo, porque no fundo estas deformações profissionais são quase um aspecto cultural da nossa profissão e é difícil contornar por várias conjecturas, que não interessam agora que eu também não sei quais são. Penso que seja isso e a partir daí, facilita-se um desenrolar da engrenagem que faz as coisas funcionarem. (...) ” ME2.

“ (...) Eu penso que quando terminar essa velha geração que agora no meu serviço até são poucos, podem-se contar pelos dedos, seis para ai, nem isso. O grupo é de 51, mas pelo menos seis, não vão, portanto, não fazem esse tipo, pelo menos nas novas técnicas de imagem, Angiografia e ir ao TAC. Mas de resto fazem tudo (...) ” ME3

“ (...) Já houve um erro no passado. Tenho no meu serviço uma Técnica que só sabe fazer uma coisa e não faz mais nada (...) ” ME3

Porém, segundo alguns entrevistados, existe na actualidade uma certa mudança dos hábitos, ou melhor, das orientações profissionais, nomeadamente ao nível da **formação** profissional. Essa mudança proporcionou aos profissionais da Radiologia uma maior **responsabilização** e uma maior capacidade para trabalhar num maior número de valências diferentes.

“ (...) A pessoa dedica-se mais a isso e até, porque dá muito mais rendimento e essa pessoa se está mais diferenciada numa determinada técnica pode vai ter mais apetência para poder apreender aquilo que pode transmitir depois aos seus pares e dentro de uma certa especialização as coisas vão evoluindo (...) ” ME2

“ (...) À medida que a pessoa vai tendo mais diferenciação, e no fundo, com este grau de licenciatura ou de mestrado ...quer dizer... a pessoa não é só uma pessoa mestre ou licenciada mas ... com este aumento de especialização e de diferenciação académica, há um aumento de responsabilidade até perante os outros e os outros estratos profissionais (...) ” ME2

As diferentes verbalizações dos actores parecem salientar que a obtenção de um diploma universitário constitui uma condição imprescindível de desenvolvimento profissional, que tem em vista não só melhorar os níveis de especialização

tecnológica, mas também e sobretudo, alcançar o “fechamento social” do grupo profissional, o desenvolvimento paralelo de formas organizadas de poder que lhes possibilitem negociar e garantir o efectivo controlo jurisdicional do monopólio profissional.

Não menos relevante, é a constatação de uma clivagem intergeracional de valores profissionais entre os TR com maior idade e antiguidade profissional e os recém formados, ou os diplomados com os cursos superiores a nível de bacharelato e licenciaturas.

Em síntese, perspectiva-se que a evolução da profissão, aliada a contextos condicionantes que permitiram incrementar as condições de acesso a uma credenciação a nível do ensino superior, aliada à procura constante das formações especializadas na área tecnológica, parece que se inscreve numa procura do “*cognitive exclusiveness*”, dito no sentido de Larson (1977), objectivada em primeira e última instância, na procura de garantias para maximização do poder do seu saber de especialista em Radiologia, nos diversos domínios do seu campo de intervenção na Saúde.

4.2.2. Encontros e desencontros com a divisão do trabalho e as hierarquias decisórias

A posição dos TR na divisão técnica e social do trabalho nos serviços de Radiologia não é linear, apesar de ser possível considerar que ela assenta *a priori* nas categorias analíticas de “concepção/execução”, ou seja, está inscrita na modalidade social de taylorização do trabalho, sendo a mesma lógica já identificada pelos estudos de Lopes (1994) e Silva (2004) noutras áreas profissionais, tais como a enfermagem. Efectivamente, seria linear conceptualizar o trabalho dos TR através do modelo taylorístico, que em termos estritos significa inscrever as suas práticas na modalidade de execução de tarefas que sejam delegadas pela autoridade médica. Assim sendo, à modalidade da concepção, corresponde apenas a actividade dos médicos radiologistas e outros clínicos prescritores de exames de diagnóstico, uma vez que são os médicos quem decide e quem prescreve os exames. Trata-se de uma pensamento que se traduz sobretudo na acentuação da distinção entre os TR e a medicina.

Porém, numa leitura mais pormenorizada da realidade do *locus estudado*, perfilam outras perspectivas que parecem considerar que tal dicotomia concepção/execução se torna insuficiente para se dar conta da complexidade desta realidade. Vejamos então os resultados capturados nas verbalizações dos actores.

A categoria **Divisão do Trabalho** resultou da reconstrução de nove sub – categorias, cinco das quais relativas à divisão do trabalho propriamente dita e quatro relativas a condicionantes ou consequências dessa mesma divisão. Os aspectos mais salientados pelos entrevistados dizem respeito ao “trabalho em equipa” e ao “trabalho individual”, assim como as questões relacionadas com as lógicas de liderança. Os aspectos menos enfatizados pelos entrevistados dizem respeito à “autonomia” e ao “trabalho em grupo”. O seguinte quadro elucida essas sub – categorias.

Quadro 11 – **Divisão do Trabalho**

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Total	
		M	A	M	A	F(E)	%
Divisão do Trabalho	Trabalho em Grupo	4	0	3,36	0	4	3,36
	Trabalho Individual	16	2	13,45	1,68	18	15,12
	Trabalho em Equipa	24	10	20,17	8,40	34	28,57
	Liderança	13	4	10,92	3,36	17	14,29
	Execução	6	0	5,04	0	6	5,04
	Redundância de Funções	11	2	9,24	1,68	13	10,92
	Comunicação	12	0	10,08	0	12	10,08
	Autonomia	3	0	2,52	0	3	2,52
	Interesses Individuais	12	0	10,08	0	12	10,08
Total		101	18	84,16	15,14	119	100

Analisando com maior pormenor as categorias identificadas, parece-me que existe na perspectiva dos entrevistados uma perfeita oposição entre o que é trabalhar numa equipa e o que é pertencer a um grupo. Ainda no que diz respeito à divisão do trabalho, os entrevistados destacaram que nos Serviços de Radiologia existe uma hierarquia que condiciona as funções de cada profissional, destacando-se uma oposição entre a **liderança** e a **execução**, desenvolvendo-se predominantemente relações de dominação/subordinação, isto é, os elementos que estão no topo da hierarquia comandam e orientam os que estão na base da hierarquia e estes executam as directivas superiores como se verifica nos seguintes excertos:

“ (...) Eu sou um operacional ao contrário da colega que é uma Técnica Coordenadora de serviço (...) ”ME2

“ (...) É um hospital que tem cerca de 70 técnicos e tem duas direcções de serviço com uma coordenadora que sou eu e uma sub – coordenadora (...) ” ME1

“ (...) É um serviço que faz muitas áreas como vocês sabem que é polivalente e tem também postos avançados fora que são controlados por mim (Coordenadora) (...) ” ME1

Face ao exposto, segundo os entrevistados existem três formas de organização e de divisão do trabalho nos Serviços de Radiologia: **trabalho individual, trabalho de equipa e trabalho de grupo.**

O trabalho dos Técnicos de Radiologia é considerado **individual** pelos entrevistados quando estes desenvolvem a sua actividade sozinhos numa determinada sala, em que só executam um certo tipo de exames. O **trabalho em grupo** é considerado pelos entrevistados quando estes só trabalham em conjunto com os seus pares, isto é, quando só trabalham Técnicos de Radiologia numa sala. Os entrevistados afirmaram que **trabalham em equipa** quando integrados numa equipa multidisciplinar, cuja existência se justifica pela complementaridade de funções, isto é, todos os profissionais têm de existir, na medida em que se complementam entre si, pois o que o Técnico de Radiologia executa, não faz parte da área funcional do Médico e vice-versa. Existe assim um trabalho que exige necessariamente uma estreita cooperação entre os diferentes profissionais.

“ (...) Dentro da sala, trabalhamos individualmente. Mas trabalhamos em equipa, complementamo-nos uns aos outros [...] eu considero que a colaboração que há entre as pessoas permite assegurar qualquer posto sem entrave. Acho que há trabalho em equipa (...) ” ME2

“ (...) Obrigatoriamente tem de haver trabalho de equipa, porque se eu estiver numa sala de CPRE aquilo é trabalho de equipa, um Médico não faz a minha função. Eu não faço a função dele. Todos nós nos complementamos (...) ” ME2

“ (...) Para mim, o grupo é grupo de Técnicos... eu estava a considerar a equipa como multidisciplinar (...) ” ME5

“ (...) Quando há dois Técnicos é trabalho de grupo, na minha opinião (...) ” ME6

“ (...) Há uma complementaridade, quando o Auxiliar não pode fazer o Técnico complementa aquilo que falta... não é... “ai!!! Tenho que fazer isto que faz parte da função do auxiliar (...) ” ME5

“ (...) A primeira questão do trabalho de equipa está no relacionamento entre eles, na cooperação entre os vários membros da equipa (...) ” ME1

É ainda de relevar que os entrevistados referiram que estes aspectos da divisão do trabalho são, de certo modo, condicionados pelos **interesses individuais** e pelo grau de **autonomia** de cada profissional dentro de uma sala de trabalho, pois existem profissionais que executam qualquer técnica imagiológica e outros que delimitam por uma “especialização” técnica, motivada por estes dois factores.

Na verdade, os Coordenadores de serviço presentes na entrevista, de um modo geral, respeitam esses **interesses** quando elaboram as escalas mensais, indagando junto dos Técnicos de Radiologia as suas preferências e as suas apetências para desenvolverem determinadas técnicas de imagem desde que não prejudiquem o Serviço, o que poderá garantir uma maior produtividade. Daí a importância da **comunicação** entre todos os profissionais, principalmente entre os que lideram e os que executam.

“ (...) No fundo há técnica que a pessoa gosta mais de fazer, umas que outras, há técnicas que investe mais, porque gosta mais e que acho que estamos todos ao mesmo nível e acho que todos nós temos capacidades de aprender qualquer técnica dentro da nossa profissão, acho que nós fazemos melhor umas técnicas do que outras, porque nós gostamos exactamente mais de umas técnicas do que de outras (...) ” ME4

“ (...) E então aí somos nós próprios que aí fazemos e é para isso que servem muitas das vezes os coordenadores que é para tentarem perceber o que os técnicos gostam, se aquela pessoa gosta, falando com essa pessoa (...) ” ME4

“ (...) Se uma pessoa tiver a fazer uma coisa que gosta mais, produz muito mais (...) ” ME1

“ (...) Vocês quando estão a coordenar estão a ver um conjunto de elementos da equipa que cubram um determinado posto que não é necessário ser a 100% que sejam esses elementos que [...] cobrem aquilo que tu (Mário) dizes. Eu, por exemplo, não faço mama, não percebo nada daquilo nem vou lá tão pouco, nem Ressonância mas ela tem um conjunto de elementos que faz TAC, mama, RM que se for preciso vai aqui, vai acolá, mas eu farei outras coisas que os outros também não farão e daí que poderei ir ali e acolá, porque vocês realmente não se poderão dar ao luxo de ter em determinado número de pessoas que só poderão fazer aquilo, porque falha um qualquer e... (...) ” ME2

Em suma, as lógicas da divisão do trabalho descritas acima encontram-se, de certo modo, suportadas por uma constelação de regras de cumplicidades e jogos de interesses dos Técnicos de Radiologia. Porém, não foi possível estabelecer uma relação dicotómica e simultaneamente oposta, entre a concepção (médico) por

oposição à execução (TR), na medida em que a cada área de actuação existe e cabem os saberes profissionais e saberes práticos específicos, mas que se complementam entre si numa equipa multidisciplinar.

Assim sendo, equacionar o contexto da divisão do trabalho dos TR numa mera perspectiva de “saberes profissionais/trabalho de concepção” e “saber-fazer/trabalho de execução”, seria estarmos a reduzir as actividades dos TR ao simples trabalho de execução. Longe de se poder aceitar *ipsis verbis* esta realidade, pois os dados observados no terreno sugerem claramente que o trabalho dos TR não deve ser inserida numa mera divisão fragmentada do trabalho, mas sim numa divisão complexa do trabalho que, apesar de estar ligada a uma orientação hierárquica das decisões clínicas, não esvazia o papel e o lugar dos TR na produção de exames de diagnóstico com “autonomia” e “responsabilização técnica”.

4.2.3. Outras lógicas da organização de trabalho nos Serviços de Radiologia onde decorrem os campos de estágio

Relativamente à organização propriamente dita, de acordo com os entrevistados, ela é semelhante em todos os Serviços de Radiologia abrangidos pelo estudo. Na verdade, quer os Monitores de estágio, quer os alunos estagiários referem que a organização dos serviços se baseia em **regras** e **protocolos** que se manifestam nas **escalas** semanais ou mensais que visam a distribuição de todos os profissionais pelas diferentes salas de trabalho.

A categoria **Organização** do Trabalho, relativa aos serviços de Radiologia que se apresentam como campos de estágio resultou da reconstrução das sub – categorias que se encontram descritas no quadro 10:

Quadro 12 – Organização do Trabalho

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Organização do Trabalho	Escalas	14	8	13,72	7,84	22	21,56
	Regras	11	2	10,78	1,96	13	12,74
	Estandardização	3	10	2,94	9,80	13	12,75
	Processos	3	3	2,94	2,94	6	5,88
	Objectivos	19	0	18,62	0	19	18,62
	Valências	7	7	6,86	6,86	14	13,72
	Diversidade	2	13	1,96	12,74	15	14,70
	Total	59	43	57,84	42,16	102	100

As sub-categorias mais enfatizadas pelos entrevistados dizem respeito às “escalas de trabalho” e aos objectivos. A menos valorizada está relacionada com os “processos” da organização do trabalho.

O que me foi dado a observar no trabalho de campo, assim como, em função do contacto com os profissionais, foi que nas salas de trabalho propriamente ditas existe alguma burocratização e **standardização** quer dos processos, quer da própria distribuição de exames por sala, porém nem sempre respeitada, principalmente no que diz respeito aos **processos** que cada Técnico de Radiologia utiliza, ou seja, existem **protocolos** gerais estabelecidos que se aplicam aos processos. Contudo, nas especificidades de cada um deles, estes profissionais fazem uso da sua autonomia e seleccionam o que lhes parece ser o mais adequado. Esta realidade é corroborada pelas perspectivas evidenciadas pelos grupos de discussão, como se pode verificar nos extractos seguintes:

“ (...) O serviço está dividido em dois [...] há escalas, as pessoas sabem o que fazer lá dentro [...] eu acho que é standardizado [...] há dias da semana específicos para determinados exames [...] acho que a maioria trabalha de uma maneira idêntica e standardizada, pelo que me apercebi, acho que sim. (...) ” AE1

“ (...) Ali, toda a gente... toda a gente tem uma maneira muito própria de trabalhar e há uns que já estão um bocado sistematizados naquilo que fazem (...) ” AE2

“ (...) Os Técnicos estão bastante organizados pelas escalas [...] Na sala, às vezes, noto algumas diferenças. No início era difícil, porque para escolher um certo protocolo dos procedimentos, um Técnico fazia de uma forma, outro de outra. Só que depois a gente vai vendo o que há de melhor (...) ” AE4

“ (...) Todos os Técnicos Têm um posto [...] estão escalados em cada sala [...] há um escala que sai todos os meses (...) ” ME1

“ (...) Ali, um Técnico sabe que especificamente faz aquela escala, num período de trabalho e inclusivamente ele sabe o que fazer em cada sector (...) ” ME3

No *corpus* da entrevista foram ainda extraídos outros itens relativos à organização, entre os quais, os classificáveis como “desagradáveis”. Por exemplo, a ausência da discriminação dos **objectivos** gerais que deveriam de existir para cada serviço hospitalar. Trata-se de um aspecto que desagrade aos profissionais, uma vez que na ausência destes não é possível delinear *guidelines* orientadoras do trabalho diário, cuja existência certamente melhoraria o desempenho do serviço em geral e dos profissionais em particular.

“ (...) Para uma melhoria da organização é necessário estabelecer objectivos e haver uma boa comunicação (...) ” ME4

“ (...) Nós não sabemos quais são os objectivos [...] o que se tem de atingir, o que se tem de fazer, andamos ali sem saber, tem de se trabalhar, é aquela máxima do estado [...] vamos fazendo mas não são os objectivos determinados (...) ” ME2

“ (...) Fazia falta a todas as direcções de serviço [...] uma reunião com todos os Técnicos e estabelecer os objectivos [...] os objectivos facilitariam, não só o trabalho de equipa mas tudo o que fazemos (...) ” ME2

No entanto, existem ainda outros aspectos negativos evidenciados pelos entrevistados, principalmente pelos alunos, os quais dizem respeito à sobreposição de serviços, pois não existiam salas de trabalho suficientes para dar resposta às solicitações de exames marcados a utentes programados e exames a utentes que acederam ao serviço pela urgência, principalmente na valência de Radiologia Convencional. Para os entrevistados, trata-se de uma situação que favorece a emergência de conflitos entre os vários profissionais e alunos.

“ (...) Aquilo para nós é salve-se quem poder (...) ” AE2

“ (...) Então temos duas salas para a urgência e para o serviço central. E uma das salas está avariada... é raro o mês em que temos mais que uma sala (...) ” AE3

“ (...) A urgência acha que tem prioridade por tudo e mais alguma coisa, porque é urgente [...] isso depende um bocado das pessoas. Há uns que deixam fazer [...] (...) ” AE2.

“ (...) Eles estão escalados todos mas imagine que falta alguém que é o mais comum [...] principalmente quando há estagiários chegou a acontecer que não existia ninguém para fazer o serviço central e no serviço estava eu e o meu colega, os dois para fazer supostamente o serviço que seriam os Técnicos a fazer...estivemos o dia todo a correr [...] como está lá agora a urgência, eles alugam os auxiliares todos e nós precisávamos de ajuda para alguma coisa e não há, isso é para esquecer (...) ” AE2

Contudo, apesar das semelhanças apontadas pelos entrevistados, existem algumas particularidades relativas à organização do trabalho que não são coincidentes com as necessidades impostas pelo estágio, nomeadamente no que diz respeito às **valências** de cada hospital, às **valências** de cada Serviço de Radiologia e à **diversidade** de exames que poderão servir de base para a aprendizagem.

De relevar que os entrevistados, principalmente os alunos, salientaram que na maioria dos hospitais onde decorre o estágio não existe urgência externa e ortopedia,

facto que por si só parece oferecer um cenário de reduzida **diversidade** de exames disponíveis para a aprendizagem em estágio.

“ (...) Eu e o resto do grupo fizemos todos os Módulos de estágio lá, não tivemos que sair, porque o hospital tem todas as valências [...] Não tenho nada a dizer em relação a cada um dos estágios. No de RC também posso referir um bocadinho, aquilo que a minha colega disse que no serviço central [...] não há muita variedade de exames (...) ” AE1

“ (...) Acho que o estágio que eles nos puderam oferecer, dentro do hospital que é, porque é um hospital essencialmente de Pneumologia, é bastante específico daquela área e a gente também não pode inventar doentes que possam ter coisas diferentes para a gente ver e tudo mas tinha bastantes exames e acho que os estágios foram bons mas há algumas falhas de algumas partes [...] na RC, na urgência, nunca fiz nenhuma radiografia com suspeita de fractura, era tudo exames marcados. A parte de osteo – articular era tudo de doentes que vêm do exterior do hospital e, portanto, não é nada de urgência (...) ” AE4

“ (...) Também sentimos a mesma falta de urgência [...] responde às necessidades, a nível de coisas para mexer para aprender na parte prática sim (...) ” AE6

“ (...) O serviço está organizado num serviço central e num serviço de urgência que são 5 equipas de 5 elementos que fazem o serviço de urgência (...) ” AE5

Assim sendo, devido à organização dos serviços, às **valências** e à **diversidade** de exames, os alunos entrevistados referiram que podiam ou não permanecer continuamente nos serviços. Efectivamente, sempre que as **valências** e a **diversidade** de exames não respondiam aos objectivos impostos para o estágio, os entrevistados viam-se na necessidade de se deslocarem para outros serviços. Trata-se de uma situação controversa: a saída do hospital foi considerada extremamente benéfica e positiva, por uns, e menos positiva por outros.

Como aspectos positivos, os alunos entrevistados referiram a oportunidade de contactar com realidades diferentes, principalmente no que diz respeito aos procedimentos e como aspectos negativos referiram a dificuldade de integração noutras equipas de saúde num espaço de tempo relativamente curto.

“ (...) Eu e o resto do grupo fizemos todos os Módulos de estágio lá, não tivemos que sair, porque o hospital tem todas as valências [...] Não tenho nada a dizer em relação a cada um dos estágios. No de RC também posso referir um bocadinho, aquilo que a minha colega disse que no serviço central [...] não há muita variedade de exames (...) ” AE1

“ (...) Lá no hospital fazemos estágio de RC, RM, TAC e Mamografia. Os outros sub – módulos e módulos, vamos fazer a outros hospitais exteriores. (...) ” AE6

“ (...) Fazemos o estágio de RC em urgência e TAC, que também segue a urgência. RC e TAC... é só o que fazemos lá e Mamografia. (...) ” AE8

“ (...) RM na clínica (22:21) que não tem nada a ver com o hospital...tem um método completamente diferente nos posicionamentos. O contacto é feito, basicamente pelos auxiliares, os Técnicos permanecem praticamente nas consolas (...) ” AE8

“ (...) Cada dia estive com um Técnico diferente e por muito que eu quisesse ambientar-me com o Técnico que estava, eu não sabia a forma dele trabalhar, não sabia se podia avançar, se não podia, o método de trabalhar é diferente. Eu não sentia à vontade para tomar iniciativa e fazer alguma coisa prática. (...) ” AE8

Relativamente à caracterização da organização dos serviços de estágio, os alunos entrevistados salientaram que esta permite a existência de dois alunos a três por sala de exame. Porém, referiram ainda que a presença de alunos de outras escolas, por vezes, afecta esta organização, condicionando igualmente o número de exames que cada aluno pode experienciar em estágio. De relevar igualmente que o incremento do número de alunos por sala não é bem aceite, pois é considerado como uma situação que não facilita a aquisição dos conhecimentos, da prática e da construção da autonomia.

“ (...) Geralmente está um, porque são muitas valências e nós podemos dividir. Intransportáveis, queimados, ortopedia. ... Normalmente está um, porque nós vamos rodando (...) ” AE2

“ (...) No máximo, costumam ser 2, só quando vêm os alunos do segundo ano é que ficamos mais... já ficamos 4 mas é menos comum (...) ” AE6

“ (...) No meu hospital às vezes é um bocado o caos...há 13 alunos ao todo, só que vão estando divididos [...] há tantos sítios para se espalharem. Em relação às outras valências, nunca houve choque, [...] As coisas foram feitas de maneira que eu e a minha colega estamos 4 semanas de TAC, depois vão as outras 2 alunas (...) ” AE1

“ (...) No meu hospital há sempre alguém. Há dias em que realmente andamos à procura onde eles estão mas há sempre alguém a quem podemos recorrer (...) ” AE1

“ (...) Tem sempre lá Técnicos de Radiologia mas deixam-nos sozinhos na sala mas depois está sempre alguém a ver...se precisar de alguma coisa posso ir chamá-los (...) ” AE4

“ (...) Já ficamos sozinhos na sala mas não é no sentido de “façam o trabalho todo” mas no sentido de ganharmos alguma autonomia (...) ” AE8

“ (...) Porque agora já estamos à vontade, podem ir-se embora as vezes que quiserem... nós até preferimos que eles nos deixem fazer este, nos deixem fazer aquele...pelo menos trabalho ao meu ritmo (...) ” AE2

“ (...) É outro dos inconvenientes, é que no meu hospital há alunos da Escola X. (...) ” AE3

“ (...) No meu hospital tiveram duas colegas Escola Y a fazer 7 dias de TAC e 14 de RC. Na clínica estão lá 4 colegas da Escola X (...) “ AE5

“ (...) No nosso hospital tem alunos da Escola Z (...) “ AE6, AE7

Subjazem nas lógicas de organização do trabalho a presença de dimensões mais rotinizadas do trabalho dos TR, que em termos estritos se inscrevem ao nível da diversidade da especialização “operativa” (TC, RM, etc.), uma vez que requerem, quer saberes tácitos, quer saberes locais. Assim sendo, parece que é ao nível destes saberes que os TR procuram gerir e manter os espaços de autonomia, cuja visibilidade social parece estar *à priori* garantida. Não será de admirar que são precisamente estas áreas tecnológicas que os alunos procuram potenciar na aprendizagem no plano dos estágios, já que se perspectiva que através da crescente aprendizagem dos processos de formalização dos seus recursos cognitivos de futuros *expert* nas tecnologias avançadas se possa construir e alcançar a desejada “autonomia” e a valorização social.

4.2.4. Cenários do quotidiano de trabalho num dos Serviços de Radiologia onde decorrem os estágios curriculares

O presente ponto visa a descrição do quotidiano de trabalho num dos Serviços de Radiologia envolvidos no estudo ². Trata-se de uma unidade de saúde onde se prestam serviços nas áreas de Radiologia Convencional, Digestivos, Mamografia, Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética, Ecografia e Angiografia. Sabe-se que, segundo as fontes oficiais, esta última valência tem vindo a diminuir o número de exames, na medida em que irá sofrer remodelações com vista a uma actualização dos equipamentos e das técnicas de aquisição de imagem.

De referir também que é um serviço frequentado quer por utentes do foro oncológico, devido à existência de um serviço de Quimioterapia e de Hematologia conexo à unidade hospitalar, quer por utentes com doenças infecto – contagiosas, quer por utentes que possuem problemas gastro – intestinais e neurológicos, que podem ser internados ou externos.

² Seleccionei este serviço especificamente, pela facilidade que apresentou de se poder observar com maior pormenor todas as particularidades inerentes às rotinas de trabalho, sem que a minha presença afectasse ou alterasse os comportamentos dos observados.

Neste serviço, segundo as estatísticas de 2004, realizam-se mais de 38000 exames por ano distribuídos pelas várias valências do serviço já referidas, sendo a área da RC mais representativa, na medida em que se realizam mais de 1400 exames por mês.

Para a prestação destes cuidados de saúde, à data da realização da presente investigação, o serviço conta com o apoio de 23 Técnicos de Radiologia, 14 Médicos Radiologistas, 22 Auxiliares de Acção Médica e 7 Administrativos.

No que diz respeito aos Médicos, estes são na maioria do sexo feminino, com mais de 12 anos de serviço, excepto três internos da especialidade que começam agora a dar as primeiras passadas na Radiologia.

Quanto aos Técnicos de Radiologia, existem em 2005, seis com menos de cinco anos de experiência profissional e de pertença a esta instituição hospitalar, todos os outros possuem mais de 9 anos de experiência profissional e pertença organizacional. Também é uma classe profissional composta maioritariamente por elementos do sexo feminino.

Os Auxiliares de Acção Médica prestam apoio aos Técnicos de Radiologia e aos Médicos, bem como, é claro, aos utentes do serviço. Os Administrativos têm ao seu cargo a marcação dos exames por valência, a recepção dos utentes no serviço, bem como a dactilografia e registo da saída de exames para os serviços que os requisitam.

Em termos infra-estruturais, o serviço está distribuído por dois pisos térreos do hospital. Um dos pisos comporta a RC, a Mamografia, a TC, a Eco e a sala de exames ao aparelho Digestivo. O acesso deste piso efectua-se por duas entradas sem degraus devido aos utentes de cadeira de rodas, para que estes possam aceder directamente à recepção e salas de espera. O outro piso está situado nas traseiras do mesmo edifício e é onde se encontram a sala de RM, a nova sala de Angiografia, o armazém e os vestiários. A entrada também não coloca, igualmente, entraves aos utentes com dificuldades motoras.

A sua localização é central em relação a todos os outros serviços do hospital. É um serviço pintado em cor “bege”, possui janelas largas em quase todas as salas de exame e o chão é em linóleo de cor “verde-claro”.

O piso principal possui um corredor único com a forma de “L”, em que de um lado desse “L” situa-se a RC, a TC, a Mamografia e a sala para exames aos Digestivos, salas de espera e salas destinadas aos Coordenadores dos Técnicos de Radiologia. No outro lado do “L” situa-se a Ecografia e as salas destinadas ao

trabalho Médico, especificamente à realização dos relatórios que acompanham os exames, a Direcção Médica e a sala de reuniões.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os Técnicos de Radiologia apresentam-se fardados no serviço com o vestuário regulamentar, ou seja, com uma bata de cor branca apertada, preferencialmente, atrás, sendo indistinto para homens ou para mulheres.

Os turnos de trabalho são organizados autonomamente pelos Técnicos de Radiologia Coordenadores segundo uma escala mensal, que visa a distribuição das actividades. No entanto, existe neste serviço uma maior concentração de actividades no período da manhã, por ser comum a prática de jornada contínua de trabalho.

O período da manhã inicia-se às 8 horas com o ritual do registo no livro de ponto das horas da entrada de cada elemento do serviço, junto das salas da coordenação técnica, sendo o momento propício aos contactos informais, em que cada um interage com os outros exprimindo as coisas banais do seu dia-a-dia. Depois de uns breves momentos de diálogo, procede-se à realização das actividades.

Na RC, entre as 8 horas e as 10 horas, as requisições dos exames chegam em menor número às salas de trabalho, mas a partir das 10 horas a afluência de utentes aumenta continuamente até às 13 horas, uma vez que só a esta hora, os utentes internados são “libertados” pelos serviços de origem depois de realizarem as suas higiènes e os utentes externos também ficam “libertos” dos outros exames que lhes impõem o jejum. Devido ao número de utentes ser mais elevado, por vezes, existem períodos de maior tensão no atendimento, dado que todos eles querem ser atendidos ao mesmo tempo.

Na sala de TC, RM e Angiografia, este período também é o mais agitado, sendo estes os exames que requerem mais trabalho em equipa. O Técnico de Radiologia prepara o utente, programa o exame e selecciona as imagens que favorecem o diagnóstico e os Médicos Radiologistas executam algumas particularidades das referidas técnicas e os relatórios. Além disso, os Médicos também iniciam verdadeiramente a sua actividade neste mesmo período e, por isso, querem o serviço realizado o mais rápido possível para ficarem libertos de modo a poderem realizar os referidos relatórios. De salientar ainda que neste mesmo período os Médicos dos outros serviços também se deslocam à Radiologia para discutirem os casos dos utentes que necessitam de exames em regime de emergência por alterações clínicas ou para discutirem exames já realizados que suscitaram dúvidas no diagnóstico.

Na sala de Mamografia, as rotinas do tempo e o circuito dos exames são semelhantes às outras valências. No início da manhã, são efectuadas as fichas para cada utente para depois se realizar o exame propriamente dito. A primeira parte dos exames (Mamografia) é realizada pela Técnica de Radiologia e desenvolve-se maioritariamente no período compreendido entre as 8 horas e as 10 horas e a segunda parte do exame (Ecografia Mamária) é realizada pela Médica Radiologista e desenvolve principalmente entre as 10 horas e as 13 horas.

A afluência de utentes volta a diminuir no serviço de Radiologia, para qualquer valência das 13 às 15 horas, hora que o turno de trabalho em jornada contínua termina. Neste último período, os profissionais voltam às conversas informais quando nas salas de exames não existe trabalho. Então, encontram-se na sala de convívio para aí voltarem a partilhar as experiências do dia de trabalho e outras temáticas mais banais relativas à vida pessoal de cada um.

O turno da manhã relativo ao serviço de urgência apresenta um horário diferente, tendo início às 8 horas e fim às 14 horas. Geralmente, existem em média oito a onze Técnicos de Radiologia neste turno da manhã.

No turno da tarde existem apenas dois a quatro Técnicos de Radiologia e este tem início às 14 horas e terminos às 21 horas, nos turnos de jornada contínua e os turnos de urgência têm início às 14 horas e o terminos às 20 horas, já que o serviço presta cuidados a utentes marcados e a utentes em regime de urgência que estejam internados no hospital.

Neste turno da tarde, apesar do trabalho ser em menor volume, as conversas informais já não se sucedem tanto já que os profissionais estão mais separados, visto uns estarem num piso e outros noutra. Porém, as relações inter – profissionais são mais propícias, pois na TC e na RM o Técnico de Radiologia trabalha mais estreitamente com o Médico Radiologista, daí nos períodos mais calmos estes partilharem experiências ou fazerem comentários relativos aos exames e aos utentes quando as situações são mais particulares. Outras conversas triviais também podem ter lugar nestes períodos de maior “relaxamento” quando as relações de afinidade entre os profissionais são mais intensas.

O período da noite tem início às 20 horas e termina às 8 horas do dia seguinte. É um período relativamente calmo, uma vez que só se realizam exames urgentes aos utentes internados de RC e de TC, como tal, só está presente um Técnico de Radiologia e um Auxiliar de Acção Médica para a prestação de serviços.

Tendo em conta que a actividade dos Técnicos de Radiologia se desenvolve preferencialmente no turno da manhã, nomeadamente a que está relacionada com as valências de RC, Mamografia, Angiografia e Digestivos não é de estranhar que os estágios também se desenrolem maioritariamente neste período, ou seja, os alunos apresentam-se no Serviço de Radiologia às 8 horas da manhã para darem início à sua jornada de trabalho/aprendizagem.

Constatai que o Monitor orienta os seus alunos ou diariamente ou semanalmente fazendo com que estes rodem pelas diferentes áreas inerentes a cada valência de estágio, distribuindo dois alunos por sala de trabalho.

Assim sendo, no início do ano lectivo os alunos acompanham o Monitor pelas salas de trabalho, para que se integrem nas equipas e assimilem as rotinas diárias. Essas rotinas iniciam-se com a preparação da sala, a qual é adequada ao tipo de exames que estão previstos serem lá realizados.

Geralmente, o Monitor depois de assegurar que possui todos os materiais necessários à jornada de trabalho, reúne com os alunos para avaliar o ponto da situação, ou seja, estabelece um diálogo para avaliação das necessidades do aluno, quer ao nível teórico, quer ao nível prático. Além disso, procede a revisões da matéria, promovendo debates/discussões teórico-práticas para esclarecimento de dúvidas. Esta discussão ocorre preferencialmente entre as 8 horas e as 9 horas, altura em que o fluxo de trabalho ainda não atingiu o seu pico.

Enquanto decorre o período de integração, o Monitor geralmente procede a demonstrações, isto é, executa as técnicas para que o aluno possa verificar todos os procedimentos. Obviamente que os alunos quando já estão integrados nas equipas de trabalho, são eles que executam o exame na totalidade, salvo determinadas excepções, como é o caso de exames específicos que requerem técnicas mais peculiares para se atingirem os objectivos pretendidos, ou quando a realização das actividades está com atraso, e que, quer os utentes, quer os Médicos pressionam para a realização mais rápida dos exames.

Nestas situações, verifiquei que o Monitor opta frequentemente pela prática de “complementaridade”, começando este por executar o exame enquanto que o aluno fica responsável pelo seu término, de acordo com as directrizes facultadas pelo Monitor.

Depois do “pico” de trabalho da manhã ser ultrapassado, o Monitor reúne novamente com os alunos para fazer um *feedback* do dia de trabalho e para discutirem

algum caso mais pertinente pela riqueza de conhecimentos que pode proporcionar aos alunos ou alguma vivência que assim o exija.

Além destas pequenas reuniões, é frequente verificar que os alunos procuram interagir com a restante equipa de trabalho, na sala de convívio existente no serviço, comentando particularidades banais do seu dia-a-dia.

Apesar de existir uma diminuição do fluxo de trabalho no período da tarde, por vezes, os estágios também acontecem neste período, nomeadamente os de TC e os de RM, uma vez que estas valências têm o mesmo número de utentes quer no período da manhã, quer no período da tarde, embora fosse menos frequente.

Neste hospital, especificamente não existem estágios no turno da noite, uma vez que o volume de trabalho é reduzido.

Assim sendo, numa primeira aproximação, os cenários do quotidiano de trabalho nos campos de estágio ilustram que os alunos desenvolvem o estágio preferencialmente no período da manhã, uma vez que a prática da jornada contínua de trabalho favorece a existência de uma maior actividade em tal período, e por este facto, a variabilidade de exames e de utentes é maior, bem como o número de profissionais, situação que permite proporcionar uma prática mais diversificada e experienciada de exames e conseqüentemente uma aprendizagem mais rica, bem como uma interacção social e interpessoal mais dinâmica.

Conjugando as cenas do quotidiano com os diferentes extractos captados nas entrevistas sobre as lógicas da organização do trabalho nos campos de estágio, parece-me que no quotidiano nos campos de estágio, cada actor, TR, monitor ou aluno, procura orientar os seus papéis, em conformidade com a situação. Denota-se igualmente que a lógica do quotidiano de trabalho dos TR é estruturada na base dos conteúdos da especialização técnica da profissão, estruturada de forma racional da determinação das áreas de trabalho e turnos, assim como nas escolhas das relações no trabalho em equipa.

As eventuais clivagens entre os TR, os alunos, os TR/monitores, os médicos não se observam na “região da fachada”. Apenas nos bastidores, nos locais de relaxamento, como na sala de coordenação, é que emergem ocasionalmente algumas vozes dissonantes e de distinção entre os membros das equipas.

Efectivamente, a vida quotidiana nos serviços de Radiologia onde decorrem os campos de estágios, parece seguir a perspectiva de Goffman (1993), onde o "Eu", protagonizado pelos diferentes actores, nomeadamente entre os TR e alunos, é mediado por um conjunto de "papéis", normas e regras que regulam os seus

comportamentos específicos, uns em relação aos outros. Porém, as particularidades do desempenho que os diferentes actores privilegiam nas representações efectuadas na “fachada” e nos “bastidores”, nem sempre obedecem a critérios expressivos de dramaturgia, enquanto que aquelas que ocorrem nos bastidores também não são necessariamente decorrentes de critérios “técnicos” de encenação, na medida em que veiculam no quadro da representação outras relações afectivo-cognitivas que extravasam os princípios exclusivos da constante necessidade de dissimulação no quotidiano de trabalho.

4.3. Ser Técnico de Radiologia em contexto de monitorização de estágios: Entre a vivência profissional, o ensino e a prática

4.3.1. O que é ser Monitor, Mentor ou Tutor em Radiologia ?

Segundo o regulamento do exercício profissional dos Técnicos de Radiologia, enquadra-se nas suas funções o contributo para a formação inicial e contínua nos locais de trabalho. Trata-se de uma realidade que confere aos Técnicos de Radiologia envolvidos nesse processo uma duplicidade de papéis nem sempre fácil de ser inteligível numa primeira aproximação. Para descodificar esta questão vejamos que capturei no *corpus* do discurso dos grupos de discussão.

Para reconstruir a ideia de “duplos papéis”, recorri à agregação de várias sub – categorias relacionadas com as características de desempenho em contextos de trabalho, o grau de consecução dos papéis, a colaboração entre os pares e o trabalho em equipa. As categorias mais relevantes foram a compatibilidade de papéis e a colaboração dos pares e as menos relevantes estão relacionadas com o Mentor/Tutor. O quadro seguinte ilustra essas sub–categorias.

Quadro 13 – Duplos Papéis

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	(%)
Duplos Papéis	Monitor	6	7	6,25	7,29	13	13,54
	Mentor/Tutor	3	7	3,12	7,29	10	10,41
	Compatibilidade de Papéis	14	9	14,58	9,37	23	23,95
	Incompatibilidade de Papéis	7	10	7,29	10,41	17	17,70
	Colaboração dos Pares	8	10	8,33	10,41	18	18,75
	Trabalho de Equipa	12	3	12,5	3,12	15	15,62
	Total		50	46	52,08	47,91	96

Relativamente ao desempenho do papel de Técnico de Radiologia e de Monitor existe uma certa controversa. Alguns dos entrevistados Monitores argumentaram que não existia um verdadeiro **desempenho de dois papéis diferenciados**, salientando que a monitorização de estágios constituiu uma parte integrante da função de **Técnico de Radiologia**. É curioso verificar nalguns discursos dos alunos entrevistados que sugerem que todos os seus **Monitores** desempenhavam

bem tal papel cumulativamente com o papel de **Técnico de Radiologia**. Assim sendo, parece-nos que numa primeira aproximação, o desempenho das duas actividades era completamente **compatível**, tal como sugerem os seguintes extractos:

“(...) Ser monitor e Técnico de Radiologia simultaneamente não prejudica, de acordo com o que percebi aqui, a actividade global do estudante (...)” ME5

“(...) Não sou mentor de ninguém, sou monitor ou seja, eu transmito os meus conhecimentos de técnica radiológica, eu não estou a desempenhar dois papéis, porque eu ao ser monitor estou a ser técnico de Radiologia, estou a desempenhar a minha função. Não excedo as minhas funções, eu exerço as minhas funções daquilo que deveria de exercer [...] Não sou mentor, porque não induzo as ideias nas pessoas (...)” ME2

“(...) Não distingo o papel de monitor do papel de Técnico, porque eu sou monitor de técnico [...] sou monitor, porque estou a monitorizar aquele estágio. Se eu estiver numa sala de tórax a acompanhar uma aluna [...] não sou monitor de TAC, sou um Técnico de Radiologia que está na sala de tórax a acompanhar um aluno que [...] está a aprender RC, eu transmito como se faz um tórax ou ultrapassa as dificuldades que possa ter na altura (...)” ME2

“(...) Acho que sim, que desempenham bem os dois papéis (...)” Todos

Efectivamente, a questão compatibilidade dos papéis não é pacífica. Na verdade, outros alunos entrevistados salientaram que apesar dos **Técnicos de Radiologia** desempenharem bem os dois papéis, por vezes, eles eram de certo modo **incompatíveis**, principalmente quando os **Monitores** acumulavam o papel de Coordenador dos serviços. Esta realidade é igualmente corroborada por alguns dos **Monitores** entrevistados.

É ainda interessante salientar que outros alunos entrevistados referiram que o papel de **Técnico de Radiologia** prevalecia quase sempre em relação ao de Monitor. A prevalência desta situação era justificada pela estratégia de gestão de recursos humanos imprimida pela Coordenação. Porém, no que diz respeito aos Coordenadores propriamente ditos, quando confrontados com a questão argumentam que tal prevalência era justificada pela pressão da burocratização que se faz sentir na actualidade nos serviços, situação que torna de certo modo quase, senão de todo **incompatível os papéis** de técnico de Radiologia e de monitor.

“(...) Penso que temos uma boa coordenação dos dois papéis [...] acho que o Técnico Coordenador, acho que não poderia desempenhar bem os dois papéis. Eu já fiz, mas

neste momento, não poderia fazer, porque o serviço está cada vez mais burocratizado (...) “ME1

(...) Sou Coordenador e não posso estar nas salas com eles (...) “ME3

(...) Prevalece a função de coordenador (...) “AE1

(...) Ele nem sequer exerce, era coordenador e pronto, isso prevalecia. (...) “AE1

(...) Sim entram em conflito os dois papéis. Nesse caso sim, ela tem os dois papéis, o de coordenador e o de monitor. (...) “AE1

(...) É o mesmo caso do meu hospital [conflito de papéis] (...) “AE3

(...) Prevalece a função de coordenador (...) “AE1

(...) Ele nem sequer exerce, era coordenador e pronto, isso prevalecia. (...) “AE1

(...) Sim entram em conflito os dois papéis. Nesse caso sim, ela tem os dois papéis, o de coordenador e o de monitor. (...) “AE1

(...) É o mesmo caso do meu hospital [conflito de papéis] (...) “AE3

Contudo, apesar da manifesta omnipresença dum cenário de incompatibilidade de actividades entre ser Técnico de Radiologia e ser monitor, é de relevar que outros profissionais entrevistados referiram que conseguiam superar a situação, nomeadamente quando existe nos serviços um clima de **colaboração do grupo de pares** e do empenho dos próprios Monitores, dito de outro modo, quando é possível desenvolver com sucesso um ambiente de **trabalho em equipa**.

Para os alunos, tal cenário parece ser o ideal para a aprendizagem dos procedimentos técnicos, salientando inclusivé que nas situações onde se verifica uma colaboração estreita entre os diversos Técnicos de Radiologia, os contextos de estágio são francamente ricos e variados. São contextos que tornam única a experiência do estágio, como sugerem os seguintes extractos captados junto dos alunos e monitores:

(...) Nós aprendemos com todos e o monitor tem o título de monitor, ele distribui-nos as tarefas e realmente avalia-nos mas nós aprendemos um bocadinho com todos. (...) “AE1

(...) É uma grande ajuda, eles ajudam-me imenso e é claro que os alunos sentem apoio, inclusive, em termos de avaliação, eu reúno a minha equipa e pergunto “qual é a vossa opinião”, nunca dou só a minha (...) “ME5

(...) O nosso ensino é assim [...] todas as pessoas são colaborantes (...) “ME1, ME6

(...) Quando estão lá os estagiários, se for necessário fazer troca...trocar o nosso monitor para ficar com a gente naquela sala, o exame que precisamos mais... se ele está... não há problema, porque são todos bastante acessíveis e vejo que os Técnicos não se importam de fazer as trocas...até se eu quiser ir para outra sala com outros Técnicos, todos recebem bem (...) “AE4

“ (...) Sim, sim, há relações de cooperação, complementaridade e partilha entre os profissionais e os alunos (...) ” ME1,ME6

“ (...) Os colegas ... o serviço nesse aspecto é ótimo, porque todos gostam ali de ensinar, não tenho esses problemas (...) ” ME3

“ (...) Uma Técnica que trabalha no meu hospital de base levou-nos para dentro da sala e esteve a explicar-nos como funcionava a mesa... tudo... inclusive, ela deitou-se lá e nós estivemos a manobrar a mesa, foi com ela que aprendemos as coisas de Angiografia (...) ” AE3

Um outro aspecto que importa salientar no quadro da duplicidade de papéis dos Técnicos de Radiologia diz respeito à forma como os próprios alunos avaliam o **Monitor** de estágio. Ressalta-se nos grupos de discussão a ideia do Monitor como o único responsável das diferentes questões relativas à aprendizagem e à evolução do aluno. Porém essa responsabilidade pela orientação das práticas de ensino em contexto de trabalho é controversa na medida em que segundo os alunos a actividade de monitorização nem sempre é efectuada de forma presencial. Por este facto, os mesmos referiram também que o **Monitor** devia ter uma maior presença para além da necessidade de melhorar a orientação e a distribuição das actividades para cada dia de estágio, em função do grau de conhecimento de cada aluno.

Para os Monitores entrevistados, a prática de monitorização não exige uma presença contínua, antes porém, deveria centrar-se mais na aplicação de estratégias ao nível do estímulo do estudo para que os alunos possam adquirir um maior aprofundamento de conhecimentos. Justificam os Técnicos de Radiologia Monitores que, deste modo, lhes iriam proporcionar uma maior **autonomia** e um reforço do reconhecimento social face aos outros profissionais de saúde inseridos na equipa de trabalho.

Assim sendo, numa primeira instância o Monitor parece poder ser visto como um **Mentor** devido à forma de condução da prática de ensino e aprendizagem em estágio, tal como se pode ler nas transcrições que se seguem.

“ (...) Um monitor de estágio não é aquela pessoa que está diariamente comigo nas salas. É a pessoa que monitoriza o meu estágio...que acaba por fazer, comigo, todos os dias o ponto da situação (...) ” AE2

“ (...) Eu concordo com elas, o monitor não tem de estar constantemente connosco e de nos acompanhar no estágio mas, para mim, tem de acompanhar a minha aprendizagem, ele tem de saber aquilo que eu já sei, as dificuldades que eu tenho (...) ” AE5

“ (...) Como ela disse é importante eles saberem em que nível é que eu estou e sei aquilo em que tenho mais dificuldades e é a principal função deles (...) ” AE4

“ (...) Um mentor ensina-nos. Eu acho que um mentor tem a ver com o monitor (...) ”
AE7

“ (...) O mentor é que está sempre connosco, que nos ensina, que está lá a acompanhar o nosso processo de aprendizagem. O tutor é que é responsável pelas nossas acções, porque se nós fizermos algo de errado no serviço quem é que vai “apanhar” (...) ” AE7

“ (...) A pessoa tem de demonstrar saber perante os outros estratos profissionais, pois só assim é que se consegue ser respeitado (...) ” ME2

Importa salientar que a função de Monitor é muito mais do que ser mentor. Para os entrevistados subjaz nas actividades de monitorização dos Técnicos de Radiologia uma outra função que é a de **Tutor**.

Em termos estritos, Tutor é perspectivado pelos entrevistados como o indivíduo que se responsabilizava pelos actos dos alunos nas salas de trabalho propriamente ditas. Porém, esta última função, segundo os mesmos, podia ser desempenhada em parceria com os pares, uma vez que o Monitor nem sempre pode estar presente nas salas de trabalho.

Vejamos melhor essa questão da trilogia de Técnico de Radiologia ser simultaneamente **Monitor**, **Mentor** e **Tutor**, nos seguintes extractos de entrevista:

“ (...) Temos um bocado dos dois [mentor e tutor], no monitor [...] porque tem responsabilidades sobre nós de orientar o nosso estágio, a nossa aprendizagem. (...) ”
AE2

“ (...) Eu acho que o monitor é um bocado dos dois, é mentor e tutor. (...) ” AE7

“ (...) O mentor é que está sempre connosco, que nos ensina, que está lá a acompanhar o nosso processo de aprendizagem. O tutor é que é responsável pelas nossas acções, porque se nós fizermos algo de errado no serviço quem é que vai “apanhar” (...) ” AE7

No contexto da questão de Técnico de Radiologia como Monitor e Mentor é de salientar a seguinte curiosidade: um dos Técnicos de Radiologia entrevistados não considera ser **Mentor** dos alunos, na medida em que na sua perspectiva, a função de **Monitor** consiste numa extensão das próprias funções do Técnico de Radiologia. Salientou, ainda, que o **Mentor** seria caracterizado por induzir ideias e essa função dizia não possuir. Como se pode verificar:

“ (...) Não sou mentor de ninguém, sou monitor ou seja, eu transmito os meus conhecimentos de técnica radiológica, eu não estou a desempenhar dois papéis, porque eu ao ser monitor estou a ser técnico de Radiologia, estou a desempenhar a minha função. Não excedo as minhas funções, eu exerço as minhas funções daquilo que

*deveria de exercer [...] Não sou mentor, porque não induzo as ideias nas pessoas (...) “
ME2*

“ (...) Não distingo o papel de monitor do papel de Técnico, porque eu sou monitor de técnico [...] sou monitor, porque estou a monitorizar aquele estágio. Se eu estiver numa sala de tórax a acompanhar uma aluna [...] não sou monitor de TAC, sou um Técnico de Radiologia que está na sala de tórax a acompanhar um aluno que [...] está a aprender RC, eu transmito como se faz um tórax ou ultrapassa as dificuldades que possa ter na altura (...) “ ME2

De relevar que um outro Monitor entrevistado referiu ainda que além de ensinar e orientar os estágios de forma a transmitir os conhecimentos teórico – práticos relacionados com a profissão, desempenha ainda as funções de gestor de relações interpessoais, ou seja, procura no contexto da monitorização, minimizar certos efeitos que a própria presença de estagiários parece induzir nas rotinas de trabalho, nomeadamente no que se refere aos atrasos de atendimento que os turnos de trabalho parecem sofrer quando incorporam estagiários nas salas de trabalho. O seguinte extracto é elucidativo do que acabei de referir:

*“ (...) É fazer a parte social da questão que é amenizar os ânimos dos outros ou seja, fazer-lhes transmitir que se o turno atrasar na primeira parte, na segunda parte eu garanto-lhe que aquela hora que está estipulado terminar, está terminado o turno de trabalho [...] mas o nosso papel, como monitor é minimizar qualquer atrito e nunca deixar que haja atrito para não entrar em situações de conflito com o Médico (...) “
ME2*

Em síntese, o que se retira como ilação dos extractos das entrevistas captadas e das categorias identificadas, é de que, em traços gerais, não parece haver um verdadeiro **desempenho de dois papéis diferenciados**, na medida em que a lógica da monitorização de estágios, dito em sentido estrito, constituiu uma parte integrante da função de **Técnico de Radiologia** ³.

³ Resta saber, como é que os Técnicos de Radiologia acedem ao estatuto de monitor, questão que reservo para debate numa próxima investigação.

4.3.2. Vivendo as Práticas de Monitorização

As vivências resultantes das estratégias e das acções de monitorização constituem uma categoria singular que engloba no seu seio, as práticas de monitorização propriamente ditas, os instrumentos adquiridos através dessas práticas e as características individuais e organizacionais que condicionam a sua aplicação.

O quadro seguinte ilustra as quantificações captadas das diferentes sub – categorias. A azul-marinho encontram-se as práticas, a azulão encontram-se as sub – categorias relativas às aquisições resultantes da monitorização e a azul-escuro as condicionantes das práticas que se emergem nos diversos cenários de estágios.

Quadro 14 – Práticas de Monitorização

Catego ria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Práticas de Monitorização	Acompanhamento Inicial	5	4	2,90	2,32	9	5,23
	Acompanhamento Contínuo	12	9	6,97	5,23	21	12,20
	Acompanhamento Descontínuo	5	7	2,90	4,06	12	6,97
	Observação/Acção	12	3	6,97	1,74	15	8,72
	Discussão teórico - prática	35	13	20,34	7,55	48	27,90
	Estímulos	7	10	4,06	5,81	17	9,88
	Feedback	8	11	4,65	6,39	19	11,04
	Aquisição de Ferramentas	3	0	1,74	0	3	1,74
	Autonomia	3	4	1,74	2,32	7	4,06
	Características Cognitivas	4	2	2,32	1,16	6	3,48
	Influências Organizacionais	6	9	3,48	5,23	15	8,72
	Total	100	72	58,13	41,87	172	100

Em termos gerais, na óptica dos entrevistados, as **práticas de monitorização** delimitam-se ao nível do acompanhamento dos alunos. Porém, trata-se da modalidade de acompanhamento que se configura como algo que não é estático, na medida em que os formatos existentes são variados e em função de cada momento de estágio. Vejamos melhor esta realidade.

Da observação recolhida no terreno e confirmada quer pelos alunos quer pelos Monitores entrevistados, é desenvolvido no início do ano lectivo uma programação da actividade anual que se inicia com **acompanhamento** mais intenso, consubstanciado por uma revisão das componentes teórico – práticas inerentes a cada área de estágio. Esse acompanhamento inicial é perspectivado pelos alunos como um dos principais elementos facilitadores da integração dos mesmos nas equipas de trabalho dos campos de estágio.

Como é óbvio, para os monitores, a primeira sessão com novos alunos em estágio é organizada com cuidado acrescido. É criada uma atmosfera de complementaridade de funções, e um certo ritual de acções. O Monitor inicia a orientação da tarefa, explicitando os procedimentos e os cuidados na execução técnica. Sempre que possível o aluno intervém em seguida e termina o exame.

“ (...) Tem a preocupação de no início do estágio no 1º semestre, ver aquilo que eu sei, tínhamos aquelas aulinhas de posicionamento, de anatomia, nas salas, inclusive marcamos uma tarde para isso. (...) ” AE2

“ (...) Como o serviço só começava por volta das 9 da manhã...nós tínhamos aulas para todo o esclarecimento de dúvidas e dizer o que fazíamos. (...) ” AE3

“ (...) Eles no primeiro dia têm logo um plano de trabalho que é a distribuição pelas salas (...) ” ME3

“ (...) Vamos recordar toda a matéria que há, não é assim dizer onde se centra (...) ” ME3

“ (...) Eu tenho uma conversa com todos e, pronto, eles vão para as salas...até, sou eu próprio que vou a primeira vez levá-los ao colega que está naquele mês naquela sala “vai ter este indivíduo, não é só este” vão estes seis que estão aqui e são apresentados pelo nome (...) ” ME3

“ (...) Primeiro tento que eles vejam o que se fez mal, o que se poderia fazer...tento ver se eles chegam lá por eles e se eles não chegam tento eu induzir aquilo que é e a minha maneira de ver, o que poderia ter feito para corrigir (...) ” E5

“ (...) Perante uma situação nova têm de ter sempre um acompanhamento (...) ” ME5

No decurso do período de estágio, segundo os Monitores, subjazem ainda nas práticas de monitorização, uma estratégia de **acompanhamento contínuo**. Trata-se de um período caracterizado essencialmente pela supervisão dos Monitores. Neste período os Monitores preocupam-se essencialmente na gestão dos alunos por sala, vigiando-os e acompanhando-os em todo o processo de aprendizagem de forma a colmatar eventuais dificuldades que venham a surgir.

“ (...) Dou muita atenção aos alunos nas salas, vou lá, estou por perto, às vezes faço de conta que não estou a ver e vou e vigio (...) ” ME6

“ (...) Até agora os monitores que tive foram bastante presentes, não em presença física mas sabiam sempre tudo o que se tinha passado, quando eu tinha dificuldades [...] como ela disse é importante eles saberem em que nível é que eu estou e sei aquilo em que tenho mais dificuldades e é a principal função deles (...) ” AE4

“ (...) Faz o acompanhamento e depois é ajudar-nos naquelas áreas em que detecta e que nós dizemos que temos mais dificuldades para nos ajudar a superar (...) ” AE6

Contudo, para os alunos, tal **acompanhamento** nem sempre se verifica com rigor. Para os mesmos, existe uma certa filosofia de **descontinuidade**, argumentando os Monitores que tal situação se deve ao facto de nem sempre podem estar presentes quer presencialmente, quer nos momentos que os alunos necessitavam ou necessitam de maior apoio teórico – prático.

“ (...) Onde eu estagiei Angiografia, acho que aquilo com o monitor não foi nada [...] ela não nos tirava dúvidas, não nos perguntava nada, só analisamos películas uma vez [...] porque num estágio de observação estarmos ali sozinhos a olhar para um monitor e não sermos acompanhados, não vale a pena (...)” AE3

“ (...) Até agora os monitores que tive foram bastante presentes, não em presença física mas sabiam sempre tudo o que se tinha passado, quando eu tinha dificuldades [...] como ela disse é importante eles saberem em que nível é que eu estou e sei aquilo em que tenho mais dificuldades e é a principal função deles (...)” AE4

“ (...) No módulo de RC têm monitor, por assim dizer, porque não é ele que anda todos os dias connosco, porque ele é coordenador do serviço e é um bocado complicado mas ele dá-nos liberdade para irmos fazer tudo e mais alguma coisa... podemos fazer tudo, ele faz é pontos da situação, que é a única coisa que ele pode fazer (...)” AE2

Na verdade, a existência de um certo **acompanhamento descontínuo** relativamente à presença física do Monitor no campo de estágio não pode ser considerado como algo negativo, antes porém, para os alunos, é um momento especial para que os mesmos possam desenvolver por sua iniciativa e/ou **autonomia** os procedimentos ditos práticos. Na perspectiva dos Monitores, o facto dos alunos praticarem, mesmo na sua ausência, permitia-lhes auto-avaliarem as suas próprias debilidades e áreas de maior dificuldade técnica. Ou seja, a presença desta lógica da descontinuidade do processo ao ser percebido pelos monitores como um dos estímulos positivos para o reforço e melhoria do ensino e aprendizagem em estágio, acaba por se converter em norma, e ser bem aceite, por todos os intervenientes.

“ (...) No meu hospital há sempre alguém. Há dias em que realmente andamos à procura onde eles estão mas há sempre alguém a quem podemos recorrer (...)” AE1

“ (...) Tem sempre lá Técnicos de Radiologia mas deixam-nos sozinhos na sala mas depois está sempre alguém a ver...se precisar de alguma coisa posso ir chamá-los (...)” AE4

“ (...) Já ficamos sozinhos na sala mas não é no sentido de “façam o trabalho todo” mas no sentido de ganharmos alguma autonomia (...)” AE8

“ (...) Porque agora já estamos à vontade, podem ir-se embora as vezes que quiserem... nós até preferimos que eles nos deixem fazer este, nos deixem fazer aquele... pelo menos trabalho ao meu ritmo (...)” AE2

“ (...) Só uma pessoa a fazer é que ela vê as dificuldades que tem. Claro que isto também tem a ver ... com a qualidade do aluno, porque se for um aluno interessado...tende a fazer mais e ao tentar...tem dificuldades...especifica as dificuldades (...)” ME5

No decurso do período de estágio, sempre que possível são realizadas sessões de **revisões teóricas** da matéria relativa às técnicas de imagem. Segundo os registos captados nos campos de estágio estudados, para além das sessões de revisões, são igualmente organizadas pequenas reuniões de *brainstorming* sobre certos pormenores técnicos, servindo tais sessões com momentos de aferição, de filtragem, de confirmação e/ou de infirmação da informação passada pelos pares que tenham eventualmente acompanhado os alunos-estagiários nas salas.

“ (...) Acompanho os alunos posteriormente depois das horas normais de trabalho, isto é, quando acaba o trabalho e se tenho tempo tento fazer perguntas (...)” ME4

“ (...) Todos os dias [...] tenho uma reunião, com eles [...] onde a gente esclarece dúvidas (...)” ME1, ME3

“ (...) Eles têm as escalas e aquilo vai sempre rodando [...] há um período de observação e há um período que depois se passa à prática [...] depois [...] começa então uma revisão de toda a matéria dada, ali comigo, portanto faço assim quase de professor, vamos recordar toda a matéria que há [...] com radiografias atiradas para ali para o negatoscópio depois [...] vamos fazer uns com os outros “como se faz isto, como se faz aquilo?” (...)” ME3

“ (...) Primeiro tento que eles vejam o que se fez mal, o que se poderia fazer...tento ver se eles chegam lá por eles e se eles não chegam tento eu induzir aquilo que é e a minha maneira de ver, o que poderia ter feito para corrigir (...)” ME5

“ (...) No turno da noite quando diminui o trabalho, nós pegamos em imagens e vamos discutir, coisas que eles fazem, as asneiras, tudo...pego em tudo e digo: “vamos lá perceber o que é que aqui está mal” (...)” ME5

“ (...) Acho é que nos devemos saber filtrar a informação, e o monitor de estágio devemos ajudar a filtrar essa informação e ver se a informação que nós temos é aquela que está correcta e orientar o nosso estágio da melhor maneira possível para que não estejamos sempre a fazer a mesma coisa, sempre com a mesma pessoa [...] tentar trabalhar connosco as nossas dúvidas (...)” AE

“ (...) Tem a preocupação de no início do estágio no 1º semestre, ver aquilo que eu sei, tínhamos aquelas aulinhas de posicionamento, de anatomia, nas salas, inclusive marcamos uma tarde para isso. (...)” AE2

“ (...) Como o serviço só começava por volta das 9 da manhã...nós tínhamos aulas para todo o esclarecimento de dúvidas e dizer o que fazíamos. (...)” AE3

Na verdade, o *feedback* é um dos elementos essenciais da prática de monitorização e que os alunos avaliam positivamente, na medida em que lhes permite reflectirem sobre o estágio de evolução da sua própria aprendizagem.

“ (...) Para mim, um monitor de estágio não é aquela pessoa que está diariamente comigo nas salas. É a pessoa que monitoriza o meu estágio...que acaba por fazer, comigo, todos os dias o ponto da situação. Pelo menos é assim que eu vejo. Fazer todos os dias um ponto da situação, orientar o meu dia de trabalho, por exemplo, orientar o meu dia de trabalho (...) ” AE2

“ (...) Eu concordo com elas, o monitor não tem de estar constantemente connosco e de nos acompanhar no estágio mas, para mim, tem de acompanhar a minha aprendizagem, ele tem de saber aquilo que eu já sei, as dificuldades que eu tenho, tem de me dar o feedback da minha aprendizagem, [...] o monitor pode não estar connosco mas sabe dizer o que nós sabemos, o que nós não sabemos (...) ” AE5

“ (...) Até agora os monitores que tive foram bastante presentes, não em presença física mas sabiam sempre tudo o que se tinha passado, quando eu tinha dificuldades [...] como ela disse é importante eles saberem em que nível é que eu estou e sei aquilo em que tenho mais dificuldades e é a principal função deles (...) ” AE4

“ (...) Faz o acompanhamento e depois é ajudar-nos naquelas áreas em que detecta e que nós dizemos que temos mais dificuldades para nos ajudar a superar (...) ” AE6

“ (...) Acho que ele nos tem de dar o feedback para sabermos onde nós temos que melhorar senão ficamos sempre a fazer a mesma coisa, pensamos que estamos a fazer bem (...) ” AE8

Importa relevar que para os monitores, subjazem nas estratégias adoptadas para o desenvolvimento das práticas de monitorização, uma certa lógica facilitadora de **aquisição de ferramentas**, sendo por conseguinte consideradas como extremamente úteis dada sua natureza pragmática, na medida em que permite estabelecer uma melhor ligação entre os aspectos teórico – conceptuais e as técnicas efectivamente aplicáveis nos futuros contextos de trabalho reais.

“ (...) Eu penso que o estágio é um estágio prático, porque eu penso que os seminários são a parte teórica que eles tiveram aqui na escola [...] transmito alguma teoria que eu veja que é necessário para exercer a função [...] nos estágios as pessoas não vão aprender a trabalhar, as pessoas vão aprender a ganhar ferramentas para começarem e virem para o mercado de trabalho poderem aprender (...) ” ME2

Porém, segundo os Monitores entrevistados nem sempre as práticas de monitorização adoptadas permitem o sucesso efectivo da aprendizagem dos alunos-estagiários. Argumentam os monitores que o sucesso da aprendizagem depende das características ditas **Cognitivas** de cada aluno, ou melhor das capacidades cognitivas

destes, razão pela qual existem todos os anos alunos que necessitam de um maior apoio que outros. De notar que dois dos Monitores entrevistados referiram que por vezes existiam alunos que quase não necessitam de apoio, porque conseguiam desenvolver toda a técnica de forma autónoma. Trata-se de uma situação singular, que não pode ser considerada como uma regularidade, pois a ausência de apoio também pode ser traduzida como um certo “desinteresse” por parte dos alunos em relação às orientações do seu monitor.

“ (...) Só uma pessoa a fazer é que ela vê as dificuldades que tem. Claro que isto também tem a ver ... com a qualidade do aluno, porque se for um aluno interessado...tende a fazer mais e ao tentar...tem dificuldades...especifica as dificuldades (...)” ME5

“ (...) Quando eles chegam ao pé de nós estão mais bem preparados teoricamente e essa parte também é importante para aplicar na prática (...)” ME5

“ (...) No meu estágio que são quatro semanas, eu na última semana é que trabalho sobre eles, porque praticamente nem vou lá, eu entro e saio, eu não trabalho, são eles que trabalham (...)” ME2

“ (...) Perante uma situação nova, não interessa se é com um politraumatizado, um tangencial, ou se é um decúbito lateral, perante uma situação nova têm de ter sempre um acompanhamento, alguma situação que há têm sempre um acompanhamento. Alguns alunos, não é necessário isso por razões especiais mas de uma maneira geral, há sempre um acompanhamento quando há situações novas (...)” ME5

Importa igualmente referir que a ausência de uma política mais ajustada de gestão de recursos humanos nos serviços onde decorrem os campos de estágio, exerce uma certa **influência organizacional** ao próprio estágio dos alunos, condicionando não raras vezes a metodologia para a condução do próprio estágio e/ou das práticas de monitorização, como referiram alunos e Monitores entrevistados, uma vez que nos locais de estágio, com um menor número de Técnicos de Radiologia em serviço, não permite ao Monitor acompanhar os alunos com maior presença e regularidade. Não menos verdade importa também relevar que em certos campos de estágios, emergem outros constrangimentos às práticas de monitorização. Trata-se por exemplo da **influência profissional** que deriva para presença nos campos de estágio, certos profissionais que por não gostarem de ensinar, ou porque possuem dificuldades na transmissão dos conhecimentos, geram situações de “conflitualidade” latente quando são confrontados com a presença de alunos nas suas salas de trabalho.

“ (...) Na Radiologia Convencional é onde eu acho que à mais problemas, porque eu não posso ter a Técnica que é Monitora de Radiologia Convencional sempre a fazer tórax ou sempre a fazer ossos no turno da manhã, por isso aí os alunos terão de aprender com um dos técnicos que estão nessas salas o que também é importante para eles.

Implicações para o serviço... a cerca da Radiologia Convencional, tenho algumas, porque temos pessoas que têm e gostam mais de ensinar e ensinam realmente todas as práticas de Radiologia Convencional, fazem perguntas, que acompanham os alunos no seu dia-a-dia quando a Técnica que é Monitora não está presente temos outros que, enfim, temos que, às vezes, falar com eles e pedir-lhes colaboração (...) ” ME4

“ (...) Quando fazem as escalas no hospital deveria haver um bocadinho de sensibilidade para verem que há alunos e podem não colocar sempre mas fazer um esforço. (...) ” AE6

Em suma, as situações que emergem dos contextos de monitorização não são só moldadas pelos processos pedagógicos adoptados para o acompanhamento ora contínuo ora descontínuo dos estagiários, mas também são influenciadas pelas lógicas de gestão dos recursos humanos dos próprios serviços onde decorrem os campos de estágio. Para o monitor é-lhe exigido uma adequada flexibilidade na acção pedagógica junto dos alunos, assim como uma gestão cuidada nas compatibilidades de papéis, Monitor/Tutor/Mentor/Técnico de Radiologia. Este conjunto de questões remete-nos à percepção dum puzzle de impactos não só a nível pessoal e profissional, mas também no domínio organizacional que interessa analisar, em seguida, com maior pormenor.

4.3.3. Impactos da Monitorização na Organização

Face ao descrito nos pontos anteriores, a monitorização dos estágios nos serviços provoca impactos de ordem diversa, sob o pondo de vista macro e micro. Conjugando a análise do *corpus* das entrevistas com as observações do terreno, parece-me que existe uma maior incidência dos efeitos da monitorização ao nível da Organização e Divisão do Trabalho e nas Relações Interpessoais e Profissionais.

Sob o ponto de vista organizacional, a presença de campos de estágio nos Serviços de Radiologia gera efeitos de ordem diversa, nomeadamente ao nível da “dinâmica dos serviços” (movimento dos atendimentos), das formas de “divisão do trabalho” e da “gestão do tempo”.

Quadro 15– Impactos da Monitorização na Organização

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Impactos na Organização	Gestão dos Tempos	8	4	10,52	5,26	12	15,78
	Rotinas Diárias	5	4	6,57	5,26	9	11,84
	Divisão do Trabalho	6	8	7,89	10,52	14	18,42
	Dinâmicas	26	9	34,21	11,84	35	46,05
	Formação Contínua	6	0	7,89	0	6	7,89
	Total		51	25	67,19	32,9	76

Na verdade, o principal impacto que a monitorização parece produzir nos serviços de Radiologia, tal como argumentam os entrevistados, encontra-se intimamente relacionado com a problemática da **gestão dos tempos**. Trata-se de uma situação que se verifica com maior incidência no início de cada ano lectivo, que se traduz na criação de “**atrasos nos turnos**”, movidos pela inexperiência dos próprios alunos que necessitam de um período de adaptação e de integração no campo de estágio.

“ (...) O número de exames não diminui por termos alunos, mantém-se. As salas atrasam [...] as pessoas acabam por compreender que no início atrasam mas que amanhã são os alunos que executam os exames (...) ” ME4

“ (...) Acho que numa primeira fase, quando nós chegamos ao hospital há atrasos, porque as pessoas têm de nos explicar como é que as coisas se fazem (...) ” AE8

“ (...) É mais o período de habituação ao equipamento e ao tipo de exames (...) ” AE3

Porém, apesar de se verificar um certo atraso nos atendimentos aquando da presença dos estagiários, na perspectiva dos alunos e dos Monitores, as ditas **rotinas diárias**, não parecem sofrer alterações significativas, na medida em que todos os exames acabam por ser totalmente realizados.

“ (...) Eu acho que não embora haja sempre o compromisso de eles estarem ali, e que estarem a ensinar-nos [...] acho que não altera as rotinas, as rotinas têm de ser feitas (...) ” AE5

“ (...) Não diminui o número de exames, nem o número de doentes que são feitos. Há sempre atrasos nas salas mas a Técnica que está na sala ao lado dá uma ajudinha e puxa meia dúzia de doentes para lá, os alunos fazem mais devagar (...) ” ME1

Relativamente à **divisão do trabalho**, tal como salientam os coordenadores entrevistados, aquando dos estágios é necessário um esforço acrescido para a organização dos horários e a distribuição das tarefas por salas de trabalho. Por exemplo, é necessário colocar os Monitores escalados nas salas relativas às técnicas que monitorizavam, de modo a proporcionar um acompanhamento mais eficaz e eficiente aos estagiários. Contudo, salientam os responsáveis dos serviços que tais situações nem sempre são possíveis de conjugar, principalmente ao nível dos Monitores de Radiologia Convencional que praticam outras técnicas de imagens. Trata-se de uma situação constrangedora, não só porque condiciona os Monitores a uma só valência, mas também porque limita os recursos humanos disponíveis para a organização dos turnos de trabalho efectivo.

“ (...) Quanto às implicações para o nosso serviço, não tem muitas [...] quando temos alunos na TAC é o Técnico X que é Monitor de TAC, por isso, tentamos que ele esteja esse tempo na TAC e que acompanhe os alunos do princípio ao fim. Na RC é onde há mais problemas, porque eu não posso ter a Técnica que Monitora de RC sempre a fazer Tórax ou Ossos, no turno da manhã, por isso os alunos terão de aprender com outros Técnicos (...) ” ME4

Apesar da constatação dum conjunto de constrangimentos derivados pela presença dos campos de estágios nos serviços de Radiologia, os Monitores entrevistados referiram que a presença de alunos produz **dinâmicas positivas**, na medida em que os Técnicos de Radiologia, em geral e os Monitores, em particular, consideram que é uma oportunidade renovada de **formação contínua** e de

aprofundamento dos conhecimentos, que acaba por se reflectir na qualidade do estágio proporcionado aos alunos.

Importa fazer relevar que os alunos entrevistados argumentam que a sua presença nos campos de estágios teve impactos deveras positivos nos serviços, nomeadamente no que diz respeito à problemática da protecção radiológica, uma vez que os profissionais de saúde de outras áreas passaram a estar mais atentos a esta prática.

“ (...) Outro aspecto positivo é obrigar-nos a estudar, porque quando vamos transmitir conhecimentos [...] eu tive que ir estudar mais para poder transmitir conhecimentos (...) ” ME2

“ (...) O estudante provoca dinâmicas completamente diferentes no sentido positivo. Obriga as pessoas a ter outra postura e de um modo geral outra responsabilidade e outras responsabilidades, sobre tudo, na aquisição de mais saberes (...) ” ME2

“ (...) Por exemplo, no caso da protecção, só uma Técnica é que usa protecção e eu quando cheguei lá pedi logo aventais e colar da tiróide mas se eu não tenho dito nada se calhar estava lá a apanhar radiação (...) ” AE3

“ (...) Os Médicos diziam: “olha eles tão novinhos, tão cheios de força, com um colete de chumbo. Venham para aqui andar todo o dia com um colete de chumbo às costas que ...” (...) ” AE2

“ (...) Mas o que é certo é que eles começaram a usar avental (...) ” AE3

“ (...) Isso é verdade. Depois de usarmos o avental, os anestesistas punham. Lembram-se e usam o avental (...) ” AE

Tal como foi possível extrair do *corpus* das entrevistas, as situações de monitorização geram igualmente impactos no domínio das Relações Interpessoais, constituindo em dadas circunstâncias, ora como fonte de conflitos, ora como motor impulsionador e de reforço/distanciamento da colaboração entre pares.

Efectivamente, segundo os entrevistados a presença de alunos estagiários nos serviços de Radiologia tanto “desperta” comportamentos de **colaboração entre os pares**, principalmente quando os Técnicos de Radiologia colaborantes assumem uma relação de maior empatia com o Monitor responsável pelo estágio, como fomenta comportamentos de **não colaboração**, que se reflecte igualmente ao nível dos alunos.

“ (...) Implicações para o serviço...na RC tenho algumas, porque temos pessoas que têm e gostam de ensinar e ensinam realmente [...] temos outros que ... temos que falar com eles e pedir-lhes colaboração (...) ” ME4

“ (...) Não digo que não tenho problemas, lógico que temos problemas, lógico que de vez em quando temos os alunos a dizerem que o “Técnico não-sei-quê” não deixou fazer [...] nem todos os colegas têm a mesma disposição para ensinar (...)” ME4

“ (...) A vantagem é que podemos estar em contacto com outros Técnicos e aprendermos outras formas de trabalho (...)” AE7

“ (...) Havia lá aqueles que estavam connosco há bastante tempo e se tu pedires para eles fazerem, eles fazem e nós também colaboramos com eles. São incapazes de me dizer que não. (...)” AE2

“ (...) Há sempre muito boa vontade, não vejo má vontade dos Técnicos do meu hospital para ensinar, acho que eles lutam por querer ensinar (...)” ME1

“ (...) Manter a nossa equipa, até claro, que ... e isso é uma grande ajuda, eles ajudam-me imenso e é claro que os alunos sentem apoio, inclusive, em termos de avaliação, eu reúno a minha equipa e pergunto “qual é a vossa opinião”, nunca dou só a minha. (...)” ME5

“ (...) Na generalidade, essa colaboração...há elementos que por empatia comigo mesmo dão mais colaboração (...)” ME2

Quadro 16 – Impactos da Monitorização nas Relações Interpessoais

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Impactos nas Relações Interpessoais e Profissionais	Colaboração dos Pares	16	8	18,18	9,09	24	27,27
	Não Colaboração dos Pares	5	7	5,68	7,95	12	13,63
	Conflitos	17	25	19,32	28,41	42	47,73
	Integração	2	6	2,27	6,81	8	9,09
	Desempenho	0	2	0	2,27	2	2,27
	Total	40	48	45,45	54,55	88	100

Se as situações de não colaboração podem ser problemáticas, não é menos verdade que a presença de estagiários pode igualmente desencadear cenários de **conflictualidade** junto dos médicos, em virtude do constante atraso na realização dos exames nos turnos de estágios. Outras situações passíveis de discórdia e de tensão nos campos de estágio são, por exemplo, originadas pelo facto do Monitor ser um profissional relativamente jovem, situação que gera uma certa marginalização do mesmo pelos próprios pares que só vai atenuando com o “tempo”, ou seja, a antiguidade no exercício.

“ (...) Na Radiologia Convencional já não é tanto assim, porque...como diferente do resto dos hospitais, nós temos das pessoas mais novas a serem monitores de estágio da Radiologia Convencional e isso traz um bocadinho o “diz que diz” “porquê aquela, porquê é que não é o não sei quem, porquê que não sei que mais” e quando é o início do

estágio, isso acontece no início...agora, neste momento, vejo que isso já foi tudo ultrapassado mas quando é no início... (...) “ME4

“ (...) Eu quando iniciei com os estágios tinha acabado o curso há um ano, portanto, tive mais ou menos nessa situação mas como isso a mim me passa um bocado ao lado (...) “ME5

“ (...) Não que nós possamos notar mas eu noto em pequenas coisas, por exemplo, acho que há problemas entre os Técnicos, porque se eu tenho uma dúvida o Técnico podia responder “olha, eu penso que é assim mas é melhor perguntares à tua monitora” isso é como se não tivesse problemas. Agora, uma resposta diferente desta “Quem é a tua monitora? Ah! Não, fala com a tua monitora, eu não digo nada” (...) “AE7

Para além do referido anteriormente, importa igualmente tecer algumas referências sobre outros aspectos da interacção sócio-profissional. Por exemplo, a questão da existência de vários campos de estágio inter-hospitalares, trata-se de uma situação apreciada positivamente pelos alunos *à priori*. Contudo, os mesmos argumentaram que, por um lado, e em termos logísticos, este facto obrigava-os ao esforço suplementar nas deslocações diárias, e, por outro lado, no quadro das relações inter-profissionais dificultava a sua **integração** nas equipas de trabalho. Os estagiários argumentaram, ainda, que o facto das sessões de estágio noutros campos e serviços serem de menor duração, os Técnicos de Radiologia que os recebiam não conheciam adequadamente as capacidades e conhecimentos técnicos, limitando assim a sua acção, facto que resultava numa participação em estágio mais presencial do que pro-activa e de autonomia na experienciação no local.

Ainda no que se refere à integração, é de referir que dentro dos próprios serviços a integração dos estagiários no seio dos Técnicos de Radiologia, é geralmente bem conseguida, derivada essencialmente ao bom desempenho de cada estagiário. Porém, a sua integração e reconhecimento como estagiário ao nível dos Auxiliares de Acção Médica e junto dos próprios Médicos nem sempre é fácil, razão pela qual os estagiários afirmam que a sua presença é tradicionalmente ignorada.

“ (...) Estou com o monitor daquele módulo de estágio posso me sentir à vontade para pedir aquele monitor para fazer as coisas mas depois em relação a toda a outra equipa, é sempre difícil uma adaptação e acho que se for no nosso hospital a gente cria uma relação com toda a equipa sem ser ... mas mesmo assim acho bastante vantajoso ir a outros sítios para ver outra opção mas acho que na evolução não é tão boa como no hospital base. (...) “AE4

“ (...) Acho que a partir de uma certa altura já somos mesmo vistos como colegas (...) “AE4

“ (...) Nós no serviço central pedíamos ajuda e eles (AAM) estavam a ler as revistas lá sentados nos cadeirões e não nos ligavam, principalmente aos estagiários (...) ” AE3

“ (...) Dependendo da equipa as coisas corriam de maneira diferente. (...) ” AAE1

“ (...) Notei melhor relacionamento dos médicos do que com os auxiliares, os auxiliares, como éramos estagiários ignoravam-nos completamente (...) ” AE3

“ (...) Sim, o desempenho dos alunos leva a um bom relacionamento da equipa connosco. (...) ” AE4

4.3.4. Outros Factores Adversos dos Campos de Estágios

Longe da prática de monitorização poder ser um mar de rosas, é de acrescentar que se verificam outros factores menos positivos nos campos de estágios. Trata-se de um conjunto de situações classificáveis como – Factores Adversos -, entre as quais se destacam as relacionadas com os conhecimentos adquiridos na formação escolar (quadro teórico-metodológico) e a natureza do próprio processo de avaliação do estágio, em geral, e do processo de acompanhamento dos estagiários, em particular.

Quadro 17 – Factores Adversos nos Estágios

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Factores Adversos	Adequação do Quadro Conceptual	7	8	12,5	14,29	15	26,79
	Tempos de Duração dos Estágios	4	5	7,14	8,93	9	16,07
	Processos de Avaliação	6	19	10,71	33,93	25	44,64
	Adequação do Número de Alunos	1	6	1,79	10,71	7	12,50
	Total	18	38	32,14	67,85	56	100

Tanto os alunos, como os Monitores entrevistados sugerem a necessidade de renovar as metodologias e os conteúdos de ensino pré-estágio, na medida em que se verifica uma constante inadequação dos conhecimentos teórico-práticos e das metodologias, aplicáveis aos ditos procedimentos práticos em contexto hospitalar. São os próprios alunos e os monitores que argumentam em viva voz que os protocolos de exame leccionados nos Seminários Temáticos eram demasiado inadequados, quiçá despropositados, sendo por conseguinte de difícil aplicação, face à variação de critérios, procedimentos e protocolos técnicos de instituição para instituição hospitalar. É pelas razões expostas que os alunos e os monitores sugerem que seria mais produtivo e facilitador da compreensão se os docentes da escola

ministrassem e explicassem nos seminários temáticos, as razões de escolha de cada parâmetro técnico de exame.

Para além do descrito acima, os Monitores sugerem ainda que as funções de Técnico de Radiologia deveriam ser melhor definidas para cada valência de estágio, cuja concretização permitirá aos alunos um outro conhecimento prévio da natureza da equipa onde irão estagiar, facilitando, assim, a integração dos estagiários, a aplicação dos conhecimentos em situações concretas de execução técnica, bem como a sua interacção com os Técnicos de Radiologia.

“ (...) Eu acho que protocolo é desnecessário, porque nós chegamos aos serviços e cada Médico tem o seu protocolo (...) ” AE5

“ (...): eu acho que o suporte teórico deveria ser dado na escola para que depois nós pudéssemos aprender mais um bocadinho do nosso papel no estágio e pudéssemos perceber, porque é que um TC é assim (...) ” AE5

“ (...) Porque é que se fotografa em partes moles ou em MID, eles deveriam explicar que com esta janela deveriam ver-se estas e estas estruturas e é isso que não fazem. (...) ” AE8

“ (...) No meu caso, eu acho que eles deveriam saber quais são as funções exactamente de um Técnico, porque eles não sabem... não sabem (...) ” ME2

Um outro aspecto que merece ser salientado como factor adverso trata-se da duração do **tempo de estágio**. Na perspectiva dos alunos, a sua duração deveria ser repensada, sugerindo que os dois estágios facultativos deveriam e poderiam passar a ser obrigatórios, uma vez que ambos contêm uma forte componente observacional. Para os alunos seria mais benéfico para a sua aprendizagem, poder observar as duas valências técnicas no lugar de uma, desde que fossem reduzidas de duas para uma, as semanas de estágio para cada valência, nomeadamente em Angiografia e Pediatria.

“ (...) Angiografia, o estágio devia passar, em vez de ser 2 semanas, ser 4 e haver já uma componente prática, ou então só uma semana de observação (...) ” AE3

“ (...) Eu não concordo e os colegas fizeram RP, também disseram que o estágio foi quase de observação e então, se é assim para termos 2 estágios de observação, teríamos só uma semana de cada um (...) ” AE5

A adequação do **número de alunos** para cada campo de estágio é também mencionada pelos Monitores, como mais um factor adverso às práticas de

monitorização. Na perspectiva dos monitores entrevistados deveria existir um número menor de alunos para que cada estagiário pudesse ter mais oportunidades de exercitar as técnicas. Não menos verdade, argumentam ainda os monitores que na ausência de um maior número de campos de estágios, a disponibilidade de locais de estágio tem de ser repartida pelas várias escolas que ministram os cursos de Radiologia.

É curioso assinalar que na perspectiva dos alunos as situações de estágio onde só está presente um elemento é francamente mais proveitoso para o ensino e a aprendizagem, por um lado, porque o Monitor não se dispersa tanto na monitoria, e, por outro lado, o próprio aluno tem a possibilidade de experienciar mais técnicas no mesmo período do que em situações onde estão presentes mais estagiários.

“ (...) Nós tivemos que dividir o nosso grupo em dois, porque achamos que seis alunos no mesmo dia é muito, portanto nós dividimos (...) ” ME1

“ (...) O estágio de TAC fiz sozinha, sem mais ninguém o que foi bastante vantajoso do que quando estão mais (...) ” AE4

“ (...) No módulo de RC fazemos todas ao mesmo tempo, somos 3 alunas. (...) ” AE4

“ (...) Geralmente está um, porque são muitas valências e nós podemos dividir. Intransportáveis, queimados, ortopedia. ... Normalmente está um, porque nós vamos rodando (...) ” AE2

“ (...) No máximo, costumam ser 2, só quando vêm os alunos do segundo ano é que ficamos mais... já ficamos 4 mas é menos comum (...) ” AE6

“ (...) No meu hospital às vezes é um bocado o caos...há 13 alunos ao todo, só que vão estando divididos [...] há tantos sítios para se espalharem. Em relação às outras valências, nunca houve choque, [...] As coisas foram feitas de maneira que eu e a minha colega estamos 4 semanas de TAC, depois vão as outras 2 alunas (...) ” AE1

“ (...) No meu hospital estiveram 2 alunos durante uma semana de outra escola (...) ” AE4

“ (...) Temos quatro meses ocupados e como temos clínicos a fazer estágios e alunos e clínicos das outras instituições também a fazer (...) ” ME1

Em qualquer contexto de ensino e aprendizagem, os momentos de avaliação são sempre complexos e de difícil satisfação de todas as partes. Com respeito à avaliação dos estágios, os **instrumentos** utilizados mereceram da parte dos alunos entrevistados uma crítica deveras negativa, nomeadamente em relação à ponderação aplicada em cada momento de avaliação do estágio. Para os alunos, as notas deveriam ser discutidas na escola junto dos professores coordenadores dos estágios. Isto porque, os alunos consideram que o facto dos seus monitores não terem um

contacto permanente com eles, ou seja, não os acompanharão continuamente, constitui um forte motivo de impedimento para que os mesmos possam avaliá-los adequadamente e com rigor.

“ (...) Eu não concordo [...] com o método de avaliação. Primeiro a caderneta [...] porque tem aquelas ponderações, eu não concordo [...] Não concordo quando um monitor avalia e não está connosco [...] Não, porque sendo assim, não há uma avaliação equivalente para todos os alunos, (...) “ AE5

“ (...): eu acho que as notas deviam ser discutidas aqui na escola com os outros professores (...) “ AE4

“ (...) Não é em 10 minutos que tu estás lá em baixo a apontar para as radiografias que tu sabes aquilo tudo. [...] Eu se calhar chego lá dentro e já vou mais reticente mas eu sei o que é mas tenho mais dificuldades em explicar (...) “ AE2

“ (...) Uma avaliação de estágio com umas ponderações que são dadas, com as quais eu não concordo, uma vez que um exame final até nos pode correr mal ali, porque já estamos fartos de fazer [...] porque o doente não colabora [...] e isso vale mais do que a nota inteira de estágio. (...) “ AE3

“ (...) Deve avaliar consoante a evolução que tu fazes (...) “ AE2

Face ao exposto, o actual processo de avaliação do estágio é severamente contestado pelos alunos, reclamando estes a necessidade de alteração, caso não seja promovido um melhor **acompanhamento contínuo** por parte dos monitores em todos os momentos de estágio.

Em suma, o desempenho do Técnico de Radiologia em contexto de estágio é complexo, variando num pólo de práticas de monitoria, tutoria e de mentoria. São situação duais, que fomentam situações ora convergentes ora controversas, nem sempre fáceis de interpretar numa primeira aproximação aos contextos de acção nos campos de estágio.

4.4. Viagem ao centro das relações interpessoais nos campos de estágio dos Serviços de Radiologia

Nos capítulos anteriores, já aflorei, ainda que de forma sumária, alguns aspectos das interacções entre os actores nos campos de estágio. No presente ponto, importa analisar com mais algum pormenor a tipologia das características formais e informais que subjazem nas relações em causa.

A categoria Relações Interpessoais surgiu no *corpus* das entrevistas, articulado com um conjunto de sub-categorias que ajudam a caracterizá-la. Entre elas destacam-se aquelas que condicionam as relações interpessoais entre os profissionais e as que indicam as tipologias formais e informais dessas relações que veiculam nos Serviços de Radiologia onde decorrem os campos de estágios.

Quadro 18 – Caracterização das Relações Interpessoais

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Caracterização	Cooperação/Colaboração	12	7	34,29	20	19	54,29
	Complementaridade	8	8	22,86	26,86	16	45,71
	Total	20	15	57,14	42,86	35	100

Como já foi mencionado anteriormente, existem várias formas de trabalho, isto é, nos serviços de saúde pode existir, segundo os entrevistados, trabalho de equipa, trabalho de grupo ou trabalho individual. Tratam-se de contextos de organização do trabalho que interferem com as lógicas formais das relações entre os actores. Efectivamente, quer Monitores, quer alunos sugerem que ao contrário do modelo de trabalho individual, o trabalho de equipa proporciona um estreitamento nas relações interpessoais, que em termos formais se traduz num contexto de trabalho onde se destaca a **complementaridade de tarefas** e a **cooperação/colaboração** entre profissionais.

“ (...) Um Coordenador deve fazer é: o tal diálogo que é um meio para o bom ambiente [...] entre em diálogo, em contacto directo (...) ” ME3

“ (...) Sim, sim, há relações de cooperação, complementaridade e partilha entre os profissionais e os alunos (...) ” ME1, ME6

“ (...) No meu hospital as relações da equipa são bastante boas e mesmo com os estagiários também (...) ” AE4

“ (...) Eu tenho muito a colaboração dos meus colegas que trabalham comigo no rolemant (...) ” ME5

“ (...) Não, mesmo quando havia muitos alunos, as monitoras das diferentes escolas colaboravam entre si (...) ” AAE1

“ (...) Há um trabalho de equipa [...] há uma ligação mais forte entre eles devido à tal convivência e ao esclarecimento de dúvidas, porque há sempre um que sabe mais numa área ou noutra (...) ” ME1

“ (...) A primeira questão do trabalho de equipa está no relacionamento entre eles, na cooperação entre os vários membros da equipa (...) ” ME1

“ (...) O trabalho de equipa é um trabalho de complementar as pessoas (...) ” ME2

“ (...) Em equipa, eu tenho que trabalhar, porque é assim na profissão [...] sou obrigado a ser complementado pelas outras pessoas (...) ” ME2

“ (...) Obrigatoriamente tem de haver trabalho de equipa, porque se eu estiver numa sala de CPRE aquilo é trabalho de equipa, um Médico não faz a minha função. Eu não faço a função dele. Todos nós nos complementamos (...) ” ME2

Um outro aspecto que interessa destacar, diz respeito aos aspectos simbólico-valorativos que modelam os campos de estágio. Tal como foi salientado pelos entrevistados, nomeadamente pelos alunos e monitores, o poder Médico é exercido de forma determinante não apenas como instrumento de dominação local, mas também como um factor cultural de “submissão” que condiciona, no sentido lato, as relações interpessoais nos campos de estágios.

Efectivamente, os hábitos acumulados ao longo dos tempos, que tem vindo a confinar o Técnico de Radiologia como uma peça da máquina de produção de exames, deixaram algumas “marcas” ao nível da profissão, que ainda na actualidade os coloca numa posição de certa sub-alternidade face aos médicos. São inúmeras as situações onde os técnicos são tratados como meros executores dos procedimentos técnicos, sendo-lhes exigido o cumprimento estrito das orientações clínicas e a máxima rapidez na execução dos exames. Uns *robots* nas mãos da decisão médica. Não são tolerados os atrasos, situação que se reflecte obviamente ao nível dos estagiários que são vistos pelos médicos como elementos que condicionam o ritmo “normal” do serviço.

“ (...) Há hábitos acumulados ao longo dos anos e existem certas deformações profissionais que são um aspecto cultural da nossa profissão e é difícil contorná-los (...) ” ME2

“ (...) Uma coordenação tem de transmitir uma certa postura [...] perante os próprios superiores hierárquicos e os inferiores hierárquicos, tanto os pares como as outras profissões [...] porque nós de baixo temos tendência para copiar as posturas dos que estão acima de nós (...) ” ME2

“ (...) Por vezes foi evidente que havia ali uma tensão entre os Técnicos e Médicos. (...) ”
“ AE5

*“ (...) Depende dos Técnicos, porque alguns os Médicos têm respeito, porque os
Técnicos se deram ao respeito desde o início, por outros não (...) ”* *“ AE5*

Obviamente que num quadro de interacção, a **comunicação** ocupa um lugar privilegiado de passagem nas relações interpessoais. Segundo os monitores entrevistados e por aquilo que é dado a observar no trabalho de campo, uma **comunicação aberta** a nível intra e inter-pares parece deter a capacidade de evitar o conflito, na medida em que permite o esclarecimento frontal de eventuais dúvidas que possam surgir no quotidiano de trabalho, ou no seio do trabalho em equipa.

“ (...) Um Coordenador deve fazer é o tal diálogo que é um meio para o bom ambiente [...] entre em diálogo, em contacto directo (...) ” *“ ME3*

“ (...) As pessoas vão aprender, não conseguem por motivos variados...eu falo muito com as pessoas e a minha colega também...e falamos com as pessoas (...) ” *“ ME4*

Quadro 19 – Condicionantes das Relações Interpessoais

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Condicionantes	Cultura Organizacional	6	1	20,69	3,45	7	24,13
	Comunicação	8	0	27,59	0	8	27,59
	Ambiente	9	5	31,03	17,29	14	48,28
	Total	23	6	79,31	20,69	29	100

Assim sendo, a presença de **ambiente** de abertura “aliado” a uma comunicação mais fluida parece constituir-se como um dos factores que influenciam positivamente as relações interpessoais, situação que parece favorecer a sedimentação de uma colaboração mais estreita entre os diferentes membros de uma equipa nos diferentes níveis dos contextos de trabalho.

“ (...) Um Coordenador deve fazer é o tal diálogo que é um meio para o bom ambiente [...] entre em diálogo, em contacto directo (...) ” *“ ME3*

“ (...) O ambiente tem melhorado (...) ” *“ ME2*

“ (...) Na Angiografia, onde há muitas pessoas, havia sempre conversas na sala sobre diversos assuntos e bons convívios entre todos. Na RM onde havia muita gente também havia boas convivências entre todos, Técnicos (...) ” *“ AAE1*

“ (...) Acho que não há nada e primeiro que tudo eu defendo que tem de haver bom ambiente de serviço (...) ” ME3

Na verdade, subjazem neste puzzle das relações interpessoais não apenas lógicas de abertura comunicacionais, mas também cenários do quotidiano atravessado pela emotividade e pelos conflitos entre os profissionais. Efectivamente, o *corpus* das entrevistas é esclarecedor a este nível. Assim, identificámos uma categoria – **Emotividade/Conflitos** – que é composta por sub – categorias relacionadas com os factores geradores das tensões que veiculam no seio das relações interpessoais.

Quadro 20 – **Emotividade/Conflitos**

Categoria	Sub – Categorias	F (E)		(%)		Totais	
		M	A	M	A	F(E)	%
Emotividade/ Conflitos	Emoções/Variações de Humor	7	6	8,64	7,41	13	16,05
	Empatia	6	1	7,41	1,24	7	8,64
	Tensão/Conflito	8	5	9,88	6,17	13	16,05
	Conflitos de Tarefa	5	12	6,17	14,81	17	20,99
	Conflitos de Relacionamento	12	11	14,81	13,58	23	28,40
	Comportamentos de Evitamento	4	4	4,94	4,94	8	9,88
	Total		42	39	51,85	48,15	81

Entre os factores que parecem potenciar cenários de emotividade e de conflitos são as **variações de humor**. Trata-se de uma fonte que foi sublinhada inúmeras vezes por vários entrevistados como um dos factores que pode despoletar um conflito latente e alterar substancialmente a harmonia das relações interpessoais, nomeadamente, a **empatia** criada entre os diversos membros de uma equipa. Os entrevistados salientaram ainda que quando existia uma efectiva empatia nas relações interpessoais era possível construir com maior facilidade acções de cooperação nos contextos de trabalho.

“ (...) Umhas vezes estão mais bem – dispostos e outras vezes estão mais mal – dispostos (...) ” ME6

“ (...) Em termos de relações interpessoais, é consoante o meu feitio, se a pessoa está bem disposta, as pessoas dão-se melhor que no dia que a pessoa está mal disposta (...) ” ME2

“ (...) Uma trica de momento, às vezes um “aborrecimentozito”, a pessoa mal-humorada (...) ” ME6

“ (...) Acordar mal disposto (...) ” ME2

“ (...) As pessoas têm inveja [...] as pessoas não estão preocupadas com o facto de ensinar, estão preocupadas com quem recebe, não é com quem ensina (...) ” ME2

“ (...) A relação com os Médicos, depende muito do Médico, depende muito do dia, depende das variações de humor do Médico, às vezes vai bem – disposto e tudo é maravilhoso [...] mas no outro dia quando vai mal – disposto [...] é horrível (...) ” AE5

“ (...) É um hospital velho, com muita gente e depois depende muito do estado de espírito (...) ” A E2

“ (...) Uma pessoa quando faz certos juízos de valor toma posições mais ou menos problemáticas, independentemente das amizades (...) ” ME2

“ (...) Há elementos que por empatia comigo mesmo dão mais colaboração (...) ” ME2

“ (...) É lógico que os alunos também queriam certas empatias com certos Técnicos e que gostam mais de trabalhar com uns do que com outros e isso também acontece ao contrário (...) ” ME4

De relevar que as situações de **tensão** e de conflitualidade que por vezes se fazem sentir nos campos de estágios, não passam de forma despercebida aos estagiários. Por exemplo, as próprias condições de trabalho (p.e. sobreposição de exames e profissionais nas mesmas salas de trabalho) foram referidas pelos alunos, como uma das principais fontes de **conflitos de tarefa**. Trata-se de uma situação que emerge com alguma regularidade quando não são tomadas as devidas precauções na gestão de espaços e de tempos.

“ (...) Por vezes foi evidente que havia ali uma tensão entre os Técnicos e Médicos. (...) ” AE5

“ (...) Um bocadinho aquele stress de hospital grande, muita gente para coordenar, muita gente para refilar à parte, porque há muita gente que gosta de entrar lá e refilar (...) ” AE2

“ (...) Em termos de conflitos, eu notei algumas coisas na urgência, havia um clima de tensão, porque eram só 3 salas e era a ver quem é que chegava primeiro à sala [...] havia um conflito de tarefas, mas nada que chegasse a desencadear alguma situação mais agressiva entre os Técnicos. (...) ” AE3

“ (...) Eles dizem-me tudo, eles todos os dias me contam...hoje fiz menos que ontem mas hoje a sala estava cheia, quase não se podíamos mexer lá em baixo (...) ” ME1

Os **comentários** ou boatos também se fazem sentir como fontes de tensão nas relações interpessoais. Não são raras as vezes que comentários infundados, gerados por razões de ordem diversa, potenciam os conflitos latentes que veiculam nos serviços de Radiologia, afectando inclusivé o normal funcionamento das acções de monitorização nos campos de estágios e as relações dos monitores com os demais Técnicos de Radiologia.

“ (...) Na Radiologia Convencional já não é tanto assim, porque...como diferente do resto dos hospitais, nós temos das pessoas mais novas a serem monitores de estágio da Radiologia Convencional e isso traz um bocadinho o “diz que diz” “porquê aquela [...] quando é o início do estágio, isso acontece no início...agora, neste momento, vejo que isso já foi tudo ultrapassado mas quando é no início (...)” ME4

“ (...) Há sempre, há um dia que um se aborrece e acontece, isso há sempre... acontece, não posso entrar assim nas cabeças das pessoas...uma boca mal dita mal (...)” ME6

Assim sendo, parece que existe um certo **Conflito de Relacionamento**, que é do domínio público, mas que apesar de serem notificados e debatidos durante as secções de trabalho para o encontro de soluções para a sua erradicação, continuam a ocorrer, ainda que sejam de forma esporádica, derivados pelos factores já descritos, tais como, variações de humor, comentários e tensões, mas que “incendeiam” e reforçam as clivagens latentes de conflitualidade nas relações interpessoais.

“ (...) Estiveram com o Técnico que eles menos gostariam de estar e aí, às vezes, pode gerar-se então um pequeno conflito... acho que apesar de tudo as coisas têm sido resolvidas no meu hospital, não digo que não tenham havido problemas (...)” E6

“ (...) Temos tido alunos que também são conflituosos e que temos de falar “ ME4

“ (...) O trato aluno, aluno/Técnico, Técnico/Técnico...não consigo ver assim tão bem... há conflitos e como nós todos temos o nosso serviços e às vezes estamos mal dispostos, acho que realmente, há que gerir os conflitos, há que perceber porque é que eles acontecem, falar com as duas partes e tentar perceber e tentar resolver (...)” ME4

“ (...) Para eu poder desencadear uma reunião, para eu poder resolver um conflito...não me lembro de uma situação (...)” ME3

“ (...) Eu não posso dizer que não haja conflitos, no meu hospital há conflitos, porque por vezes há situações complicadas que o Técnico coordenador [...] não consegue gerir, temos escaladas pessoas para a equipa, às vezes faltam (...)” AE5

“ (...) Não há conflitos de relacionamentos, porque quando se vê que há personalidades que as funções e a postura, enquanto Técnico de Radiologia não são compatíveis, afastam-se (...)” AE5

Quando as práticas de uma comunicação mais aberta e fluida não possam resolver as emotividades e conflitos nos serviços, são adoptados pelos profissionais os **comportamentos de evitamento**. Naturalmente quando eles ocorrem, as relações inter e intra-pares ficam inquinadas, gerando aquilo que se pode chamar de “clima de gelo”, onde todos saiem prejudicados, sobretudo o utente.

“ (...) Toda a gente faz um esforço de o aturar, portanto ninguém quer entrar em conflito, não há conflitos visíveis, porque todo o pessoal faz um esforço e ali tem que estar. Apesar de existir este caso, não havia conflitos (...) ” AE1

“ (...) Sim, o conflito era evitado, falava-se o mínimo indispensável. Evitavam-no, desde Técnicos, a Médicos, a outros colegas auxiliares (...) ” AE1

“ (...) Não há conflitos de relacionamentos, porque quando se vê que há personalidades que as funções e a postura, enquanto Técnico de Radiologia não são compatíveis, há um certo evitamento (...) ” AE5

“ (...) Eu não noto conflitos entre os Técnicos de Radiologia e os auxiliares, porque as funções estão bem definidas [...]. Com os Médicos já não é bem assim, já há (...) ” AE5

Sugerem ainda os entrevistados para que a actividade nos serviços de Radiologia, seja ela qual for, obtenha sucesso é necessário que toda a equipa de profissionais se reúna de forma a discutir os processos necessários ao seu desenvolvimento. Argumentam ainda os TR que devem serem discutidas as metodologias de trabalho, para que cada profissional saiba o seu papel e possa trabalhar em colaboração com todos os outros sem conflitos ou outras dificuldades. Perspectivam os TR que só assim é que os relacionamentos podem tornar-se mais sólidos e cada um dos membros da equipa possa contribuir “completamente” no desenvolvimento de práticas inovadoras, num processo dinâmico para a prestação eficaz de cuidados de saúde.

Segundo os TR/monitores, quer os alunos quer os demais TR que se juntam numa equipa dos serviços de Radiologia devem ser motivados, salientando os entrevistados o facto de que, nas equipas multidisciplinares é necessário deter uma capacidade adaptativa e flexível para que seja possível escutar os outros. Mais, cada membro deve estar motivado para integrar a equipa de trabalho, caso contrário

poderá sentir dificuldades na integração e na interacção com os outros membros, não se desenvolvendo a confiança necessária às relações de cooperação.

Subjaz nas perspectivas dos TR, a necessidade de identificar e avaliar com rigor as características positivas inerentes ao bom funcionamento das relações interprofissionais. Assim sendo, parece-me que os TR subscrevem a tese Molyneux (2001), perspectivando que um dos caminhos para alcançar um “bom” trabalho de equipa, quer na produção de exames, quer na monitorização de estágios, se deve ter presente o seguinte: a) qualidades dos membros envolvidos e deveres da equipa; b) comunicação dentro da equipa; c) oportunidades de desenvolvimento de metodologias para um trabalho criativo.

Na verdade, Laidler (1991) argumenta que os profissionais devem “cruzar” as fronteiras da sua profissão para melhor fortalecerem a sua identidade profissional. Sugere ainda o autor que se deve desenvolver uma maior confiança nas suas funções para que a autonomia se fortaleça, sem a qual não lhes é possível alcançar uma maior capacidade adaptativa e criativa tão necessárias nas equipas de saúde (Molyneux, 2001).

Infelizmente, nas equipas de saúde, o desenvolvimento de novas metodologias é quase sempre condicionado pelas hierarquias decisórias, entre os quais o Médico. Assim sendo, as oportunidades para se desenvolverem novas metodologias surgem de uma forma mais amiúde quando as equipas não “sofrem” as acções directas do Médico do serviço, nem as condicionem aos modelos tradicionais de trabalho de mero executores de exames radiológicos.

Em suma, existe um conjunto de factores adversos nos serviços de Radiologia onde decorrem os campos de estágios, razão pela qual a existência de uma maior harmonia nas relações interpessoais parece ser o desejo de todos os TR e alunos. Infelizmente existe uma outra face nas relações interpessoais que veiculam nos serviços de Radiologia, factos que estão longe de poderem ser erradicados definitivamente destes serviços e das relações em causa.

Parafraseando a tese de Goffman (1993), as exigências do “decoro” que não estão associadas à linguagem verbal de uma região/campo de estágio podem dividir-se em dois grupos: o moral e o instrumental. O moral é caracterizado por possuir fins próprios, no sentido de dar certas regras que conduzem à não “intromissão” dos problemas dos outros, respeitando a personalidade de cada um, etc. O instrumental não tem fins próprios referindo-se a obrigações entre dois actores, por exemplo

obrigações que o responsável da equipa de trabalho coloca aos seus colegas da mesma equipa.

Contudo, fazendo ainda analogia à perspectiva goffmaniana, os actores podem deixar de se expressar intencionalmente nos locais de estágio, mas não podem deixar de exprimir alguma coisa, o que é exemplificado nas informações recolhidas, pois uma das formas de decoro é a de “mostrar trabalho”, em que os profissionais mostram sempre que estão em esforço laboral, tratando-se apenas de aparência, esta é considerada uma imposição que vincula as condições subalternas. Mas existe também o problema de obrigação oposta, o não mostrar trabalho, já que existem situações em que o actor (TR) não quer e não pode mostrar que desempenha determinados papéis. Como tal, existem momentos que o actor evidencia factos do seu desempenho e outros momentos em que o actor suprime outros factos do seu desempenho para não o comprometer.

Assim o termo de “região de fachada” ao ser aplicado a um campo de estágio acentua os factos da construção do espaço de ensino-aprendizagem em contexto de trabalho, fazendo relevar uma outra “região de traseira”, ou seja os “bastidores”. É também neste espaço que os profissionais/monitores organizam os elementos em termos de eficácia expressiva, melhorando o seu desempenho e também reexaminando-o este no sentido de “agradar” ao aluno estagiário. Porém, a transição da região de fachada para a região das traseiras é negada aos demais espectadores porque o segredo tem que ser mantido, o que faz com o controlo desta transição seja extremamente importante pois permite ao monitor, a defesa e o refúgio em relação aos espectadores, constituindo assim uma medida de segregação da audiência.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. Os Resultados do Estudo

As recentes mutações das condições de acesso à formação inicial e à profissão vieram dotar os Técnicos de Radiologia de novas lógicas de construção social, da profissionalização e do profissionalismo. Porém, apesar das práticas destes profissionais ainda dependerem das orientações da prescrição médica, facto que não lhes confere ainda um monopólio global do exercício profissional, baseado numa total autonomia da e na decisão técnica, possuem o privilégio de ter conseguido um certo “fechamento social” da profissão. Na verdade, através da credenciação de um diploma de nível superior, os profissionais passaram a controlar o monopólio de selecção e de formação inicial dos TR, assim como, lhes abriu uma oportunidade de luta social para criar um monopólio de legitimidade para definir o seu campo de exercício e os saberes de natureza técnico-científica, com implicações de ordem diversa no quotidiano de trabalho dos TR.

Os resultados da pesquisa realizada sobre o quotidiano das práticas dos TR e a sua vivência como monitores de estágios encontram-se sistematizados em três grupos: a) Modelos de Trabalho e Composição Sócio–Organizacional dos Serviços de Radiologia; b) Monitorização de estágios; c) Relações Interpessoais.

Uma das características dos resultados do estudo, no que se refere aos Modelos de Trabalho e Composição Sócio–Organizacional dos Serviços de Radiologia, diz respeito à **lógica da divisão do trabalho** que emerge de forma condicionada pela cultura profissional. Subjaz no quotidiano das práticas a presença de uma certa rotinização e redundância de funções, acrescida de um puzzle complexo de interesses individuais, na encruzilhada da procura da autonomia de cada profissional no contexto das interações de trabalho.

Efectivamente, o número de valências de técnicas radiológicas em que cada TR pode investir é diversificado, sendo cada vez mais difícil o domínio de todas as áreas. Trata-se de uma situação que influencia a gestão dos recursos humanos e a estratégia de comunicação e jogos de interesses entre os profissionais.

Na verdade, os grupos de discussão fizeram relevar que o facto desses interesses profissionais serem respeitados, ainda traz outras vantagens, pois segundo os mesmos, os profissionais tornam-se mais autónomos, porque investem naquilo que gostam. Para os entrevistados, esta possibilidade foi, de certa forma,

proporcionada pela evolução tecnológica que aumentou a variabilidade de exames e de técnicas de recolha de imagens para diagnóstico, exigindo cada vez mais formação dirigida e conseqüentemente uma maior especialização, autonomia e responsabilização a cada profissional.

Além das condicionantes e das influências que interferem com a divisão do trabalho, os grupos de discussão também referiram as diferentes formas de como se processa essa divisão, ou seja, o trabalho pode ser realizado individualmente, em grupo ou em equipas multidisciplinares.

O trabalho foi considerado de características individuais quando o Técnico de Radiologia desenvolve a sua actividade sozinho numa sala, em grupo quando trabalha em conjunto com um par e em equipa quando está inserido numa equipa multidisciplinar, isto é, quando o Técnico de Radiologia está a desempenhar a sua função numa sala em que trabalham outros profissionais, tais como, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica, ele possui um determinado papel, que não pode ser desempenhado pelos outros profissionais que acabei de mencionar, pelo que condiciona a existência de uma complementaridade de funções, complementaridade essa que visa alcançar um produto final de qualidade. Esta orientação é concebida pela hierarquia decisória que existe nos serviços, fruto da cultura organizacional, sendo manifestada pela oposição entre comando e execução. Enquanto uns comandam e orientam, os outros executam.

Ainda no campo dos Modelos de Trabalho e Composição Sócio-Organizacional dos Serviços de Radiologia, nomeadamente no que se refere à **organização do trabalho**, é de salientar que de uma maneira geral, ela é condicionada pelas valências e diversidade de exames que o serviço em si pode oferecer aos utentes que a ele recorrem, pelos objectivos e pela missão a que cada serviço se propõe. Porém, os objectivos nem sempre são conhecidos o que condiciona significativamente o desempenho de cada profissional, pois estes não sabem o que a organização espera de si. Como tal, os entrevistados referiram que era urgente que estes fossem definidos, pois isso traria impactos positivos ao nível dos processos e da própria monitorização dos estágios, uma vez que a divisão e organização do trabalho são garantidas pelas regras e pelas escalas que se definem no serviço.

Os entrevistados, mais concretamente os alunos, salientaram que dentro do mesmo serviço apesar de existirem escalas, regras e os processos mais ou menos estandardizados, existem variações na forma de como cada um desenvolve a sua

técnica, principalmente dentro das salas de trabalho ao nível da selecção dos parâmetros técnicos, *chassis* e posicionamentos.

Quanto à temática da **Monitorização de Estágios**, são destacados nos resultados a ideia de ser Monitor/Tutor, sendo perceptível no seio dos actores uma clara consciencialização de quais as funções que lhe eram atribuídas. Assim sendo, definiram Monitor como o responsável pela gestão da situação relativa à aprendizagem e à evolução do aluno, além de ser o responsável pelas práticas de ensino em contexto de trabalho. É curioso notar que na ideia dos actores, um monitor não tem a obrigatoriedade de marcar uma presença contínua nas salas de exames, devendo apenas orientar em deferido as actividades para cada dia de estágio.

Uma outra ideia que é evidente nos actores sobre o significado de Monitor diz respeito à sua função pedagógica. Quer para os TR/monitores quer para os alunos, um monitor deve estimular o estudo dos alunos para que estes possam adquirir o máximo de conhecimentos em contexto de estágio, argumentando que o saber é poder, e que é uma condição imprescindível para gerar uma maior autonomia e um reconhecimento face aos outros profissionais de saúde inseridos na equipa de trabalho.

Para os alunos, o Monitor poderia e deveria ser também Tutor, na medida em que o mesmo era considerado responsável pelos actos dos alunos nas salas de trabalho propriamente ditas. Porém, esta última função, segundo os mesmos, deveria ser desempenhada em parceria com os pares, uma vez que o Monitor não estava sempre presente nas salas de trabalho.

Em síntese, um Monitor deve ter um conjunto de atributos dito no sentido de Williams e Webb (1994 cf. Lança 2003), ou seja: a) competências profissionais e aptidões para demonstrar não só vastos conhecimentos em Radiologia, como também domínio da relação entre a teoria e a prática, b) atitudes facilitadoras da aprendizagem dos alunos (saber explicar, descrever, demonstrar, discutir técnicas e procedimentos, partilhar o conhecimento e a experiência), c) conhecimentos didáctico-pedagógicos ao nível da preparação, planeamento e avaliação da aprendizagem em estágio.

Quanto ao desempenho de vários papéis, existe um certo consenso no seio dos actores que os Monitores desempenhavam dois papéis, o de Técnico de Radiologia e o de Monitor, sendo possível satisfazer os requisitos que cada um impunha. Para alguns alunos, os dois papéis nem sempre podiam ser compatíveis,

existindo sempre um dos papéis, mais evidenciado face ao outro, geralmente o do papel de Técnico de Radiologia.

A integração dos alunos nos serviços nem sempre era pacífica, sendo de assinalar que ocasionalmente gerava tensões em virtude dos atrasos nos turnos de trabalho, condicionando as relações com outros profissionais, nomeadamente com os médicos. Ainda assim, os estagiários eram considerados como elementos do serviço que provocavam dinâmicas positivas, uma vez que a sua presença proporcionava quer aos Monitores quer aos outros profissionais um renovar do investimento na auto-formação.

Salienta-se ainda que a problemática da monitorização nem sempre é pacífica aquando do período de avaliação dos alunos, sendo tradicionalmente contestados os instrumentos de avaliação utilizados. Para os alunos, deveriam ser revistas as metodologias de avaliação, assim como a adequação do número de alunos a cada local de estágio, para que houvesse um melhor acompanhamento contínuo efectuado pelo Monitor.

Um outro conjunto de resultados, diz respeito à temática das **Relações Interpessoais**. Resumidamente há a referir que os cenários do quotidiano fizeram relevar as relações de cooperação/colaboração e complementaridade de tarefas entre profissionais para atingirem um determinado resultado, as quais proporcionavam um estreitamento nas relações interpessoais. Como condicionantes destas relações, os entrevistados sobrevalorizam os impactos e as condicionantes da matriz cultural dos profissionais e da organização, a comunicação e o ambiente.

Relativamente às interacções simbólicas, são de destacar as relações de tensão entre os que julgam “comandar” e aqueles que rejeitam a mera função de “execução”. Foi evidenciado inclusivamente, por alguns alunos e Monitores, os efeitos do poder Médico, o qual condiciona a execução dos procedimentos técnicos. Os médicos exigiam habitualmente um estrito cumprimento dos horários na realização dos exames, ou seja, raramente toleravam os estágios no início por estes provocarem atrasos nos turnos de atendimento.

Contudo, os entrevistados referiram que a comunicação poderia melhorar as relações interpessoais. Mais, referiram que a comunicação evita o conflito, na medida em que permite o esclarecimento de dúvidas que podem surgir no quotidiano de trabalho, nomeadamente no trabalho em equipa.

O ambiente aliado a uma boa comunicação foi referido pelos Monitores e pelos alunos, como um dos factores que influencia as relações interpessoais, pois

quando este é positivo a colaboração entre os diferentes membros de uma equipa é mais evidente.

Além destes aspectos, os entrevistados mencionaram que as variações de humor, a empatia, os comentários e as condições de trabalho podem desencadear alterações nas relações interpessoais, podendo provocar conflitos de tarefa ou conflitos de relacionamento. Os conflitos de tarefa emergiam nos serviços quando as funções não estavam bem definidas entre os profissionais e conflitos de relacionamento quando estes ultrapassavam a mera actividade.

Quanto às variações de humor, estas foram referidas por várias vezes como um dos factores que podem despoletar um conflito, pela manifestação de emoções assim como a empatia criada entre os diversos membros de uma equipa. Os entrevistados salientaram que quando existia uma empatia entre os vários profissionais, as relações interpessoais que se destacavam eram as de cooperação, existindo raramente conflitos.

Apesar destas condicionantes existirem nos serviços, os Monitores entrevistados relataram que raramente existem conflitos. Apesar de ser uma situação corrente, para os actores externos como os alunos a percepção é outra. Para estes, as condições de trabalho eram ocasionalmente fontes de conflitos de tarefa, por não haver uma correcta gestão de espaços e de tempos, o que levava à sobreposição de exames e profissionais nas mesmas salas de trabalho.

Os comentários críticos de natureza pessoal também foram evidenciados, por causarem alguns conflitos, bem como as “invejas”. Apesar deste tipo de conflitos ocorrer, os alunos entrevistados referiram que nos hospitais por onde passaram os conflitos, em termos gerais, só aconteciam pontualmente, porque os intervenientes evitavam-se, isto é, adoptavam comportamentos de evitamento, dissimulando cenários de “concordância” para minimizar os riscos de confronto entre os protagonistas (TR/monitores, alunos, médicos, etc.).

Outras situações passíveis de discórdia e de tensão nos campos de estágio são por exemplo originadas pelo facto do Monitor ser um profissional relativamente jovem, situação que gera uma certa marginalização do mesmo pelos próprios pares, facto que conduz a uma clivagem inter-geracional que só se vai atenuando com o “tempo”, ou seja, com a antiguidade no exercício.

Os resultados do estudo ilustram um vasto conjunto de evidências do quotidiano da prática dos TR/Monitores, sendo as áreas mais problemáticas as relacionadas directamente com a organização e a divisão do trabalho.

Se é verdade que os TR têm procurado desenvolver uma maior responsabilização e uma maior autonomia na acção, “conferidos” de certa forma pela atribuição de novos conteúdos curriculares na formação inicial e avançada, não é menos verdade que a ausência de objectivos específicos estabelecidos para o serviço coloca-os perante uma “encruzilhada”, na medida em que a não existência de *guidelines* que permitam uma articulação efectiva entre todos os profissionais, o que condiciona na maioria das vezes o trabalho em equipa, contaminando a clareza e a definição das funções específicas de cada um.

Na verdade, foi possível observar no terreno que para superar esta limitação do quotidiano de trabalho, a coordenação dos serviços procura elaborar as escalas de serviço, atendendo à divisão do trabalho dos e pelos TR, procurando, assim, conjugar as “apetências” e os interesses individuais de cada TR, a fim de não comprometer a produtividade do serviço. Porém, o respeito pelos interesses individuais é uma moeda de duas faces, na medida em que conduz por vezes a uma “especialização” dos profissionais, facto que proporciona uma redução das opções de escolha do TR com conhecimentos específicos para cada posto de trabalho.

De relevar ainda que a divisão do trabalho entre os TR também é muitas vezes influenciada pela presença de alunos, já que, cabe ao coordenador criar nas escalas dos serviços, espaços de acção facilitadores do trabalho do TR/Monitor, a fim de não comprometer o acompanhamento dos alunos, já que tal procedimento é considerado fundamental e quiçá imprescindível para a aprendizagem dos estagiários. Porém, tal facto, nem sempre é fácil de se concretizar, visto que constringe “ainda mais” a tão precária rotatividade dos recursos humanos por cada valência existente nos serviços estudados.

Assim sendo, algumas das situações detectadas no quotidiano das práticas dos TR com funções de monitores são atravessadas por um feixe de problemas e moldadas por um puzzle complexo de relações humanas institucionalizadas nos campos de estágios. Deste puzzle destacam-se nomeadamente as relações autoritárias oriundas das hierarquias decisórias intra-pares (os coordenadores e outros TR) e a nível inter-pares (os médicos) que parecem gerar ocasionalmente fontes de tensão nos campos de estágio, que em determinados contextos bloqueiam as iniciativas e os campos de acção dos TR/monitores.

Considerando a monitorização de estágios no quotidiano de trabalho dos TR, verifico que esta desperta duas posturas diferentes por parte dos TR não Monitores; se por um lado uns colaboram com o Monitor nas práticas de monitorização, pelo outro podem existir pares que não colaboram devido ao facto de não gostarem de ensinar ou até mesmo de não apreciarem o indivíduo que foi seleccionado para o devido efeito apontando, tal como já referi anteriormente, a sua jovialidade.

Quadro 21 – Principais Evidências do Quotidiano das Práticas dos TR/Monitor

Áreas / Contextos	Categorias	Sub-Categorias	1	2	3
Modelos de Trabalho e Composição Sócio – Organizacional	- Divisão do Trabalho - Evolução Tecnológica - Organização do Trabalho	- Trabalho em Equipa - Especialização - Escalas de serviço - Compatibilidade de Papéis. - Ausência de Objectivos			☹☹☹
Monitorização de Estágios	- Práticas de Monitorização - Impactos na Organização - Impactos nas Relações Interpessoais	- Colaboração de Pares - Conflitos		😊😊	
Relações Interpessoais	- Condicionantes - Caracterização - Emotividade / Conflitos	- Conflitos de Relacionamento - Conflitos de Tarefa - Cooperação	😊		
Papel TR/Monitor	- Duplos Papéis - Impactos na Organização	- Colaboração de Pares - Incompatibilidade de Papéis - Dinâmicas	😊		
Profissão TR	- Organização do trabalho - Divisão do Trabalho	- Redundância de Funções. - Autonomia - Responsabilização - Especialização	😊		

Nota: avaliação da percepção da situação: 1.- pouco ou nada significativo/problemático; 2.- moderadamente significativo/problemático; 3.- muito significativo/problemático.

De salientar que a dualidade colaboração/cooperação é frequentemente manifesta nas relações entre pares, não só nas rotinas diárias, como também no desenvolvimento dos estágios de aprendizagens que existem nos serviços, situação que gera ao nível dos TR/Monitores um desempenho simultâneo dos dois papéis sem que estes possam colidir e tornarem-se incompatíveis. Importa salientar que o desempenho eficaz dos TR/Monitores não se traduz numa mais valia a nível macro das relações institucionais (elo de ligação escola/hospital), sendo confinado a uma visibilidade micro nos possíveis espaços de acção dos campos de estágio.

Face ao exposto, o conjunto dos resultados do estudo realizado sugere que o modelo de funcionamento dos serviços de Radiologia influencia fortemente os pressupostos da acção dos TR, sendo este moldado por uma dupla regulação

utilitarista e culturalista (Reynaud, 1997), de tal modo que emergem nas redes do quotidiano certos climas de instabilidade entre os actores. Porém, os conflitos quer de tarefa quer de relacionamento não são muito problemáticos no quotidiano de trabalho dos TR, existindo apenas situações pontuais resultantes da não definição de funções ou de “comentários inadequados”, quer em relação ao funcionamento dos serviços, quer no que concerne à vida pessoal de cada um.

Efectivamente os resultados do estudo sugerem que num serviço de Radiologia, cada indivíduo possui diferentes horizontes profissionais e objectivos muito específicos. Assim, num campo de estágio hospitalar, os TR, os monitores, os médicos e os alunos de cada área de estágio possuem um determinado lugar numa hierarquia diferenciada, já que cada um possui uma função específica, quando se considera a divisão do trabalho.

Além deste aspecto, cada elemento de um determinado grupo profissional encontra-se em etapas diferentes na sua respectiva carreira, o que proporciona a existência de diferentes planos individuais de inserção no contexto de trabalho e orientações distintas nos processos de negociação dos espaços de acção nas redes do quotidiano de trabalho.

Assim sendo, toda a realização dramática dos TR/monitores passa por estádios de administração de impressões, de controlo, de negociação e de comunicação de informação sobre o desempenho. A constatação desta realidade na vida quotidiana dos TR/monitores vem elucidar que, em primeiro lugar, tais relações podem ser entendidas como um sistema global de realidades sociais em permanente interacção nos campos de estágios.

Por outro lado, a transposição da leitura da vida quotidiana dos TR/monitores como uma gramática de representações permite fazer relevar não só uma outra concepção da acção social nos campos de estágios e das próprias vivências das práticas, como também uma nova concepção de instituição e uma renovada percepção a nível micropolítico do conceito de situação, recriando ainda a possibilidade de uma definição racional da situação, à semelhança de um jogo, onde se desenrolam estratégias passíveis de maximização de ganhos e de minimização de riscos para todos protagonistas (TR/monitores, alunos, médicos, etc.).

Neste sentido, os resultados do estudo parecem sugerir que o desempenho dos TR/monitores e outros técnicos dos serviços de Radiologia onde decorrem os campos de estágios pode ser apresentado como um jogo, onde se colocam em frente

pelo menos dois adversários que desenvolvem estratégias de actuação em conformidade com os recursos disponíveis para cada uma das partes.

À semelhança do teatro, para o sucesso da representação é imprescindível que o público não perceba o que se passa nos bastidores (p.e. conflitos de tarefa/conflitos de relacionamento), também, para os TR/monitores, na sua vida quotidiana, desde a vida como profissional nos serviços de Radiologia, a monitor de estágios, cada vez que assume um dos papéis procura minimizar os riscos e maximizar a informação disponível a fim de criar as melhores condições de utilização dos recursos dos serviços para alcançar um desempenho eficaz e o sucesso na cena social dos serviços de Radiologia.

Sendo verdade, a cooperação dos Técnicos de Radiologia com os TR/monitores no âmbito da valorização e apoio aos estágios manifesta-se através de comportamentos "homogéneos", que apesar de resultarem de uma certa "decoreação de fachada", são sempre resultantes de uma estratégia necessariamente consensual. Assim sendo, apesar de cada indivíduo possuir perspectivas distintas e precedências dramáticas e directivas diferentes, qualquer grupo de TR/monitor e outros técnicos, só pode ser considerado como uma equipa se constituir em torno de uma estratégia comum de apoio ao desenvolvimento dos próprios estágios dos cursos de Radiologia, caso contrário, na impossibilidade de alcançar um acordo na actuação, a noção de equipa fica drasticamente afectada.

Para além de um quadro dramático da acção TR/monitores, os resultados do estudo não refutam a ideia de que o modelo de acompanhamento efectuado pelos Monitores processa-se num quadro de valorização da aprendizagem profissional baseada nas práticas e nas experiências quotidianas vividas pelos alunos. Tais práticas são moldadas pela reflexão, dito no sentido de Schön (2000), Alarcão (1996), Dewey (1998) entre outros, ou seja, os alunos parecem ser estimulados no sentido de adquirirem uma postura reflexiva face às acções que desempenham. Apesar de carecer de maior aprofundamento do estudo, é indubitável que existe um certo esforço dos Monitores no sentido da promoção e valorização do auto-questionamento e auto-problematização dos alunos, tendo em vista que estes possam desenvolver adequadas competências para o encontro de possíveis soluções (*ex-ante*) para os possíveis problemas com que se possam deparar no futuro quotidiano de trabalho.

Importa igualmente salientar que as relações que os alunos em situação de estágio estabelecem com os outros profissionais trazem a lume um conjunto de

momentos reflexivos que podem ocorrer durante a acção ou de uma forma retrospectiva, ou seja posteriormente à acção. Processa-se neste quadro reflexivo a conjugação entre os quadros conceptuais ministrados em contexto escolar e as próprias práticas desenvolvidas, bem como a partilha de experiências e o domínio das características afectivas.

Neste sentido, perspectivado que se pode desenvolver uma racionalidade prática no contexto da acção e/ou interacção dos alunos/monitores/profissionais do terreno que se inscreve essencialmente numa revisão activa das crenças e dos rituais que vai certamente condicionar a construção e recomposição da competência profissional e consequentemente o desenvolvimento profissional.

Apesar de necessitar de maior aprofundamento e pesquisa, os resultados do presente estudo permitem destacar assim um aspecto nuclear que numa primeira aproximação, creio que se pode “transportar” para demais realidades do quotidiano da Radiologia. Trata-se de uma situação que está relacionada com as perspectivas analíticas inerentes às teorias da acção (Schön, 2000, Alarcão, 1996, Dewey, 1998), de onde se destaca que qualquer que seja a área profissional a acção condiciona sempre o comportamento humano, pelo questionamento que se coloca em torno das acções, tentando desta forma identificar, relacionar e reorganizar cada situação vivenciada para extrair as melhores soluções, tendo sempre uma base teórica, crenças e experiências.

Sendo verdade, é de considerar que a acção da monitorização está sempre ligada ao pensamento e à componente cognitiva do ser TR, como tal, nos estágios os alunos devem ser convidados a participar em reflexões que permitam um conhecimento dos contextos e das problemáticas para que posteriormente possam tomar decisões baseadas em estratégias de acção. Assim sendo, no contexto da monitorização devem ser fomentadas oportunidades para que os alunos possam melhorar o seu futuro desempenho profissional e que consigam maximizar o seu potencial quer profissional quer pessoal.

Face aos resultados do estudo, confirma-se a hipótese de que *O Técnico de Radiologia com funções de monitor desempenha actividades quotidianas moldadas por processos de elaboração e de reelaboração de compromissos entre os actores dos serviços de Radiologia e os alunos dos campos de estágios.*

Apesar de na vida quotidiana, os recursos corresponderem aos papéis atribuídos a cada TR/monitor, os frutos de uma dada "jogada" sua, só serão aproveitados caso a representação seja convincente perante a audiência que o rodeia. Como tal, parece ser igualmente de concluir que as dinâmicas do quotidiano desenvolvidas nos serviços de "acolhimento" de alunos-estagiários nem sempre podem ser classificadas de positivas, nem tão pouco parecem ser indutoras de novos estímulos para a coesão do trabalho de equipa. Ou seja, o sucesso depende do contexto de acção e da decisão de acção. Porém, subjaz no campo de "acção" do quotidiano de trabalho dos TR/monitores, variadas dimensões de ganhos-riscos e negociações, através das quais cada um procura maximizar as suas vantagens e minimizar os riscos (Crozier e Friedberg, 1977). Tratam-se de situações que ocorrem em condições estruturais específicas que, embora não os determinem, acentuam o seu carácter contingencial no quotidiano de trabalho (Strauss, 1992) que, em última instância afectam os modelos de empenho e desempenho (Goffman, 1993) e a acção reflexiva (Schön, 2000) dos TR/monitores de estágio, quer ao nível do trabalho em equipa nos serviços de Radiologia, quer nas formas de monitorização dos próprios estágios.

Em suma, apesar de existirem indícios claros que apontam no sentido de uma maior autonomia no desempenho dos TR, que colaboram como monitores nos campos de estágios dos hospitais, o papel destes como monitores para além de nem sempre ser reconhecido a nível inter-pares, é moldado de processos de elaboração e de reelaboração de compromissos entre os actores que parecem ser indispensáveis para manter em funcionamento as actividades quotidianas nos serviços de Radiologia. Assim sendo, parece que as grandes alavancas dinamizadoras do funcionamento dos serviços de Radiologia como campos de estágios situam-se apenas ao nível do maior ou menor grau de perícia dos Técnicos de Radiologia com funções de monitores em saberem envolver pró-activamente os colegas e os alunos, no espírito de vivência dos objectivos prosseguidos de forma a potenciar as competências dos alunos em contexto de estágio.

2. Recomendações: Plano de Intervenção Sócio-Organizacional para a promoção e a valorização da *Monitorização e Tutoria* dos Estágios curriculares do curso de Radiologia

I.- Considerações preliminares

Em função dos resultados do estudo sugere-se a concepção de uma proposta de plano de intervenção sócio-organizacional tendo em vista o desenvolvimento de actividades que passo a apresentar em seguida.

A presente proposta de plano visa os Técnicos de Radiologia com o intuito de valorizar e promover o papel de Monitor em contextos profissionais e organizacionais, superando as possíveis lacunas da monitorização apresentadas ao longo do estudo com o apoio de uma metodologia de acção específica que irei descrever mais adiante.

Tal como foi referido, as lacunas mais evidenciadas pelo estudo dizem respeito às necessidades de melhorias nos estágios de aprendizagem, principalmente às necessidades de uniformização das práticas de monitorização e de avaliação.

Assim sendo, ficou demonstrado empiricamente que seria pertinente a adopção de medidas que permitissem uma maior colaboração e uma maior uniformização de práticas entre as instituições envolvidas, não só entre a Escola e os Hospitais, assim como entre estes últimos, já que as actuais práticas de monitorização demonstram algumas assimetrias.

Uma das estratégias adoptadas consiste em inovar a formação contínua para alcançar uma maior partilha de conhecimentos e experiências que potenciem um reforço das práticas de investigação na Radiologia em geral e nos contextos de Monitorização, em particular.

A presente proposta de plano de acção é composta por três áreas de intervenção, para as quais foram definidos objectivos específicos cuja implementação é proporcionada por um conjunto de actividades propostas no próprio plano.

II.- Metodologia

A estratégia que proponho baseia-se numa metodologia participativa, cujo objectivo consiste em fomentar o trabalho em equipa, facilitando uma partilha de conhecimentos e uma maior colaboração inter-institucional que permita não só uma melhoria ao nível da monitorização dos estágios do Curso Superior de Radiologia,

mas também proporcionar em simultâneo uma valorização do Técnico de Radiologia nos contextos hospitalares.

Para facilitar a observação do plano de acção criei uma matriz onde procuro especificar todas as suas particularidades por cada área de intervenção que passo a referir e a desenvolver:

- A- Dinamizar a Cooperação Institucional.
- B- Inovar a Formação Contínua.
- C- Reforçar as Práticas de Investigação.

A- Dinamizar a Cooperação Institucional

O objectivo geral desta área de intervenção é o de promover o trabalho em equipa entre os Monitores das várias instituições envolvidas nas práticas da monitorização.

Constituem objectivos específicos:

- Fomentar a partilha de conhecimentos e experiências na monitorização de estágios.
- Promover a aquisição de conhecimentos.

Com o intuito de se alcançarem estes objectivos proponho as seguintes actividades:

- Promoção da colaboração da Escola/Hospitais.
- Visitas da Escola às Instituições.
- Visitas inter – hospitalares
- Reuniões periódicas entre Monitores, docentes da Escola e Alunos.
- Secções de divulgação e debate de conhecimentos e experiências.

Importa relevar que as actividades propostas visam um dinamismo da cooperação entre instituições, fomentando o trabalho em equipa, Em termos estritos, trata-se de actividades que procuram responder às expectativas das instituições em geral e dos Técnicos de Radiologia e Monitores, em particular, principalmente no que diz respeito à monitorização e à participação dos actores. Para tal, é necessário assegurar um acompanhamento dinâmico e contactos regulares com os mesmos, nomeadamente através das visitas institucionais que poderão certamente contribuir para um melhor conhecimento inter-institucional.

Para uma efectiva articulação e cooperação inter-institucional é essencial que as instituições envolvidas conheçam com rigor os campos de intervenção e as necessidades dos profissionais envolvidos. Sugiro, assim, a implementação de reuniões periódicas entre Monitores, Docentes da Escola e Alunos que deverão ser realizadas na Escola e nos Hospitais de forma rotativa de três em três meses, onde se farão pontos de situação que servirão de base simultaneamente às sessões de divulgação e debate de sobre o estado de evolução dos conhecimentos. Estas trocas de experiências deverão ser realizadas apenas na Escola, pelos meios técnicos que esta dispõe.

Estas sessões devem ser realizadas no final de cada semestre ou sempre que existam experiências novas que mereçam a sua divulgação.

Para finalizar importa acrescentar que espero que o facto das reuniões se realizarem em todas as instituições envolvidas permita não só facilitar as condições para implementar as visitas previstas na proposta de plano de intervenção sócio-organizacional, mas também promover as melhorias das condições para o envolvimento efectivo de todos, na partilha do conhecimento sobre os diferentes contextos de trabalho de cada entidade e profissional de saúde.

B- Inovar a Formação Contínua

O objectivo geral desta área de intervenção é a promoção da aquisição de conhecimentos e competências nas áreas relacionadas especificamente com a monitorização de estágios na Radiologia. Trata-se de uma proposta de Plano de Formação que tem por base, mais uma vez, a colaboração inter-institucional. Sendo assim, esta proposta de Plano procura responder às expectativas das instituições hospitalares, Monitores, Docentes e Alunos em termos de número e qualidade de sessões formativas.

Os objectivos específicos desta área de intervenção são:

- Desenvolver Acções de Formação para reforçar a uniformização de critérios didáctico – pedagógicos das práticas de monitorização.
- Adquirir ferramentas para o desenvolvimento do papel de Monitor.
- Promover a actualização e ampliação de conhecimentos e aprendizagem contínua ao longo da vida profissional.
- Proporcionar um estreitamento nas relações entre Escola/Monitor/Técnico de Radiologia /Hospital.

As actividades previstas neste ponto são:

- O diagnóstico das necessidades de formação.
- A concepção dos planos de formação consoante as temáticas referidas pelo diagnóstico.
- Os estágios em contexto escolar e hospitalar.

A proposta de plano de formação será desenhada de acordo com os interesses e necessidades manifestadas pelos elementos envolvidos, ou seja, pelos Monitores, Docentes e Alunos. Como tal, deverá ser efectuado um levantamento das necessidades de formação identificadas pelas instituições envolvidas, utilizando instrumentos adequados que permitam reflectir as temáticas de interesse, nomeadamente as perspectivas associadas à uniformização de critérios didáctico-pedagógicos das práticas de monitorização e às ferramentas necessárias ao desempenho eficaz e eficiente do papel de Monitor em contexto hospitalar.

Será igualmente tida em conta na proposta de formação, a problemática da actualização contínua de conhecimentos relacionados com as tecnologias da saúde, inerentes às técnicas aplicadas em cada valência da Radiologia necessários a uma evolução permanente na carreira profissional, já que são esses conhecimentos que serão transmitidos às novas gerações nos vários campos de estágios.

No final, proponho ainda a realização de estágios que permitam proporcionar a consolidação das aprendizagens. Perspectivo positivamente a existência de uma vantagem acrescida destes estágios, na medida em que tais situações podem facilitar a sedimentação de novos dinamismos entre as instituições quer hospitalares quer escolares promotoras de cursos de Radiologia.

C- Reforçar as Práticas de Investigação.

Esta área temática tem como objectivos a promoção da investigação na Radiologia e a aquisição de novos conhecimentos, contando para o efeito, as propostas de actividades estabelecidas na matriz, ou seja, com reuniões de três em três meses para avaliação da progressão dos trabalhos e para fomentar o debate de ideias que poderão ir surgindo. Trata-se de mais uma oportunidade para fomentar a consolidação do trabalho em equipa entre os actores envolvidos.

Proponho ainda que no final de cada trabalho temático sejam desenvolvidas Jornadas e *Workshops* pelos grupos de trabalho, enquanto estratégia de acção para

potenciar o debate de ideias, garantindo assim a continuidade do trabalho, cujos resultados poderão ser divulgados com recurso às novas tecnologias.

III.- Recursos

Para a implementação e desenvolvimento das actividades previstas na proposta de plano, é necessário contar com a colaboração da instituição escolar e das instituições hospitalares no que diz respeito à disponibilização dos recursos materiais e outros meios logísticos.

Em relação aos recursos humanos, será necessário garantir o apoio e o envolvimento dos Monitores de Estágio, dos Docentes e dos Técnicos de Radiologia, assim como, a colaboração dos alunos, uma vez que estes poderão ser úteis não só para apoiar o diagnóstico das necessidades de formação, mas também, para redefinir de forma sustentada novos critérios didáctico-pedagógicos das práticas de monitorização. Além disso, deverão igualmente ser garantidas as condições para implementar o registo e o *feedback* em relação às alterações que certamente irão surgir nos estágios, em função da aplicação das novas práticas, após a concretização do plano de acção.

Notas Finais

A presente proposta de Plano de Acção tem como propósito a implementação de uma estratégia, tendo sempre em vista a promoção e a valorização do Técnico de Radiologia como Monitor nos contextos profissionais e organizacionais.

Para o efeito, estão previstas actividades que serão avaliadas por meio de instrumentos que proporcionam um *feedback* relativo à estratégia adoptada, sendo possível sempre que necessário um reajuste.

Os objectivos traçados visam sempre o desenvolvimento do trabalho em equipa, de forma a criar conhecimentos e informações que deverão proporcionar um dinamismo nas colaborações institucionais, convidando, assim, em primeira e em última instância, à reflexão e ao debate contínuos.

Em seguida, apresento a matriz de enquadramento lógico da proposta de acção que dispõe os objectivos para cada área de intervenção, bem como as actividades previstas e os materiais de apoio necessários à formação, debates, jornadas e *Workshops*.

**Quadro 22: Matriz de Enquadramento Lógico
da Proposta de Plano de Acção para promoção e valorização dos TR/Monitor**

Objectivo Global	Objectivos Específicos	Indicadores	Actividades	Meios de Verificação	Resultados Esperados	Recursos
Dinamizar a Cooperação Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a partilha de conhecimentos e experiências na monitorização de estágios. - Promover a aquisição de conhecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de contactos realizados entre as instituições envolvidas. - Número de participações dos Monitores e dos Estagiários nos eventos organizados por cada instituição envolvida. - Números de visitas efectuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da colaboração da Escola/Hospitais - Visitas da Escola às Instituições. - Visitas inter – hospitalares. - Reuniões periódicas entre Monitores, docentes da Escola e Alunos. - Sessões de divulgação e debate de conhecimentos e experiências. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios das visitas realizadas. - Registos das reuniões e secções de debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um maior dinamismo entre as instituições envolvidas nos estágios. - Uniformizar a formação dos estagiários em contextos hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brochuras, cartazes e folhetos de divulgação e promoção sobre a cooperação institucional.
Inovar a Formação Continua	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver Acções de Formação para uniformização de critérios didáctico – pedagógicos das práticas de monitorização. - Adquirir ferramentas para o desenvolvimento do papel de Monitor. - Promover a actualização de conhecimentos e aprendizagem contínua ao longo da carreira. - Proporcionar um estreitamento nas relações entre Escola/Monitor/TR/ Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de acções de formação dos Monitores propostas por temática de interesse. - Número de acções de formação presencial. - Número de Acções de formação em serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico das necessidades de formação. - Concepção dos planos de formação consoante as temáticas referidas pelo diagnóstico. - Estágios em contexto escolar e hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de momentos de avaliação. - Relatórios das actividades. - Reuniões periódicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação das necessidades de formação e actualização contínua de conhecimentos para uma melhor prestação de serviços de monitorização em contexto hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Material didáctico de suporte às acções de formação disponibilizadas pela instituição escolar envolvida. - Outros materiais de apoio disponibilizados através da página Internet da escola.
Reforçar as Práticas de Investigação	<ul style="list-style-type: none"> - Promover investigação na Radiologia. - Adquirir novos conhecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de reuniões e jornadas realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jornadas, <i>Workshops</i> e outras reuniões de grupos de trabalho com debate de ideias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos trabalhos desenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um núcleo de investigação. - Debates periódicos de novas ideias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação de resultados com recurso às novas tecnologias.

**Quadro 23: Proposta de Cronograma
da Proposta de Plano de Acção para promoção e valorização dos TR/Monitor**

Actividades	Ano 1						Ano 2					
	Jan/ Fev	Mar/ Abr	Mai/ Jun	Jul/ Ago	Set/ Out	Nov/ Dez	Jan/ Fev	Mar/ Abr	Mai/ Jun	Jul/ Ago	Set/ Out	Nov/ Dez
1. Cooperação Institucional												
1.1. Promoção da colaboração interinstitucional.												
1.2. Visitas da Escola às Instituições.												
1.3. Visitas inter – hospitalares.												
1.4. Reuniões periódicas.												
1.5. Secções de divulgação e debate.												
2. Formação												
2.1. Diagnóstico de necessidades formativas												
2.2. Acções de formação em sala												
2.3. Acções de formação em serviço												
2.4. Avaliação dos impactos da formação												
3. Investigação												
3.1. Reuniões dos grupos de trabalho												
3.2. <i>Workshops</i>												
3.3. Jornadas												

BIBLIOGRAFIA

1. Bibliografia citada e consultada

- ABBOTT, Adrew. (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- ABREU, Wilson Correia. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho*. Lisboa: Educa editores.
- ADAMS, J.; SMITH, T. (2003). “Qualitative Methods in Radiography Research: a Proposed Framework”, *The College of the Radiographers*, 9: 93-99.
- ALBARELLO, Luc (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva
- ALARCÃO, Isabel. (1996). “ Estágios Pedagógicos : uma situação dilemática“, *Seminário. O estágio pedagógico da formação inicial de professores: situação actual e cenários de evolução*. Braga: Universidade do Minho.
- AMBLARD, Henri (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Seuil.
- ARCO, António José Reis do. (2002). *Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem – Técnicas de Supervisão*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- ARCO, Helena. (2003). *Entre a lógica organizacional e as estratégias dos actores: o caso da cooperação na orientação do ensino clínico de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Évora: Universidade de Évora.
- BARBALET, J. M. (1996). “Social Emotions: Confidence, Trust and Loyalty”, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 16: 9-10.
- BARDIN, Laurence. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARR, Hugh. (2005). “Evaluating Teamwork”, *Journal of Interprofessional Care*, 19: 81-82.
- BELL, Judith. (2002). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. (1999). *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro.
- BERNOUX, Philippe. (s.d.). *A sociologia das organizações*. Porto: Rés.

- BILHIM, João Abreu de Faria (1996). *Teoria organizacional. Estruturas e pessoas*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (policopiado).
- BONTRAGER, Kenneth L. (1999). *Tratado de Técnica Radiológica e Base Anatômica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- BUSHONG, Stewart C. (1998). *Manual de Radiologia para Técnicos – Física, Biologia y Proteccion Radiológica*. Madrid: Harcourt Brace.
- CAIRES, Susana; ALMEIDA, S. Leandro. (2000). “Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate aberto”, *Revista Portuguesa de Educação*, 13(2): 219-241.
- CARAPINHEIRO, Graça. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Afrontamento.
- CLEGG, Stewart R. (org.). (1997). *Handbook de Estudos Organizacionais, Volume 1 – Modelos de Análise e Novas Questões em Estudos Organizacionais*. São Paulo: Editora Atlas.
- COMEAU, Yvan. (1987). “Résurgence de la vie quotidienne et de ses sociologies”, *Sociologie et sociétés*, 19(2) : 115-123.
- CROZIER, Michel e FRIEDBERG, Erhard (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.
- DE DREU, Carsten, e VAN VIANEN, Annelies. (2001). “Managing Relationship conflict and the Effectiveness of Organizational Team”, *Journal of Organizational Behaviour*, 22: 309-328.
- DEVILLARD, Olivier. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand Editora.
- DONNADIEU, Gérard et LAYOLE, Gérard (1995). *Essai d'interprétation systématique de la régulation sociale dans une organisation*. Paris: Univ. Paris (working paper, policopiado)
- DUBAR, Claude. (1997). *A Socialização*. Porto : Porto Editora.
- (2000) *La crise des identités*. Paris: Presses Universitaires de France.
- D'ESPINEY, Luísa. (2003). “Formação inicial/ formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho”, in Rui Canário (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. 169-188.
- ELLIOTT, L. (2003). “Radiographer reporting in the nuclear medicine department: a learning curve?” *Radiography*, 9: 247-251
- ÉTTIENNE, Jean; BLOESS, Françoise; NORECK, Jean-Pierre; ROUX, Jean-Pierre. (1998). *Dicionário da Sociologia*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

- ETZIONI, Amitai. (1989). *Organizações modernas*. São Paulo: Pioneira Ed.
- (1969). *The Semi-professions and Their Organizations: Teachers, Nurses and Social Workers*. New York: Free Press.
- FILLEAU, Marie-Georges e RIPOULL, Clotilde Marques (2002). *Teorias da Organização e da Empresa*. Oeiras: Celta.
- FORTIN, Marie – Fabienne. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ltd.
- FRIEDBERG, Erhard. (1995). *O poder e a regra – dinâmicas da acção organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- FRIEDSON, Elliot. (1970). *The Profession of Medicine*. New York: Dodd; Mead and Co.
- (1986a). *Professional dominance. The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- (1986b). *Professional power. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- (1994). *Renascimento do profissionalismo. Teoria, profecia e política*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo
- GARNICA, António Vicente. (1997). “Algumas notas sobre a Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 1: 109-119
- GAUTHIER, Benoît. (2003). *Investigação Social – da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- GEOFFRION, Paul. (2003). “O Grupo de Discussão”, in Benoît Gauthier, *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*, Lisboa: Lusociência, 319-344.
- GIL, António Carlos. (2002). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- GOFFMAN, Erving. (1993). *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. Santa Maria da Feira: Relógio D’Água Editores.
- HAMEL, Jacques. (1992). “O método de Caso em Sociologia”. *Current Sociology*. London: Sage Publications, 40: 1-7.
- HOGG, D. and HOGG, P. (2003). “Radiographer prescribing: lessons to be learnt from the community nursing experience”, *Radiography*, 9: 263–265
- IMAGINÁRIO, Luís. (Org.). (2001). *O papel do tutor no âmbito das novas modalidades formativas*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional.

- JOBERT, Guy (1999). “A inteligência no Trabalho”, in CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), *Tratado das ciências e das técnicas da Formação*, Lisboa: Instituto Piaget, 223 - 239.
- JONH, Peter. (2001). “Winning and Losing: a case study of university tutor-student teacher interaction during a school-based *practicum*”, *Mentoring & Tutoring*. 9(2): 153-164.
- JOSSO, Cristine (1987 [1988]). “Da formação do sujeito...ao sujeito de formação”, in : NÓVOA, António; FINGER, Mathias, (org.), **O Método (auto)biográfico e a Formação**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 35 - 50.
- LANÇA, Luís. (2003). *O Ambiente Educacional no Estágio de Aprendizagem em Radiologia*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina (policopiado).
- LARSON, Magali Sarfatti (1977). *The rise of professionalism. A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- LE BOTERF, G. (1994). *De la competence. Essai sur un attracteur trange*. Paris : Les Editions d’organisation.
- (1997). *De la competence la navigation professionnelle*. Paris : Les Editions d’organisation.
- LEITÃO, Júlia. (2003). *Grupos-Foco: o uso da metodologia qualitativa como suporte complementar à avaliação quantitativa realizada pelo sistema de bibliotecas a USP*. Dissertação de Mestrado. S. Paulo: Escola de Comunicação e Artes da Universidade de S. Paulo (policopiado).
- LESSARD-HÉBERT, Michelle (1990). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas*, Lisboa: Instituto Piaget.
- LONGARITO, Clementina (2002). “O Ensino Clínico. A Importância da Orientação e a Construção do Saber Profissional”, *Revista Investigação em Enfermagem*, 5: 26 - 33.
- LOPES, Noémia (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora.
- LOURO, Olga Joaquina. (2003). *A Influência do Complemento de Formação na (Re)Construção Identitária em Enfermagem: Contributos para um Estudo de Caso do Desenvolvimento Profissional*. Dissertação de Mestrado. Évora: Universidade de Évora

- MADRIZ, Esther. (1995). "Focus Group in Feminist Research", *Handbook of Qualitative Research*. Califórnia: Sage Publications.
- MALGLAIVE, Gérard (1997). "Formação e Saberes Profissionais: Entre a Teoria e a Prática", in CANÁRIO, Rui (org.), *Formação e Situações de Trabalho*, Porto: Porto Editora, 53 – 60.
- MANNING, David and BENTLEY, H. Brian (2003). "The consultant radiographer and a Doctorate degree", *Radiography*, 9: 3–5
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- MARTINS, Moisés Lemos. (1993). "A Epistemologia do Saber Quotidiano", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37: 79-103.
- MAYS, Nicholas; POPE, Catherine. (2000). "Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research" ". *British Medical Journal*, 2000; 320; 50-52 (<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7226/50>)
- MEALHA, J. Conceição. (2000). *Física e Tecnologia dos Equipamentos de Diagnóstico e de Radioterapia*. Lisboa: Universitária Editora.
- MEIGNANT, Alain (1997). *A Gestão da Formação*. Lisboa: Pub. Dom Quixote.
- MENEZES, Rachel Aisengart (2001). "Ethnography of medical teaching at an Intensive Care Unit", *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 5(9):117-130.
- MEYER, Julienne. (2000). Qualitative research in health care: Using qualitative methods in health related action research. *British Medical Journal*, 2000; 320; 178-181 (<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7228/178>)
- MIGUÉLEZ, Faustino e TORNS, Teresa. (1998). "Introducción al análisis del trabajo y de la vida cotidiana", *Papers*, 55: 9-25.
- MOLYNEUX, Jeanie. (2001) "Interprofessional teamworking: what makes teams work well?" *Journal of Interprofessional Care*, 15(1): 29-35.
- MONTAIGNE, Michel. (1993). "Da Experiência", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37: 11-32.
- MOREIRA, Carlos Diogo (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- MOSKAL, William. (1997). "It takes a team – Building relationships and achieving results", *Healthcare Executive*, 12(6): 20-24.
- NUNES, João Arriscado. (1993). "Erving Goffman. A Análise de Quadros e a Sociologia da Vida Quotidiana", *Revista Critica das Ciências Socais*, 37: 33-49.

- NUNES, Maria Eduarda. (2005). *Pesquisa e prática profissional – Representações e Realidades*. Dissertação de Mestrado. Ponta Delgada: Universidade dos Açores (policopiado).
- PAIS, José Machado. (2002). *Sociologia da vida quotidiana: teorias, métodos e estudos de caso*. Lisboa: Instituto das Ciências Sociais
- PALARM, T. , JONES, K. and GILCHRIST, M. (2001). “Personal and professional development: a survey of radiographers employed in the South West Region”, *Radiography*, 7: 43–53.
- PERRENOUD, Ph. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- (1999). *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed.
- PISCO, João Martins. (2003). *Imagiologia Básica – Texto e Atlas*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- PISCO, João Martins; SOUSA, Luís Aires. (1999). *Noções Fundamentais de Imagiologia*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- PONTE, João Pedro e BRUNHEIRA, Lina (s.d.). “O trabalho de campo na formação inicial dos professores de matemática”, Centro de Investigação em Educação da Faculdade de Ciências da Universidade Nova de Lisboa (policopiado)
- POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS Nicholas. (2000). “Qualitative research in health care: Analysing qualitative data”. *British Medical Journal*, 2000; 320; 114-116 (<http://bmj.com/cgi/content/full/320/7227/114>)
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva – Publicações Ltd.
- RAGIN, Charles. (1992). *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- REYNAUD, Jean-Daniel (1997). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin
- RIBEIRO, Luís Roberto de Camargo e MIZUKAMI, Maria da Graça. (2005). “An experiment with PBL in higher education as appraised by the teacher and students”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17):357-68.
- RODRIGUES, Adriano Duarte. (1993). “Para uma Sociologia Fenomenológica da Experiência do Quotidiana”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37: 117-129.

- RODRIGUES, Maria de Lurdes. (1994). *Sociologia das Profissões*. Lisboa: Edições Celta.
- SAINSAULIEU, Renaud (1987), «Culture d'entreprise», *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques & Dalloz, 205-226.
- (1999). “Os ‘efeitos da Formação na Empresa”, in CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre, (org), *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*, Lisboa: Instituto Piaget, 91 – 102.
- (2001). *Sociologia da empresa: organização, cultura e desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- SANTOS, Joaquim F. Mateus (1966). “Evolução profissional dos técnicos de Radiologia”, *Boletim Clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa*, 30(1/2): 343-357.
- SANTOS, Nuno. (2002). “Cooperação em Situações de Trabalho: contributos conceptuais”, *Ciência Psicológica*, 8: 124-138.
- SCHIPPERS, Michaela; HARTOG, Deanne; KOOPMAN, Paul; WIENK, Janique. (2003). “Diversity and Team outcomes: the moderating effects of outcome interdependence and group longevity and the mediating effect of reflexivity”, *Journal of Organizational Behaviour*, 24: 779-802.
- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (org.). (1986 [2001]). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- SILVA, Carlos Alberto. (1997). *Centros de Saúde: a cultura organizacional na encruzilhada da cultura e da identidade profissional. Estudo do caso dos três centros do distrito de Beja*. Dissertação de Mestrado. Évora: Universidade de Évora (policopiado).
- (1999), “Contributions a l'Analyse du Quotidien dans un Centre de Santé en Alentejo - Portugal“, *Ethnologie Française*, 39(2): 273-283
- (2001). *Para uma Leitura Dinâmica das Organizações, (Re) Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem: Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo*. Tese de Doutoramento. Évora: Universidade de Évora (policopiado).
- (2004). *O Labirinto da Enfermagem – Participação e Profissionalismo*. Lisboa: Edições Colibri.
- (2005a). *Reencontro com o mundo organizacional*. Évora: Universidade de Évora.

- (2005b). "Ser Técnico de Radiologia: Constrangimento e Factores de Sucesso?", *Economia e Sociologia* (no prelo).
- SCHWARTZ, P.; MENNIN, S.; WEBB, G. (Eds.). (2001). *Problem-based learning: case studies, experience and practice*. London: Kogan Page.
- STRATI, Antonio (2000). *Theory and method in organization studies*. London: Sage
- STRAUSS, Anselm. (1992). *La Trame de la Négociation*. Paris: L'Harmattan, 82-112.
- TEIXEIRA, Cláudio. (1996). *Organização do Trabalho e Factor Humano – De Instrumento a Actor*. Lisboa: IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional
- WALBY, Sylvia and GREENWELL, June (1994). *Medicine and Nursing - Professions in a changing health service*. London: Sage Publications.
- WILLIAMS, Anne e PRESTAGE, Stephanie. (2002). "The Induction Tutor: Mentor, Manager or both?" *Mentoring & Tutoring*. 10(1): 36-46.
- WILLIAMS, Ellen; MATTHEWS, Joseph; BAUGH, Steven. (2004). "Developing a mentoring internship model for School leadership: using legitimate peripheral participation", *Mentoring & Tutoring*, 12(1):53-70.
- YANG, Jixia e MOSSHOLDER, Kevin. (2004). "Decoupling Task and Relationship Conflict: the Role of Intragroup Emotional Processing", *Journal of Organizational Behaviour*, 25: 589-605.
- YEATTS, Dale E. and HYTEN, Cloyd (1998). *High-performing self-managed work teams*. London: Sage.
- YIN, Robert (1989). *Case study research. Design and methods*. London: Sage Pub.
- YVAN, Comeau. (1987). "Résurgence de la vie quotidienne et de ses sociologies", *Sociologie et Sociétés*, 19(2) : 115-123.
- YVES, Clot (1995). "La Compétence en Cours d'activité", *Education Permanente*, 123: 115-123.

2. Outros Documentos

INTERNATIONAL SOCIETY OF RADIOGRAPHERS AND RADIOLOGICAL TECHNOLOGISTS (1995). *The Role of Radiographer in Europe*, ISRRT – Draft paper European sub committee. (documento policopiado)

CURSOS DAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE (2004). *Relatório do Grupo de Trabalho para a Implementação do Processo de Bolonha na área das Tecnologias da Saúde*. (policopiado).

Diário da República N.º 564/99 de 21/12/1999 (1ª Série) – Regulamentação da Carreira dos TDT.

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia
à prática vivida como monitores de estágios do curso de
Radiologia em cinco hospitais de Lisboa

Anexos

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia
à prática vivida como monitores de estágios do curso de
Radiologia em cinco hospitais de Lisboa

ANEXO 1

Guião da Entrevista – Monitores
Guião da Entrevista – Alunos

Estrutura do Guião da Entrevista – Monitores

Dimensões do Estudo	Questões Principais	Questões Secundárias	Objectivos
Modelos de Trabalho e Composição Sócio – Organizacional	Como se processa a organização do trabalho, no serviço? Existe uma burocratização dos processos muito evidente?		Definir o Modelo de Trabalho existente no serviço.
	Existe, em se entender, uma “especialização” dos TR, num serviço de radiologia?	Como vê a especialização?	Caracterizar a divisão do trabalho.
	Como se processa a divisão do trabalho nos serviços em que exerce a sua actividade?	Existe trabalho em equipa ou em grupo? Porquê?	
	Quais são as sugestões que aqui partilha que no seu entender possam proporcionar uma melhoria na organização do trabalho?		
Monitorização de Estágios	Qual é a sua opinião relativamente à monitorização dos diversos estágios?	Em seu entender, o serviço de radiologia onde trabalha responde às necessidades impostas pela monitorização de estágios?	
	Como avalia o desempenho dos profissionais de Radiologia que representam papéis duplos (Técnico de Radiologia e Monitor)?		Caracterizar o desempenho dos TR responsáveis pelos estágios.
	Qual o impacto que os estagiários provocam no serviço, ao nível da organização do trabalho?	Que procedimentos aplica para a monitorização dos estágios?	Avaliar as capacidades dos serviços de acolhimento dos estagiários.
	Ser monitor é simultaneamente ser mentor da profissão?	Acham que ser monitor é prestigiante para um Técnico de Radiologia?	Definir as práticas de Monitorização
	Que sugestões dão para a melhoria da monitorização dos estágios?		
Relações Interpessoais	Como caracteriza as relações interpessoais no serviço?	As relações que se estabelecem são estáveis e homogêneas?	Caracterizar as relações interpessoais no seio dos TR.
	Os profissionais manifestam emotividade nos serviços?	Se sim, em que aspectos?	Avaliar a influência dos scripts Sócio-emocionais nas relações interpessoais.
	O duplo papel de TR e Monitor de Estágio condiciona o seu relacionamento com os outros elementos do Serviço?	Se sim, de que forma?	Avaliar as consequências da monitorização nas relações interpessoais.
	Na sua opinião, o que poderia fazer nos serviços, para obter melhorias a nível das relações interpessoais?		
Perfil do Entrevistado	Categoria Profissional	Funções Desempenhadas no Serviço Antiguidade no Serviço Antiguidade na profissão Anos de Monitorização	Caracterizar o perfil sócio-demográfico do entrevistado
	Sexo Idade Habilitações Escolares		

Estrutura do Guião da Entrevista – Alunos

Dimensões do Estudo	Questões Principais	Questões Secundárias	Objectivos
Modelos de Trabalho e Composição Sócio – Organizacional	Como caracteriza a organização do trabalho dos diferentes serviços de acolhimento de estagiários?		Definir o Modelo de Trabalho existente no serviço.
Caracterização dos Locais de Estágio	Que estágios desenvolve no Hospital em que está inserido?	Caracterize os hospitais relativamente às valências que possui.	Caracterizar o Serviço de acolhimento dos estagiários.
	Tem Monitores diferentes para cada valência de estágio?		
	No local de estágio estão presentes exclusivamente alunos da ESTeSL?		
	Quantos alunos estão em cada sala nas diferentes valências do estágio?		
	Desenvolvem a actividade em colaboração com um TR ou encontram-se sozinhos nas salas de trabalho?		
Monitorização de Estágios	O que é para si um Monitor? E um Mentor? E um Tutor?	Acha que um Monitor é um Tutor ou um Mentor?	Avaliar a influência da monitorização na organização do trabalho.
	Qual é a sua opinião relativamente à monitorização dos diversos estágios?	Em seu entender, os serviços de radiologia onde efectuou os estágios satisfazem todas as necessidades impostas?	Caracterizar o desempenho dos TR responsáveis pelos estágios.
	Na sua opinião, a presença de estagiários num serviço altera as rotinas diárias deste?		
	Como avalia os monitores de estágio em geral?		Avaliar as capacidades dos serviços de acolhimento dos estagiários.
	Na sua opinião acha que os Monitores desempenham bem o duplo papel de TR e de Monitor de Estágio?		
Relações Interpessoais	Como caracteriza as relações interpessoais entre os TR dos serviços de estágio?	E as relações interpessoais ente os TR e os estagiários?	Avaliar a perspectiva que os estagiários têm das relações interpessoais estabelecidas entre os TR e o possível impactos que estes têm nessas relações.
	Que tipos de conflitos existiam nos serviços?	Como resolviam esse tipo de conflitos?	
	Em seu entender, a presença de estagiários num serviço de radiologia, conduz a alterações dos relacionamentos entre os TR?		
Aspectos Globais	Na sua opinião, o que poderia achar que se poderiam efectuar melhorias nos diversos estágios?	A que níveis essas melhorias poderiam ser implementadas?	
Perfil do Entrevistado	Sexo Idade		Caracterizar o perfil sócio-demográfico do entrevistado.

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia
à prática vivida como monitores de estágios do curso de
Radiologia em cinco hospitais de Lisboa

ANEXO 2

Grelha Síntese das Entrevistas

	Especialização	Organização e Divisão do Trabalho	Trabalho de Equipa
Modelos de Trabalho e Composição Sócio – Organizacional - Monitores	<p>“ (...) Técnico de Radiologia tem de saber as técnicas todas (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Tenho Técnicos que rodam pelas novas técnicas [...] e os restantes técnicos fazem RC, BO. Mas não quer dizer que os técnicos da Angio e da TAC não saíam para fazer RC ou vice-versa O contrário já não acontece sempre (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Acho que no fundo há uma especialização [...] uma especialização entre aspas [...] é importante [...], porque gosta mais de fazer [...], porque há técnicas que investe mais (...) ” ME4</p> <p>“ (...) A nossa profissão tem muito que saber [...] e nós temos de estar vocacionados (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Entre tanta técnica que temos [...] acho que as pessoas devem fazer aquilo que gostam (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Se uma pessoa estiver a fazer uma coisa que gosta mais, produz muito mais (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Há cinco postos que são no turno da manhã que só fazem isso TAC, é na Hemodinâmica, é na Mamografia e nos Digestivos [...] é só nas escalas fixas [...] as tais especializações (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Mas isso é um risco (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Há duas Técnicas que rodam entre elas e não podem estar as duas de férias (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Nas equipas de Urgência não há especialização [...] na equipa de Urgência tem que haver um elemento que sabe fazer tudo (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Tem de haver sempre uma certa especialização [...] uma técnica em que a pessoa é melhor [...] dedica-se mais a isso e até, porque dá mais rendimento e essa pessoa está mais diferenciada numa determinada técnica vai ter mais apetência para apreender aquilo que depois pode transmitir aos seus pares e dentro de uma certa especialização as coisas vão evoluindo (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Com este aumento de especialização e de diferenciação académica, há um aumento de responsabilização (...) “ ME1</p> <p>“ (...) Já houve um erro no passado. Tenho no meu serviço uma Técnica que só sabe fazer uma coisa e não faz mais nada (...) “ ME3</p>	<p>“ (...) Todos os Técnicos Têm um posto [...] estão escalados em cada sala [...] há um escala que sai todos os meses (...) “ ME1</p> <p>“ (...) Temos o cuidado de ver quem está para as salas, quem não está, normalmente não desmarcamos doentes, esticamos o pessoal para ocuparem esses postos (...) “ ME1</p> <p>“ (...) Eu sou um operacional ao contrário dela que é a Coordenadora do serviço (...) ” ME2</p> <p>“ (...) Nós não sabemos quais são os objectivos [...] o que se tem de atingir, o que se tem de fazer, andamos ali sem saber, tem de se trabalhar, é aquela máxima do estado [...] vamos fazendo mas não são os objectivos determinados (...) ” ME2</p> <p>“ (...) Fazia falta a todas as direcções de serviço [...] uma reunião com todos os Técnicos e estabelecer os objectivos [...] os objectivos facilitaríamos, não só o trabalho de equipa mas tudo o que fazemos (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Há hábitos acumulados ao longo dos anos e existem certas deformações profissionais que são um aspecto cultural da nossa profissão e é difícil contorná-los (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Eu sou um operacional ao contrário da colega que é uma Técnica Coordenadora de serviço (...) ” ME2</p> <p>“ (...) Não há organização se não existir um bom ambiente (...) ” ME3 “</p> <p>“ (...) Há normas, há escalas, onde está rigidamente as pessoas [...] cada um pode dar apoio a qualquer área do serviço [...] é isso que eu defendo [...] cada pessoa faz tudo e não está agarrada exclusivamente a uma só área (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Ali, um Técnico sabe que especificamente faz aquela escala, nem período de trabalho e inclusivamente ele sabe o que fazer em cada sector (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Eu tenho pessoas lá com 55, 60 anos já quase na pré-reforma que já é difícil irem para as novas técnicas de imagem. Nem sequer sabem trabalhar num TAC (...) ” ME3</p> <p>“ (...) Temos a escala de central e [...] temos a escala da equipa de urgência [...] no caso de falhar certos postos mesmo em Mamografia, avança a equipa de Urgência (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Há organização [...] e não há problema que falte um Técnico, há quem substitua (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Temos os Técnicos por salas, tudo mais que organizado e fixado (...) “ ME6</p> <p>“ (...) Vou de encontro também aos interesses das pessoas, aos grupos que se interessam e tento dar incentivos (...) “ ME4, ME6</p> <p>“ (...) Para uma melhoria da organização é necessário estabelecer objectivos e haver uma boa comunicação (...) ” ME4</p>	<p>“ (...) Há um trabalho de equipa [...] há uma ligação mais forte entre eles devido à tal convivência e ao esclarecimento de dúvidas, porque há sempre um que sabe mais numa área ou noutra (...) “ ME1</p> <p>“ (...) A primeira questão do trabalho de equipa está no relacionamento entre eles, na cooperação entre os vários membros da equipa (...) “ ME1</p> <p>“ (...) O trabalho de equipa é um trabalho de complementar as pessoas. Eu não gosto de trabalhar em grupo [...] mas trabalho inserido numa equipa e trabalho geralmente bem [...]. Não gosto de trabalhar em grupo...por uma questão de limitações próprias minhas (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Em equipa, eu tenho que trabalhar, porque é assim na profissão [...] sou obrigado a ser complementado pelas outras pessoas (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Obrigatoriamente tem de haver trabalho de equipa, porque se eu estiver numa sala de CPRE aquilo é trabalho de equipa, um Médico não faz a minha função. Eu não faço a função dele. Todos nós nos complementamos (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Dentro da sala, trabalhamos individualmente. Mas trabalhamos em equipa, complementamo-nos uns aos outros [...] eu considero que a colaboração que há entre as pessoas permite assegurar qualquer posto sem entrave. Acho que há trabalho em equipa (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Para mim, o grupo é grupo de Técnicos... eu estava a considerar a equipa como multidisciplinar (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Quando há dois Técnicos é trabalho de grupo, na minha opinião (...) “ ME6</p>

Monitorização - Monitores	Práticas de Monitorização	Desempenho de Duplos Papéis	Impactos na Organização
	<p>“ (...) Acompanho os alunos posteriormente depois das horas normais de trabalho, isto é, quando acaba o trabalho e se tenho tempo tento fazer perguntas (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Todos os dias [...] tenho uma reunião, com eles [...] onde a gente esclarece dúvidas (...) “ ME1, ME3</p> <p>“ (...) Eles têm as escalas e aquilo vai sempre rodando [...] há um período de observação e há um período que depois se passa à prática [...] depois [...] começa então uma revisão de toda a matéria dada, ali comigo, portanto faço assim quase de professor, vamos recordar toda a matéria que há [...] com radiografias atiradas para ali para o negatoscópio depois [...] vamos fazer uns com os outros “como se faz isto, como se faz aquilo?” (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Faço uma auto – avaliação no final para ver se há aspectos positivos ou negativos de vez em quando com eles para saber [...] se esta metodologia está bem, se enquadra com as coisas da escola (...) “ ME1</p> <p>“ (...) Eu penso que o estágio é um estágio prático, porque eu penso que os seminários são a parte teórica que eles tiveram aqui na escola [...] transmito alguma teoria que eu veja que é necessário para exercer a função [...] nos estágios as pessoas não vão aprender a trabalhar, as pessoas vão aprender a ganhar ferramentas para começarem e viram para o mercado de trabalho poderem aprender (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Só uma pessoa a fazer é que ela vê as dificuldades que tem. Claro que isto também tem a ver ... com a qualidade do aluno, porque se for um aluno interessado...tende a fazer mais e ao tentar...tem dificuldades...especifica as dificuldades (...) “ ME5</p> <p>“ (...) No turno da noite quando diminui o trabalho, nós pegamos em imagens e vamos discutir, coisas que eles fazem, as asneiras, tudo...pego em tudo e digo: “vamos lá perceber o que é que aqui está mal” (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Quando eles chegam ao pé de nós estão mais bem preparados teoricamente e essa parte também é importante para aplicar na prática (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Primeiro tento que eles vejam o que se fez mal, o que se poderia fazer...tento ver se eles chegam lá por eles e se eles não chegam tento eu induzir aquilo que é e a minha maneira de ver, o que poderia ter feito para corrigir (...) “ E5</p> <p>“ (...) Perante uma situação nova têm de ter sempre um acompanhamento (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Dou muita atenção aos alunos nas salas, vou lá, estou por perto, às vezes faço de conta que não estou a ver e vou e vigio (...) “ ME6</p>	<p>“ (...) É fazer a parte social da questão que é amenizar os ânimos dos outros ou seja, fazer-lhes transmitir que se o turno atrasar na primeira parte, na segunda parte eu garanto-lhe que aquela hora que está estipulado terminar, está terminado o turno de trabalho [...] mas o nosso papel, como monitor é minimizar qualquer atrito e nunca deixar que haja atrito para não entrar em situações de conflito com o Médico (...) “ ME2</p> <p>“ (...) A pessoa tem de demonstrar saber perante os outros estratos profissionais, pois só assim é que se consegue ser respeitado (...) “ ME2</p> <p>“ (...) No turno da noite quando diminuí o trabalho, nós pegamos em imagens e vamos discutir, coisas que eles fazem, as asneiras, tudo...pego em tudo e digo: “vamos lá perceber o que é que aqui está mal” (...) “ ME5</p> <p>“ (...) É uma grande ajuda, eles ajudam-me imenso e é claro que os alunos sentem apoio, inclusive, em termos de avaliação, eu reúno a minha equipa e pergunto “qual é a vossa opinião”, nunca dou só a minha (...) “ ME5</p> <p>“ (...) O nosso ensino é assim [...] todas as pessoas são colaborantes (...) “ ME1, ME6</p> <p>“ (...) Penso que temos uma boa coordenação dos dois papéis [...] acho que o Técnico Coordenador, acho que não poderia desempenhar bem os dois papéis. Eu já fiz, mas neste momento, não poderia fazer, porque o serviço está cada vez mais burocratizado (...) “ ME1</p> <p>“ (...) Não sou mentor de ninguém, sou monitor ou seja, eu transmito os meus conhecimentos de técnica radiológica, eu não estou a desempenhar dois papéis, porque eu ao ser monitor estou a ser técnico de radiologia, estou a desempenhar a minha função. Não excedo as minhas funções, eu exerço as minhas funções daquilo que deveria de exercer [...] Não sou mentor, porque não induzo as ideias nas pessoas (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Não distingo o papel de monitor do papel de Técnico, porque eu sou monitor de técnico [...] sou monitor, porque estou a monitorizar aquele estágio. Se eu estiver numa sala de tórax a acompanhar uma aluna [...] não sou monitor de TAC, sou um Técnico de Radiologia que está na sala de tórax a acompanhar um aluno que [...] está a aprender RC, eu transmito como se faz um tórax ou ultrapassa as dificuldades que possa ter na altura (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Ser monitor e Técnico de Radiologia simultaneamente não prejudica, de acordo com o que percebi aqui, a actividade global do estudante (...) “</p> <p>“ (...) Sou Coordenador e não posso estar nas salas com eles (...) “ ME3</p>	<p>“ (...) Os alunos saem satisfeitos e saem a saber dos estágios do nosso hospital (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Quanto às implicações para o nosso serviço, não tem muitas [...] quando temos alunos na TAC é o Técnico X que é Monitor de TAC, por isso, tentamos que ele esteja esse tempo na TAC e que acompanhe os alunos do princípio ao fim. Na RC é onde há mais problemas, porque eu não posso ter a Técnica que Monitora de RC sem pré a fazer Tórax ou Ossos, no turno da manhã, por isso os alunos terão de aprender com outros Técnicos (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Implicações para o serviço...na RC tenho algumas, porque temos pessoas que têm e gostam de ensinar e ensinam realmente [...] temos outros que ... temos que falar com eles e pedir-lhes colaboração (...) ” ME4</p> <p>“ (...) Não digo que não tenho problemas, lógico que temos problemas, lógico que de vez em quando temos os alunos a dizerem que o “Técnico não-sei-que” não deixou fazer [...] nem todos os colegas têm a mesma disposição para ensinar (...) “ ME4</p> <p>“ (...) O número de exames não diminui por termos alunos, mantém-se. As salas atrasam [...] as pessoas acabam por compreender que no início atrasam mas que amanhã são os alunos que executam os exames (...) ” ME4</p> <p>“ (...) Sou Coordenador e não posso estar nas salas com eles (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Eles são bem aceites por todos os pares [...] não há rejeição, pelo contrário. Eu depois tenho o <i>feedback</i> se não houve problemas (...) “ ME3</p> <p>“ (...) O Técnico que está lá a aprender como o aluno, atrasa o turno (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Outro aspecto positivo é obrigar-nos a estudar, porque quando vamos transmitir conhecimentos [...] eu tive que ir estudar mais para poder transmitir conhecimentos (...) “ ME2</p> <p>“ (...) O estudante provoca dinâmicas completamente diferentes no sentido positivo. Obriga as pessoas a ter outra postura e de um modo geral outra responsabilidade e outras responsabilidades, sobre tudo, na aquisição de mais saberes (...) “ ME2</p>

Emotividade	Conflitos	Relações Interpessoais e Organização
<p>“ (...) Nem todos os colegas estão com a mesma disposição para ensinar e umas vezes estão mais bem – dispostos e outras vezes estão mais mal – dispostos (...) “ ME6</p> <p>“ (...) Em termos de relações interpessoais, é consoante o meu feito, se a pessoa está bem disposta, as pessoas dão-se melhor que no dia que a pessoa está mal disposta (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Uma trica de momento, às vezes um “aborrecimentozito”, a pessoa mal-humorada (...) “ ME6</p> <p>“ (...) Acordar mal disposto (...) “ ME2</p> <p>“ (...) As pessoas têm inveja [...] as pessoas não estão preocupadas com o facto de ensinar, estão preocupadas com quem recebe, não é com quem ensina (...) “ ME2</p>	<p>“ (...) O Técnico que está lá a aprender como o aluno, atrasa o turno...já são capazes de começar a dizer “Mas isto hoje não anda” e eu não posso permitir que existam este tipo de conflitos no meu local de estágio ou seja tem que haver estas regras (...) ” ME2</p> <p>“ (...) Na Radiologia Convencional já não é tanto assim, porque...como diferente do resto dos hospitais, nós temos das pessoas mais novas a serem monitores de estágio da Radiologia Convencional e isso traz um bocadinho o “diz que diz” “porque aquela [...] quando é o início do estágio, isso acontece no início...agora, neste momento, vejo que isso já foi tudo ultrapassado mas quando é no início (...) “ ME4</p> <p>“ (...) Eu acho que tem a ver o factor idade (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Há sempre, há um dia que um se aborrece e acontece, isso há sempre... acontece, não posso entrar assim nas cabeças das pessoas...uma boca mal dita mal (...) “ ME6</p> <p>“ (...) Para eu poder desencadear uma reunião, para eu poder resolver um conflito...não me lembro de uma situação (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Eles dizem-me tudo, eles todos os dias me contam...hoje fiz menos que ontem mas hoje a sala estava cheia, quase não se podíamos mexer lá em baixo (...) “ ME1</p> <p>“ (...) Estiveram com o Técnico que eles menos gostariam de estar e aí, às vezes, pode gerar-se então um pequeno conflito... acho que apesar de tudo as coisas têm sido resolvidas no meu hospital, não digo que não tenham havido problemas (...) “ E6</p> <p>“ (...) Temos tido alunos que também são conflituosos e que temos “ ME4</p> <p>“ (...) O trato aluno, aluno/Técnico, Técnico/Técnico...não consigo ver assim tão bem... há conflitos e como nós todos temos o nosso serviços e às vezes estamos mal dispostos, acho que realmente, há que gerir os conflitos, há que perceber porque é que eles acontecem, falar com as duas partes e tentar perceber e tentar resolver (...) “ ME4</p>	<p>“ (...) O ambiente tem melhorado (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Uma coordenação tem de transmitir uma certa postura [...] perante os próprios superiores hierárquicos e os inferiores hierárquicos, tanto os pares como as outras profissões [...] porque nós de baixo temos tendência para copiar as posturas dos que estão acima de nós (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Uma pessoa quando faz certos juízos de valor toma posições m ais ou menos problemáticas, independentemente das amizades (...) ” ME2</p> <p>“ (...) Um Coordenador deve fazer é o tal diálogo que é um meio para o bom ambiente [...] entre em diálogo, em contacto directo (...) “ ME3</p> <p>“ (...) Não gosto de trabalhar em grupo...por uma questão de limitações próprias minhas... porque se eu estiver com outra pessoa distraio-me, se estiver sozinho estou concentrado (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Eu tenho muito a colaboração dos meus colegas que trabalham comigo no rolemant (...) “ ME5</p> <p>“ (...) Há elementos que por empatia comigo mesmo dão mais colaboração (...) “ ME2</p> <p>“ (...) Sim, sim, há relações de cooperação, complementaridade e partilha entre os profissionais e os alunos (...) “ ME1,M E6</p> <p>“ (...) É lógico que os alunos também queriam certas empatias com certos Técnicos e que gostam mais de trabalhar com uns do que com outros e isso também acontece ao contrário (...) “ME4</p> <p>“ (...) Há hábitos acumulados ao longo dos anos e existem certas deformações profissionais que são um aspecto cultural da nossa profissão e é difícil contorná-los (...) “ ME2</p>

Pontos de Interesse e Sugestões MONITORES	Nível Organizacional
	<ul style="list-style-type: none"> - Organização diversa de Hospital para Hospital. - Tendência para a “Especialização”. - Trabalho organizado individualmente, em equipa e em grupo. - Existência de regras, escalas e procedimentos que orientam a divisão e organização do trabalho. - Necessidade de definição de Objectivos. - Envolvimento de toda a equipa de trabalho.
	Monitorização
	<ul style="list-style-type: none"> - Impactos positivos da Monitorização em todas as instituições hospitalares. - Desempenho bem sucedido do duplo papel “Monitor/Técnico de Radiologia”. - Momentaneamente, o profissional pode desempenhar com maior evidência, o papel de Técnico de Radiologia. - O aluno provoca dinâmicas completamente diferentes no sentido positivo. - Os alunos não são vistos como um corpo estranho. - Os alunos proporcionam prestígio ao Monitor de Estágio. - Necessidade de implementação de uma Unidade Curricular para Estágios no 1º Ano do Curso. - Permanência no mesmo local de Estágio ao longo do curso. - Diminuição do número de alunos por instituição hospitalar. - Formação para a consolidação das funções do Técnico de Radiologia para cada valência.
	Relações Interpessoais
	<ul style="list-style-type: none"> - As variações de humor condicionam as relações interpessoais. - A pressão a que o Técnico de Radiologia está sujeito pode proporcionar o desencadear de conflitos. - Existe uma consciencialização, pela parte dos Técnicos de Radiologia, da necessidade de ensinar daí a colaboração dos pares. - A cultura institucional condiciona as relações interpessoais. - É imperativo criar bom ambiente no local de trabalho. - A comunicação é fundamental para as relações interpessoais.

	Especialização	Organização e Divisão do Trabalho	Trabalho de Equipa
Modelos de Trabalho – Alunos	<p>“ (...) Outro trabalha na Hemodinâmica, e outro trabalha na Mamografia e outro trabalhava nos digestivos (...) “ AE5</p>	<p>“ (...) O serviço está dividido em dois [...] há escalas, as pessoas sabem o que fazer lá dentro [...] eu acho que é estandardizado [...] há dias da semana específicos para determinados exames [...] acho que a maioria trabalha de uma maneira idêntica e estandardizada, pelo que me apercebi, acho que sim. (...) “ AE1</p> <p>“ (...) Aquilo para nós é salve-se quem poder (...) “ AE2</p> <p>“ (...) Então temos duas salas para a urgência e para o serviço central. E uma das salas está avariada... é raro o mês em que temos mais que uma sala (...) “ AE3</p> <p>“ (...) A urgência acha que tem prioridade por tudo e mais alguma coisa, porque é urgente [...] isso depende um bocado das pessoas. Há uns que deixam fazer [...] (...) “ AE2.</p> <p>“ (...) Eles estão escalados todos mas imagine que falta alguém que é o mais comum [...] principalmente quando há estagiários chegou a acontecer que não existia ninguém para fazer o serviço central e no serviço estava eu e o meu colega, os dois para fazer supostamente o serviço que seriam os Técnicos para fazer...estivemos o dia todo a correr [...] como está lá agora a urgência, eles alugam os auxiliares todos e nós precisávamos de ajuda para alguma coisa e não há, isso é para esquecer (...) ” AE2</p> <p>“ (...) Ali, toda a gente toda a gente tem uma maneira muito própria de trabalhar e há uns que já estão um bocado sistematizados naquilo que fazem (...) “ AE2</p> <p>“ (...) Os Técnicos estão bastante organizados pelas escalas [...] Na sala, às vezes, noto algumas diferenças. No início era difícil, porque para escolher um certo protocolo dos procedimentos, um Técnico fazia de uma forma, outro de outra. Só que depois a gente vai vendo o que há de melhor (...) “ AE4</p> <p>“ (...) Na urografia temos protocolos standards ... os exames de digestivos também. Depois em Radiologia Convencional já é conforme o trabalho de cada Técnico(...) “ AE4</p> <p>“ (...) O serviço está organizado num serviço central e num serviço de urgência que são 5 equipas de 5 elementos que fazem o serviço de urgência (...) ” AE5</p> <p>“ (...) Às vezes trabalhamos numa equipa e como o nosso monitor faz trocas vamos para outras equipas e notamos que há uma certa diferença mas a maneira base de trabalhar no serviço central e no serviço de urgência está organizado. Há uma regra (...) “ AE5</p> <p>“ (...) Ao nível dos procedimentos, há algumas diferenças ao nível da escolha dos chassis para realizar cada exame e [...] os serviços também estão divididos por várias salas e há uma escala em que cada Técnico está escalado para uma sala e depois roda (...) “ AE6</p> <p>“ (...) Raramente eu vi os outros Técnicos a perguntarem a senhoras em idade fértil, se estão grávidas [...] Utilizam protocolos diferentes. Cada um tem uma maneira muito própria de trabalhar (...) ” AE7</p>	<p>“ (...) Num serviço de urgência que são 5 equipas de 5 elementos que fazem o serviço de urgência e trabalham de manhã, tarde, noite... (...) “ AE5</p> <p>“ (...) Há uma complementaridade, quando o Auxiliar não pode fazer o Técnico complementa aquilo que falta...não é... “aí, tenho que fazer isto que faz parte da função do auxiliar (...) “ AE5</p>

	Caracterização dos Locais de Estágio	Práticas de Monitorização
Monitorização – Alunos	<p>“ (...) Acho que o estágio que eles nos puderam oferecer, dentro do hospital que é, porque é um hospital essencialmente de Pneumologia, é bastante específico daquela área e a gente também não pode inventar doentes que possam ter coisas diferentes para a gente ver e tudo mas tinha bastantes exames e acho que os estágios foram bons mas há algumas falhas de algumas partes [...] na RC, na urgência, nunca fiz nenhuma radiografia com suspeita de fractura, era tudo exames marcados. A parte de osteo – articular era tudo de doentes que vêm do exterior do hospital e, portanto, não é nada de urgência (...)” AE4</p> <p>“ (...) Também sentimos a mesma falta de urgência [...] responde às necessidades, a nível de coisas para mexer para aprender na parte prática sim (...)” AE6</p> <p>“ (...) Eu e o resto do grupo fizemos todos os Módulos de estágio lá, não tivemos que sair, porque o hospital tem todas as valências [...] Não tenho nada a dizer em relação a cada um dos estágios. No de RC também posso referir um bocadinho, aquilo que a minha colega disse que no serviço central [...] não há muita variedade de exames (...)” AE1</p> <p>“ (...) Agora com a história das faculdades privadas ainda é pior para nós, porque ainda praticamos menos...tirando agora quando fomos à urgência [...] Mas em termo de correr bem, não tenho nada a dizer e em termos de todos os meios disponíveis...</p> <p>A possibilidade de poder fazer lá tudo também é boa e é má...não sei...tem aspectos positivos. (...)” AE1</p> <p>“ (...) Lá no hospital fazemos estágio de RC, RM, TAC e Mamografia. Os outros sub – módulos e módulos, vamos fazer a outros hospitais exteriores. (...)” AE6</p> <p>“ (...) Fazemos o estágio de RC em urgência e TAC, que também segue a urgência. RC e TAC... é só o que fazemos lá e Mamografia. (...)” AE8</p> <p>“ (...) RM na clínica (22:21) que não tem nada a ver com o hospital...tem um método completamente diferente nos posicionamentos. O contacto é feito, basicamente pelos auxiliares, os Técnicos permanecem praticamente nas consolas (...)” AE8</p> <p>“ (...) Em relação ao estágio de Mamografia, tivemos uns pequenos azares, porque estava sempre a avariar (...)” AE3</p> <p>“ (...) cada dia estive com um Técnico diferente e por muito que eu quisesse ambientar-me com o Técnico que estava, eu não sabia a forma dele trabalhar, não sabia se podia avançar, se não podia, o método de trabalhar é diferente. Eu não sentia à vontade para tomar iniciativa e fazer alguma coisa prática. (...)” AE8</p> <p>“ (...) Sim. Temos monitores diferentes para cada valência. (...)” Todos</p> <p>“ (...) É outro dos inconvenientes, é que no meu hospital há alunos da Egas Moniz. (...)” AE3</p> <p>“ (...) No meu hospital tiveram duas colegas da ERISA a fazer 7 dias de TAC e 14 de RC. Na clínica estão lá 4 colegas da Escola Egas (...)” AE5</p> <p>“ (...) No nosso hospital tem alunos da Atlântica (...)” AE6, AE7</p>	<p>“ (...) A nível de monitorização, para mim, o estágio de TAC é que correu um bocadinho pior, porque o método de ensino não era adequado à minha personalidade (...)” AE6</p> <p>“ (...) Mas o de TAC notei alguma diferença relativamente aos outros no método de aprendizagem. No método de ensino, quero eu dizer, porque era mais um aspecto demonstrativo, não havia ... explicar as situações diferentes, por isto ou por aquilo. Era mesmo, isto faz-se assim e assim e não explicava o porquê. (...)” AE8</p> <p>“ (...) Urografia, noutro hospital. Foi péssimo, porque durante uma semana só houve exames durante dois dias (...)” AE8</p> <p>“ (...) O estágio de Angiografia decorreu noutro hospital que ... decorreu...acho que houve pouca acção, por isso acho que foi pouco valorativo no sentido prático, aprendemos algumas coisas, sedimentamos conhecimentos de anatomia (...)”</p> <p>“ (...) O estágio de BO, eu gostei muito. Nós não fazemos nada, estamos em observação, não fazemos nada mas eu gostei muito. (...) AE5</p> <p>“ (...) A questão é que o Técnico que lá está não nos conhece, não sabe o que nós sabemos e por receio dele não nos deixa ... mas acho muito benéfico, falo por mim, fazer estágio nos outros hospitais... são realidades completamente diferentes. (...)” AE5</p> <p>“ (...) Em relação ao estágio de Angiografia, era pouco o que nós fazíamos, estávamos sempre à consola e víamos os outros a trabalharem (...)” AE3</p> <p>“ (...) Em relação ao estágio de Mamografia, tivemos uns pequenos azares, porque estava sempre a avariar [...] Mas por outro lado foi bom, porque tivemos a possibilidade de estar lá com um Engenheiro que nos esteve a explicar tudo e também tivemos essa sorte na TAC, porque o Engenheiro foi lá fazer a manutenção do equipamento, desmontou o equipamento todo, teve a explicar tudo. [...] ela levou-nos para a clínica, tivemos a oportunidade de realizar exames, de ver as diferenças entre o público e o privado. (...)” AE3</p> <p>“ (...) Entretanto o Médico pede imagem [...] nunca tinha dado imagem e nem sequer me deixou ir chamar a Técnica, obrigou-me a mim a estar ali a dar imagem mas o que mais me irritou foi a maneira como ele me tratou (...)” AE3</p> <p>“ (...) No módulo de RC têm monitor, por assim dizer, porque não é ele que anda todos os dias connosco, porque ele é coordenador do serviço e é um bocado complicado mas ele dá-nos liberdade para irmos fazer tudo e mais alguma coisa... podemos fazer tudo, ele faz é pontos da situação, que é a única coisa que ele pode fazer (...)” AE2</p> <p>“ (...) Para mim, um monitor de estágio não é aquela pessoa que está diariamente comigo nas salas. É a pessoa que monitoriza o meu estágio...que acaba por fazer, comigo, todos os dias o ponto da situação. Pelo menos é assim que eu vejo. Fazer todos os dias um ponto da situação, orientar o meu dia de trabalho, por exemplo, orientar o meu dia de trabalho (...)” AE2</p> <p>“ (...) Tem a preocupação de no início do estágio no 1º semestre, ver aquilo que eu sei, tínhamos aquelas aulinhas de posicionamento, de anatomia, nas salas, inclusive marcamos uma tarde para isso. (...)” AE2</p> <p>“ (...) Como o serviço só começava por volta das 9 da manhã...nós tínhamos aulas para todo o esclarecimento de dúvidas e dizer o que fazíamos. (...)” AE3</p> <p>“ (...) É impossível andar só uma pessoa connosco... e deve-se trabalhar com várias pessoas (...)” AE2</p> <p>“ (...) Acho é que nos devemos saber filtrar a informação, e o monitor de estágio deve-nos ajudar a filtrar essa informação e ver se a informação que nós temos é aquela que está correcta e orientar o nosso estágio da melhor maneira possível para que não estejamos sempre a fazer a mesma coisa, sempre com a mesma pessoa [...] tentar trabalhar connosco as nossas dificuldades (...)” E2</p>

	Caracterização dos Locais de Estágio	Práticas de Monitorização
Monitorização – Alunos	<p>“ (...) No meu hospital estiveram 2 alunos durante uma semana da Egas Moniz (...)“ AE4</p> <p>“ (...) No módulo de RC fazemos todas ao mesmo tempo, somos 3 alunas. (...)“ AE4</p> <p>“ (...) Há lá alguns que não tiraram o curso, tiraram só a 4ª classe e os cursos só têm a duração de 3 meses e depois é assim, aqui em XZ, aqui aprendemos todos a limpar o potter...nas Ortopantomografias, aprendemos a limpar tudo, a colocar uma compressa para assentar o mento, etc... e essas pessoas não fazem nada disso... é chegar colocar o doente e está feito (...)“ AE3</p> <p>“ (...) Geralmente está um, porque são muitas valências e nós podemos-nos dividir. Intransportáveis, queimados, ortopedia. ... Normalmente está um, porque nós vamos rodando (...)“ AE2</p> <p>“ (...) No máximo, costumam ser 2, só quando vêm os alunos do segundo ano é que ficamos mais...já ficamos 4 mas é menos comum (...)“ AE6</p> <p>“ (...) No meu hospital às vezes é um bocado o caos...há 13 alunos ao todo, só que vão estando divididos [...] há tantos sítios para se espalharem. Em relação às outras valências, nunca houve choque, [...] As coisas foram feitas de maneira que eu e a minha colega estamos 4 semanas de TAC, depois vão as outras 2 alunas (...)“ AE1</p> <p>“ (...) No meu hospital há sempre alguém. Há dias em que realmente andamos à procura onde eles estão mas há sempre alguém a quem podemos recorrer (...)“ AE1</p> <p>“ (...) Tem sempre lá Técnicos de Radiologia mas deixam-nos sozinhos na sala mas depois está sempre alguém a ver...se precisar de alguma coisa posso ir chamá-los (...)“ AE4</p> <p>“ (...) Já ficamos sozinhos na sala mas não é no sentido de “façam o trabalho todo” mas no sentido de ganharmos alguma autonomia (...)“ AE8</p> <p>“ (...) Porque agora já estamos à vontade, podem ir-se embora as vezes que quiserem... nós até preferimos que eles nos deixem fazer este, nos deixem fazer aquele...pelo menos trabalho ao meu ritmo (...)“ AE2</p> <p>“ (...) Angiografia foi um bocado a ovelha negra do nosso estágio, porque é um bocado mau sermos avaliados por uma coisa que nós não fizemos, porque nós estamos habituados a sermos avaliados por aquilo que costumamos fazer, por aquilo que sabemos explicar (...)“ AE2</p> <p>“ (...) Em Angiografia foi exactamente o que eles disseram, a monitora raramente esteve connosco (...)“ AE5</p>	<p>“ (...) À priori, eu tinha a ideia que monitor era a tal pessoa que estava connosco praticamente o dia todo mas depois começou a ser diferente e até concordo com grande parte daquilo que ela disse (...)“ AE1</p> <p>“ (...) Nós aprendemos com todos e o monitor tem o título de monitor, ele distribui-nos as tarefas e realmente avalia-nos mas nós aprendemos um bocadinho com todos. (...)“ AE1</p> <p>“ (...) Eu concordo com elas, o monitor não tem de estar constantemente connosco e de nos acompanhar no estágio mas, para mim, tem de acompanhar a minha aprendizagem, ele tem de saber aquilo que eu já sei, as dificuldades que eu tenho, tem de me dar o feedback da minha aprendizagem, [...] o monitor pode não estar connosco mas sabe dizer o que nós sabemos, o que nós não sabemos (...)“ AE5</p> <p>“ (...) Até agora os monitores que tive foram bastante presentes, não em presença física mas sabiam sempre tudo o que se tinha passado, quando eu tinha dificuldades [...] como ela disse é importante eles saberem em que nível é que eu estou e sei aquilo em que tenho mais dificuldades e é a principal função deles (...)“ AE4</p> <p>“ (...) Faz o acompanhamento e depois é ajudar-nos naquelas áreas em que detecta e que nós dizemos que temos mais dificuldades para nos ajudar a superar (...)“ AE6</p> <p>“ (...) Acho que ele nos tem de dar o feedback para sabermos onde nós temos que melhorar senão ficamos sempre a fazer a mesma coisa, pensamos que estamos a fazer bem (...)“ AE8</p> <p>“ (...) Os outros Técnicos, por vezes, não se sentem com autoridade de nos dizer e o monitor já se deve sentir com essa autoridade (...)“ AE2</p> <p>“ (...) Tutor é alguém que tem responsabilidade sobre as nossas acções (...)“ AE8</p> <p>“ (...) Um mentor ensina-nos. Eu acho que um mentor tem a ver com o monitor (...)“ AE7</p> <p>“ (...) Temos um bocado dos dois [mentor e tutor], no monitor [...] porque tem responsabilidades sobre nós de orientar o nosso estágio, a nossa aprendizagem. (...)“ AE2</p> <p>“ (...) Eu acho que o monitor é um bocado dos dois, é mentor e tutor. (...)“ AE7</p> <p>“ (...) O mentor é que está sempre connosco, que nos ensina, que está lá a acompanhar o nosso processo de aprendizagem. O tutor é que é responsável pelas nossas acções, porque se nós fizermos algo de errado no serviço quem é que vai “apanhar” (...)“ AE7</p> <p>“ (...) Onde eu estagiei Angiografia, acho que aquilo com o monitor não foi nada [...] ela não nos tirava dúvidas, não nos perguntava nada, só analisamos películas uma vez [...] porque num estágio de observação estarmos ali sozinhos a olhar para um monitor e não sermos acompanhados, não vale a pena [...] por exemplo RM, TC e RC e Mamografia foram monitores espectaculares [...] davamos aquele feedback (...)“ AE3</p> <p>“ (...) Eu não posso dizer que ela não tenha sido uma boa monitora, só não foi, porque nunca nos deu um feedback da nossa aprendizagem e não conhecia a nossa aprendizagem (...)“ AE5</p> <p>“ (...) Depois é um bocado a preocupação em saber o que se passa dentro das salas (...)“ AE6</p>

Emotividade	Conflitos	Relações Interpessoais e Organização
<p>“ (...) A relação com os Médicos, depende muito do Médico, depende muito do dia, depende das variações de humor do Médico, às vezes vai bem – disposto e tudo é maravilhoso [...] mas no outro dia quando vai mal – disposto [...] é horrível (...)” AE5</p> <p>“ (...) É um hospital velho, com muita gente e depois depende muito do estado de espírito (...)” AE2</p> <p>“ (...) Havia lá aqueles que estavam connosco há bastante tempo e se tu pedires para eles fazerem, eles fazem e nós também colaboramos com eles. São incapazes de me dizer que não (...)” AE2</p>	<p>“ (...) Toda a gente faz um esforço de o aturar, portanto ninguém quer entrar em conflito, não há conflitos visíveis, porque todo o pessoal faz um esforço e ali tem que estar. Apesar de existir este caso, não havia conflitos (...)” AE1</p> <p>“ (...) Sim, o conflito era evitado, falava-se o mínimo indispensável. Evitavam-no, desde Técnicos, a Médicos, a outros colegas auxiliares (...)” AE1</p> <p>“ (...) Em termos de conflitos, eu notei algumas coisas na urgência, havia um clima de tensão, porque eram só 3 salas e era a ver quem é que chegava primeiro à sala [...] havia um conflito de tarefas, mas nada que chegasse a desencadear alguma situação mais agressiva entre os Técnicos (...)” AE3</p> <p>“ (...) Eu não posso dizer que não haja conflitos, no meu hospital há conflitos, porque por vezes há situações complicadas que o Técnico coordenador [...] não consegue gerir, temos escaladas pessoas para a equipa, às vezes faltam (...)” AE5</p> <p>“ (...) Não há conflitos de relacionamentos, porque quando se vê que há personalidades que as funções e a postura, enquanto Técnico de Radiologia não são compatíveis, há um certo evitamento (...)” AE5</p> <p>“ (...) Eu não noto conflitos entre os Técnicos de Radiologia e os auxiliares, porque as funções estão bem definidas [...]. Com os Médicos já não é bem assim, já há (...)” AE5</p> <p>“ (...) No meu serviço já não é bem assim entre os Técnicos e os Auxiliares. Já há alguns conflitos, principalmente com os Auxiliares mais antigos (...)” AE3</p> <p>“ (...) Eu acho que deve haver, não que nós possamos notar mas eu noto em pequenas coisas, por exemplo, acho que há problemas entre os Técnicos, porque se eu tenho uma dúvida o Técnico podia responder “olha, eu penso que é assim mas é melhor perguntares à tua monitora” isso é como se não tivesse problemas. Agora, uma resposta diferente desta “Quem é a tua monitora? Ah! Não, fala com a tua monitora, eu não digo nada” (...)” AE7</p>	<p>“ (...) No meu hospital nunca assisti a nenhuma cenas dramáticas entre ninguém, assisti a convívio entre todos, tirando um auxiliar que todos criticam, porque é uma figura que é assim...que é mentira (...)” AAE1</p> <p>“ (...) Na Angiografia, onde há muitas pessoas, havia sempre conversas na sala sobre diversos assuntos e bons convívios entre todos. Na RM onde havia muita gente também havia boas convivências entre todos, Técnicos (...)” AAE1</p> <p>“ (...) Num hospital onde estagiei a relação com os Médicos e com a restante equipa é de 5 estrelas mas no BO de outro hospital já depende de Técnico para Técnico, há Técnicos que se relacionam muito bem com os Médicos, os Enfermeiros mas depois há outros Técnicos que não, ele encosta-se um bocado, se ninguém disser nada, ele não diz nada (...)” AE3</p> <p>“ (...) Por vezes foi evidente que havia ali uma tensão entre os Técnicos e Médicos (...)” AE5</p> <p>“ (...) Depende dos Técnicos, porque alguns os Médicos têm respeito, porque os Técnicos se deram ao respeito desde o início, por outros não (...)” AE5</p> <p>“ (...) Nós no serviço central pedíamos ajuda e eles (AAM) estavam a ler as revistas lá sentados nos cadeirões e não nos ligavam, principalmente aos estagiários (...)” AE3</p> <p>“ (...) Dependendo da equipa as coisas corriam de maneira diferente (...)” AAE1</p> <p>“ (...) Notei melhor relacionamento dos médicos do que com os auxiliares, os auxiliares, como éramos estagiários ignoravam-nos completamente (...)” AE3</p> <p>“ (...) No meu hospital as relações da equipa são bastante boas e mesmo com os estagiários também (...)” AE4</p> <p>“ (...) Sim, o desempenho dos alunos leva a um bom relacionamento da equipa connosco (...)” AE4</p> <p>“ (...) Acho que não, pelo menos não notamos que a nossa integração afectasse as relações (...)” AE5, AE8, AE3</p> <p>“ (...) Acho que a partir de uma certa altura já somos mesmo vistos como colegas (...)” AE4</p> <p>“ (...) Não, mesmo quando havia muitos alunos, as monitoras das diferentes escolas colaboravam entre si [...] mostravam-se sempre disponíveis (...)” AAE1</p>

Pontos de Interesse e Sugestões ALUNOS	Nível Organizacional
	<ul style="list-style-type: none"> - Organização diversa de Hospital para Hospital. - Desorganização dos Recursos Materiais e Humanos. - Incapacidade de gestão em situações pontuais. - Diversidade de procedimentos em Radiologia Convencional. - Estandarização dos processos em exames mais específicos. - Complementaridade de funções.
	Monitorização
	<ul style="list-style-type: none"> - Impactos positivos da Monitorização em todas as instituições hospitalares. - Desempenho duplo papel “Monitor/Técnico de Radiologia” com lacunas em algumas situações por incompatibilidades. - O aluno provoca dinâmicas completamente diferentes nos locais de estágio no sentido positivo. - Práticas diversas de monitorização de acordo com as instituições hospitalares.
	Relações Interpessoais
	<ul style="list-style-type: none"> - As variações de humor condicionam as relações interpessoais. - A pressão a que o Técnico de Radiologia está sujeito pode proporcionar o desencadear de conflitos. - As relações interpessoais são positivas, porém em algumas instituições são melhores entre Técnicos de Radiologia e Médicos e em outras são melhores entre Técnicos de Radiologia e Auxiliares de Acção Médica. - Existem conflitos ténues, porque as funções de cada profissional não estão devidamente definidas.
	<ul style="list-style-type: none"> - Adoptar comportamentos de evitamento. - Definição de Tarefas.

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia
à prática vivida como monitores de estágios do curso de
Radiologia em cinco hospitais de Lisboa

ANEXO 3

Grelha Síntese das Categorias

	Modelos de Trabalho	Monitorização de Estágios	Relações Interpessoais
Categorização MONITORES	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Divisão de Trabalho:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em Grupo - Trabalho Individual - Trabalho em Equipa - Comando - Execução - Comunicação - Redundância de Funções - Autonomia - Interesses Individuais • <u>Evolução Tecnológica:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Especialização - Não Especialização - Formação - Responsabilização - Cultura Organizacional • <u>Organização do Trabalho:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Escalas - Regras - Objectivos - Valências - Diversidade 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Práticas de Monitorização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento Inicial - Acompanhamento Contínuo - Acompanhamento Descontínuo - Observação / Acção - Discussão teórico – prática - Estímulos/Autonomia - Feedback - Aquisição de ferramentas - Características psico-motoras - Influências Organizacionais • <u>Duplos Papéis:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor - Mentor/Tutor - Compatibilidade de Papéis - Incompatibilidade de Papéis - Trabalho de Equipa - Colaboração dos Pares • <u>Impactos na Organização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Gestão dos tempos - Rotinas diárias - Divisão do Trabalho - Formação Contínua - Dinâmicas • <u>Impactos nas Relações Interpessoais</u> <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração de Pares - Não Colaboração de Pares - Conflitos - Desempenho • <u>Factores Adversos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação dos tempos de estágio - Adequação do quadro conceptual - Acompanhamento contínuo - Adequação do número de alunos 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Caracterização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração/Cooperação - Complementaridade • <u>Emotividade/Conflitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Emoções/Variações de Humor - Empatia - Tensão/Conflito • <u>Relações Interpessoais e Organização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperação / Complementaridade - Empatia - Comunicação - Ambiente Positivo - Cultura Organizacional • <u>Condicionantes</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cultura Organizacional - Comunicação - Ambiente

	Modelos de Trabalho	Monitorização de Estágios	Relações Interpessoais
<p>Categorização</p> <p>ALUNOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Divisão de Trabalho:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalho Individual - Trabalho em Equipa - Comunicação - Interesses Individuais • <u>Evolução Tecnológica:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Especialização • <u>Organização do Trabalho:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Escalas - Regras - Estandardização - Processos - Valências - Diversidade 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Práticas de Monitorização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento Inicial - Acompanhamento Contínuo - Acompanhamento Descontínuo - Discussão teórico – prática - Feedback - Autonomia - Influências Organizacionais • <u>Duplos Papéis:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor - Mentor/Tutor - Compatibilidade de Papéis - Incompatibilidade de Papéis - Trabalho de Equipa - Colaboração dos Pares • <u>Impactos na Organização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Rotinas diárias - Dinâmicas • <u>Impactos nas Relações Interpessoais</u> <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração de Pares - Não Colaboração de Pares - Conflitos - Integração - Desempenho • <u>Factores Adversos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação do quadro conceptual - Tempos de duração dos estágios - Instrumentos de avaliação - Acompanhamento contínuo 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Caracterização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Colaboração/Cooperação - Complementaridade • <u>Emotividade/Conflitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Conflito de Tarefa - Conflito de Relacionamento - Empatia - Tensão/Conflito - Comportamentos de Evitamento • <u>Relações Interpessoais e Organização:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperação / Complementaridade - Empatia - Comunicação - Ambiente Positivo • <u>Condicionantes</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cultura Organizacional - Comunicação - Ambiente

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia
à prática vivida como monitores de estágios do curso de
Radiologia em cinco hospitais de Lisboa

ANEXO 4

Complemento das Funções do Técnico de Radiologia

2.2. ÁREAS DE ACTUAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA

Wilhelm Konrad Roentgen a 8 de Novembro de 1895 não era capaz de prever as consequências que a descoberta da Radiação X traria para o avanço da Medicina. A possibilidade de se observar o corpo humano sem aplicar uma técnica mais invasiva provocou um crescente interesse ao longo dos tempos.

Nos primórdios, os clínicos limitavam os seus estudos ao sistema osteo – articular e à pesquisa de corpos estranhos, contudo a sua aplicação a outras áreas do corpo humano depressa se verificou.

Assim sendo, a Radiologia como uma das áreas da Saúde que mais depende das tecnologias tem sofrido uma evolução tecnológica crescente extraordinária, o que permitiu um aperfeiçoamento das técnicas de aquisição de imagem de diagnóstico e terapêutica (Pisco e Sousa, 1999).

Passo, por isso, a descrever sumariamente essas técnicas de aquisição de imagem para que haja uma melhor compreensão do papel dos Técnicos de Radiologia enquanto profissionais de saúde inseridos numa equipa de trabalho.

2.2.1.O Trabalho na Radiologia Convencional

A Radiologia Convencional foi a primeira técnica de aquisição de imagens de diagnóstico a ser desenvolvida.

A imagem é adquirida a partir da emissão de radiação X pela ampola. Essa radiação vai interagir de uma forma heterogénea com o corpo humano, o qual absorve parte dessa radiação, de acordo com os diferentes tipos de tecido que o compõem. A outra parte da radiação atravessa o corpo chegando depois a um receptor em diferentes intensidades, permitindo posteriormente a formação da imagem (Bushong, 1998).

Numa sala de Radiodiagnóstico, o Técnico de Radiologia depois de receber a prescrição médica do exame só deve efectuar os procedimentos radiológicos após uma avaliação prévia do pedido, verificando o “benefício/risco” que o utente tem em realizar o exame de acordo com os dados clínicos disponibilizados. Caso ocorra alguma dúvida, o exame não deve ser realizado.

Como tal, a obtenção da história clínica a partir do utente é crucial para todo o processo.

Este procedimento é de suma importância, principalmente quando se realizam exames que necessitem da administração de fármacos, fármacos esses que permitem uma aquisição de imagens que poderão fornecer mais informação.

Durante a realização do exame, o Técnico de Radiologia é responsável pelo posicionamento do utente, bem como pelo seu conforto, de maneira a que este colabore na obtenção de imagens óptimas. Para isso devem considerar-se diversos aspectos, tais como, a imobilização, o estado físico e mental deste, os protocolos e a protecção radiológica.

Aquando da exposição, deve-se igualmente considerar a área em estudo para que os factores de exposição sejam os adequados para a uma visualização correcta de todas as estruturas pretendidas.

O Técnico de Radiologia também é o responsável pelas práticas de protecção radiológica como já foi referido. Como tal, deve assegurar-se de que o equipamento que é utilizado é o adequado e deve ainda verificar se a filtragem do feixe de radiação está correcta. Também é da sua responsabilidade a selecção dos acessórios que asseguram o controlo e a protecção da radiação durante cada exposição, a colocação das protecções das gónadas e a aplicação dos procedimentos adequados às crianças.

Durante e após o exame, o Técnico de Radiologia deve manter uma vigilância cuidada do utente.

Relativamente à imagem radiológica, a função do Técnico de Radiologia é controlar todas as etapas que conduzem à formação da imagem permanente ou imagem visível.

Como tal, deve verificar os seguintes aspectos:

- Verificação dos equipamentos, bem como dos químicos que permitem a formação da imagem de forma a assegurar uma boa qualidade desta.
- Identificação correcta, completa e permanente do exame.
- O exame deve estar completo antes de o apresentar ao Médico requisitante para que o diagnóstico seja bem conseguido.

2.2.2. Radiologia e Tecnologias Avançadas: Tipos, Critérios e Procedimentos

As Tecnologias consideradas avançadas dentro da Imageologia são aquelas que permitem um estudo mais detalhado do corpo humano, para que os diagnósticos sejam os mais correctos e as terapêuticas sejam mais bem sucedidas.

Essas tecnologias são as que têm sofrido uma maior evolução nos últimos anos devido à utilização de computadores cada vez mais potentes.

Na Radiologia, a utilização de tecnologias mais avançadas está reservada à Mamografia, à Tomografia Computorizada (TC), à Ressonância Magnética (RM), à Fluoroscopia, à Angiografia e a Ecografia.

Mamografia

A Mamografia, dentro da área da saúde, é uma especialidade de Radiologia e diagnóstico por imagem, sendo o estudo actual mais solicitado para a análise detalhada do tecido mamário e das patologias inerentes, nomeadamente a detecção precoce do cancro da mama (Pisco e Sousa, 1999).

Este exame é conseguido graças às características particulares apresentadas pelo mamógrafo. Requer uma alta qualidade e uma equipa de trabalho devidamente qualificada, na qual se insere o Técnico de Radiologia.

Este deve possuir um vasto conhecimento das características anatomo – fisiológicas da mama, bem como da patologia que lhe está associada, procedimentos adequados para a realização da técnica, controlo de qualidade, manipulação da imagem e uso adequado das novas tecnologias tendo sempre em vista a adequação da dose e os diagnósticos assertivos.

Neste exame, o Técnico de Radiologia, além das funções gerais previamente descritas possui um papel mais activo nos programas de controlo de qualidade.

Assim, segundo Bushong (1998), o Técnico de Radiologia que pratica Mamografia é o elemento da equipa que está mais vocacionado para os aspectos práticos desta técnica de imagem. Por isso, deve aplicar no quotidiano o programa de

controlo de qualidade, devendo analisar os gráficos obtidos, de maneira a que se possa detectar algum problema.

Este profissional tem sob a sua responsabilidade onze tarefas agrupadas em categorias de acordo com a frequência da aplicação imposta. Existem, então, tarefas:

- Diárias, Semanais, Mensais, Trimestrais, Semestrais.

Estas tarefas periódicas devem responder às normas de controlo de qualidade impostas para que a avaliação dos equipamentos e dos processos seja eficaz.

No quadro que se segue podem verificar-se quais as tarefas executadas pelo Técnico de Radiologia e a periodicidade com que se aplicam.

<u>Funções do Técnico de Radiologia no Controlo de Qualidade em Mamografia</u>	
Frequência	Tarefa
Diária	Limpeza da Câmara Escura
	Controlo de Qualidade dos Equipamentos de Revelação
Semanal	Limpeza dos Chassis
	Avaliação dos Negatoscópios
Mensal	Controlo da Imagem do Fantôma
	Controlo Visual (Iluminação)
Trimestral	Análise dos Exames Repetidos
	Análise da Qualidade do Arquivo (Análise da Película)
Semestral	Velo da Câmara Escura
	Contacto Película – Chassis
	Compressão

Tomografia Computorizada (TC)

A TC veio fazer uma revolução na área da Radiologia de diagnóstico, não só por permitir a realização de um diagnóstico mais detalhado mas também por permitir a aquisição de imagens de uma forma segura, rápida e indolor.

Esta técnica é utilizada na área da saúde desde meados dos anos 70 (Pisco e Sousa, 1999 e Mealha, 2000).

Comparativamente com a Radiologia Convencional, esta técnica apresenta vantagens ao nível da detecção precoce de determinadas patologias, uma vez que

torna possível observar as áreas corporais em estudo a três dimensões e, deste modo, as áreas que na Radiologia Convencional estariam sobrepostas aqui deixam de o estar, como tal, podem ser analisadas com maior precisão.

A ampola que emite a radiação X e os receptores de imagem movem-se em redor de um ponto focal durante a exposição. O feixe de radiação que atravessa o ponto focal acima referido é devidamente colimado para que haja uma emissão de radiação apenas na área em estudo. Depois dos receptores captarem a radiação emergente, o computador permite a reconstrução da imagem, pois o sinal emitido por estes vai ser convertido posteriormente em sinal digital com o auxílio de um computador. Após a reconstrução da imagem, podemos observá-la no monitor, o qual é composto por um sistema de quadrados designado por matriz. Cada quadrado corresponde a uma diminuta área do corpo humano em estudo, na medida em que exprime a permeabilidade da referida área à radiação X ou em películas (Bushong, 1998 e Bontrager, 1999).

Ao planeamento, recolha e tratamento dos dados para a obtenção de um exame completo de um utente que recorre ao Serviço de Radiologia, a Society of Radiographers and Radiological Technologists (1995), vem adicionar às funções gerais já descritas, que o Técnico de Radiologia quando está inserido numa equipa de trabalho que visa a realização deste tipo de exames tem responsabilidades em:

- Aplicar os conhecimentos Anatomo – Fisiológicos para posicionar adequadamente o utente de modo a obter toda a informação relativa à área em estudo.
- Seleccionar os protocolos adequados ao estudo.
- Seleccionar os parâmetros adequados, garantindo uma imagem com qualidade. Isto, tendo em conta as condições físico – psicológicas do utente e da eventual suspeita patológica.
- Reconstruir os dados obtidos para a obtenção de uma melhor imagem para que seja possível um diagnóstico mais rico e seguro.
- Armazenar as informações recolhidas.
- Seleccionar as melhores imagens recolhidas para uma adequada interpretação e conseqüentemente um diagnóstico acertado.

Ressonância Magnética (RM)

A radiação X, tal como já foi referido, permite a aquisição de imagens do corpo humano, na medida em que os fotões emitidos possuem energia suficiente para ionizar átomos. Estes depois de atravessarem o utente são captados por um receptor que permite a posterior formação da imagem.

A Ressonância Magnética é um método de diagnóstico por imagem que não utiliza este tipo de radiação ionizante. Este método permite a visualização do corpo humano graças ao uso de ondas electromagnéticas que possuem energias inferiores às da radiação X, o que permite que não haja ionização dos átomos, reduzindo drasticamente a possibilidade de ocorrência de danos biológicos (Bontrager, 1999).

Este fenómeno resulta, então, da aplicação de um campo magnético estacionário produzido por um magnete, o qual excita um dos constituintes do corpo humano em maior abundância, os núcleos de Hidrogénio. Estes núcleos são constituídos por protões e neutrões que possuem magnetismo, gerando entre si campos magnéticos que se orientam e desenvolvem movimentos rotacionais quando são colocados em interacção com o referido campo magnético estacionário (Pisco e Sousa, 1999 e Mealha, 2000).

O Técnico de Radiologia quando inserido numa equipa especializada em RM tem sob sua responsabilidade todos os aspectos gerais posteriormente definidos. Porém, a Society of Radiographers and Radiological Technologists (1995) a essas funções adiciona:

- Cuidados adicionais com o utente, isto é, neste exame os utentes geralmente apresentam uma maior susceptibilidade ao desenvolvimento de ansiedade, uma vez que o equipamento apresenta, na maioria das vezes, um túnel, onde o utente é colocado para a realização do exame. Visto isso, os utentes claustrofóbicos necessitam de uma especial atenção por parte deste profissional de saúde.

Além destes utentes, os que apresentam próteses metálicas também devem ser devidamente inquiridos, por parte do Técnico de Radiologia, para prever possíveis acidentes ou artefactos de imagem.

- Relativamente ao equipamento, o Técnico de Radiologia deve ter bem presente todos os princípios físicos inerentes à RM, para que a selecção dos

parâmetros e dos procedimentos para a aquisição da imagem seja conseguida sem acidentes.

- A Segurança é uma prioridade máxima neste exame. O Técnico de Radiologia deve estar alerta para que possa prevenir acidentes, na medida em que estes equipamentos são caracterizados pela presença de campos magnéticos muito fortes.

Angiografia e Fluoroscopia

O exame de Fluoroscopia também utiliza radiação X. Porém, na Radiologia Convencional existe uma aquisição de imagens simples, como uma fotografia, enquanto que a Fluoroscopia exhibe uma sequência de várias imagens simples, como um filme, o que permite ao Técnico de Radiologia e a equipa em que está inserido, observar a dinâmica do corpo humano, inclusive a circulação sanguínea e as estruturas ocas durante a activação da ampola (Bushong, 1998).

Falando especificamente da Angiografia Digital é uma técnica de imagem que consiste num sistema computadorizado que permite uma aquisição de dados e posterior memorização, para que depois se possam analisar de forma a construir as imagens (Mealha, 2000).

Este exame possui duas áreas de intervenção: o diagnóstico e a Terapêutica. A Angiografia Diagnóstica tem visto uma redução, uma vez que só pelo diagnóstico é uma técnica demasiado invasiva. Como tal, tende a ser menos utilizada quando o objectivo é só o diagnóstico. Pelo contrário, quando existe uma possibilidade de intervenção com fins terapêuticos, esta técnica tem a mais valia de reduzir a ocupação do Bloco Operatório. Desta forma, podem-se tratar os utentes com uma terapêutica menos invasiva, sob anestesia local, de forma ambulatoria ou com o internamento mínimo.

A Angiografia é muito utilizada como terapia em patologias do foro vascular, como as arteriografias, Cateterismo cardíaco, entre outras, permitindo portanto, a obtenção de imagens e tratamento dos vasos sanguíneos previamente preenchidos por contrastes intravenosos (Pisco, 2003 e Bushong, 1998).

Os exames que necessitam de Fluoroscopia, como é também o caso específico da Angiografia, geralmente são realizados por equipas multidisciplinares. Assim sendo, o Técnico de Radiologia quando está inserido numa equipa é responsável, de acordo com a Society of Radiographers and Radiological Technologists (1995), pela:

- Fluoroscopia.
- Procedimentos de tratamento de imagem.
- Realização de exames fora do Serviço de Radiologia, isto é, pode realizar exames em contextos de Bloco Operatório, Sala de Exames ao Sistema Gastro – Intestinal, entre outros que implicam a utilização da Fluoroscopia.
- Preparação dos equipamentos, respeitando as normas de assepsia.
- Colocação/Posicionamento do utente.
- Selecção dos factores de exposimetria e adequação da dose.
- Documentação e armazenamento dos dados recolhidos.

Do quotidiano da prática dos Técnicos de Radiologia
à prática vivida como monitores de estágios do curso de
Radiologia em cinco hospitais de Lisboa

ANEXO 5

Outros