

MARIA JOÃO F. MAIA

OS RELATÓRIOS TÉCNICOS NO CONTEXTO DA QUALIDADE E DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL
DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR DE LISBOA

UE
168
239

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, Nº 250 DE 29 DE OUTUBRO DE 2002)

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
POLÍTICAS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

OS RELATÓRIOS TÉCNICOS NO CONTEXTO DA QUALIDADE E DO
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS TÉCNICOS DE
RADIOLOGIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR DE
LISBOA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:
MARIA JOÃO FERREIRA MAIA

ORIENTADOR
PROF. DOUTOR CARLOS ALBERTO DA SILVA

ÉVORA
MAIO 2008

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, Nº 250 DE 29 DE OUTUBRO DE 2002)

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
POLÍTICAS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

OS RELATÓRIOS TÉCNICOS NO CONTEXTO DA QUALIDADE E DO
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA
NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR DE LISBOA



168 239

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR:
MARIA JOÃO FERREIRA MAIA

ORIENTADOR
PROF. DOUTOR CARLOS ALBERTO DA SILVA

ÉVORA
MAIO 2008

**“A TODOS AQUELES QUE ME ATIRARAM PEDRAS...
O MEU MUITO OBRIGADA!
FOI COM ELAS QUE APRENDI A
CONSTRUIR O MEU CASTELO.”**

RESUMO

Objectivos: Os principais objectivos deste trabalho são: conhecer a importância dos relatórios técnicos elaborados pelos Técnicos de Radiologia, num serviço de radiologia hospitalar e contribuir para o aprofundamento do conhecimento das práticas dos Técnicos de Radiologia para a melhoria das condições do desenvolvimento profissional, da qualidade dos serviços prestados e da “*clinical governance*” em radiologia. Pretende-se ainda identificar os critérios da qualidade, que devem presidir à elaboração do relatório técnico pelos Técnicos de Radiologia, num Serviço de Radiologia hospitalar; verificar as similaridades e diferenças de percepção dos Técnicos de Radiologia, na avaliação dos critérios e indicadores da qualidade de um relatório técnico; analisar as condições sócio-organizacionais e profissionais de implementação e de aplicabilidade dos procedimentos (normas, *guidelines* e auditoria clínica) para a monitorização e avaliação da qualidade do relatório técnico em radiologia convencional, a elaborar pelo Técnico de Radiologia, e da qualidade do serviço prestado pelo próprio Técnico de Radiologia quando elabora um relatório técnico, num serviço de radiologia hospitalar.

Metodologia: Visto ser um tema em prática, mas ainda pouco explorado, a maior parte dos dados que podem ser recolhidos referentes a esta temática, encontram-se em artigos e em alguns estudos realizados e publicados no estrangeiro. Por esta razão, privilegia-se a revisão bibliográfica e a realização de algumas entrevista semi-dirigidas, como instrumento de recolha de dados, procedendo-se posteriormente à sua análise de conteúdo, mais especificamente à sua análise categorial.

Resultados: Existe uma ineficiente gestão nos Serviços de Radiologia, nomeadamente nos departamentos de urgência, a nível dos recursos humanos e materiais. Os exames osteo-articulares efectuados pelo Técnico de Radiologia, não são acompanhados pelo respectivo relatório radiológico, pelo que a introdução dos relatórios técnicos é viável, se bem que acompanhada de grandes resistências. Os Técnicos de Radiologia, após formação adequada, são capazes de elaborar um relatório técnico com toda a eficiência e qualidade. As auditorias são bem vindas, no entanto os entrevistados não conseguiram estabelecer indicadores da qualidade, para o desempenho do Técnico de Radiologia, mas apenas a indicação de uma possível adaptação ao existente, para o clínico. Os auditores seriam sempre Técnicos de Radiologia, individualmente ou inseridos em grupos multidisciplinares.

Conclusão: Existe a necessidade de estabelecimento de novas condições sócio-organizacionais nos Serviços de Radiologia, através da introdução de uma nova mentalidade de gestão, baseada na Governação Técnica, com vista à máxima eficiência técnica. O Técnico de Radiologia é um profissional dotado de competências e de saberes que, após um treino adequado, é capaz de responder às novas demandas da sociedade, recorrendo para isso à prática dos relatórios técnicos, exercido dentro dos limites de um quadro legal.

É notória a fragmentação organizacional e profissional, que subjaz nas representações dos Técnicos de Radiologia entrevistados, visto que possuem uma representação empobrecida de si como profissionais. Contudo, conseguem identificar no Técnico de Radiologia, capacidades para a prática de relatórios a exames osteo-articulares, realizados no departamento de urgência.

Neste novo *skill-mix* do Técnico de Radiologia, é exigida toda a qualidade e eficiência inerente à gestão de saúde do utente. A realização de auditorias técnicas, quer ao desempenho do Técnicos de Radiologia, na prática dos relatórios técnicos, quer ao próprio relatório técnico, são extremamente necessárias para assegurar a existência de altos padrões de qualidade, através do estabelecimento de indicadores da qualidade.

A prática do relatório técnico não entra no campo clínico, dado que o Técnico de Radiologia é um profissional que pratica o diagnóstico e não a clínica. O diagnóstico efectuado, será apenas um diagnóstico radiológico, logo esta prática não entrará em conflito com campos de acção de outros profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: relatório técnico, governação clínica e técnica, auditoria técnica, eficiência técnica, garantia da qualidade, normas de orientação técnica, desempenho profissional, Técnico de Radiologia.

TECHNICAL REPORTS IN A QUALITY AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT CONTEXT OF RADIOGRAPHERS, IN A LISBON'S HOSPITALAR EMERGENCY DEPARTMENT

ABSTRACT

Purpose: The primary goals for this work are: to know the importance of technical reports, practiced by Radiographers in a hospital radiology department, and contribute to a profound knowledge of radiographers practices for the improvement of better professional development conditions, the quality of given services and the Clinical Governance. Also, aspire to identify the quality criteria's that must preside in the practice of a technical report by Radiographers, in a hospital radiology department; check the similarities and differences in Radiographers perceptions of the criteria's and quality indicators for the technical report; analyse the social-organizational and professional conditions for implementation and applicability of the procedures (standards, guidelines and technical audit) for the monotorization and quality evaluation, of the technical report in conventional radiology, to be practice by the Radiographer, and the quality of given services by the Radiographer himself, when he is elaborating a technical report, in a hospital radiological service.

Methods: Although this theme is in practice but little explored, most of the collected data can be found in articles and in some studies published aboard. For these reason, bibliography review is privileged, and some semi-directed interviews are made, as data collect instrument, proceeding afterwards to it's content analysis, more specifically to it's categorical analysis.

Results: There is a bad management in radiology departments, more specifically in emergency departments, in the human and material resources. The osteo-articular exams performed by radiographers, are not accompanied by the respective radiological report, for which the introduction of radiographer reporting is possible and practicable, although accompanied with big resistance. The Radiographers, after a suitable training, are able to elaborate a technical report, with all the efficiency and quality. The audits are welcome, but interviewers could not establish indicators for the Radiographers performance, only gave the indications for a possible adaptation to the existing clinician. The auditors, should be always Radiographers, individually or within multidisciplinary groups.

Conclusions: There is the need for establishing new socio-organizational conditions in radiology departments, through the introduction of a new management mentality, based in Technical Governance, with the goal of maximum technical effectiveness. The Radiographer is a professional skilled with competences and knowledge that, after a suitable training, is capable of answering to the new demands of society, requiring for that, the practice of technical reports, within the limits of a legal board.

It is visible the organizational and professional fragmentation that subsist in the interviewed Radiographers representations, as they gather a poorly representation of him self's as professional. However, they can identify in the Radiographer capacities for the practice of technical report to osteo-articular exams, performed in a urgency department.

In this new skill-mix, it is a demand that the quality and effectiveness are inherent at patient health management. The practice of technical audits, to Radiographers performance during the practice of technical reports, and to the technical report it self, are extremely necessary to assure the existence of high quality standards, through the establishment of quality indicators.

The practice of technical report, doesn't go beyond the boundaries of clinical fields, because the radiographer is a professional that does diagnosis, not clinic. The performed diagnosis is just a radiological diagnosis, so this practice doesn't conflict with the performance of other professionals.

KEYWORDS: technical report, technical governance, technical audit, technical effectiveness, quality assurance, technical guidelines, professional performance, Radiographer.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva, meu orientador e amigo ao longo da elaboração desta dissertação. Com a sua ajuda, foi-me possível embarcar nesta jornada e fazê-la chegar a bom porto. A sua sábia orientação e a sua valiosa competência, sempre me serviram de estímulo, mesmo nos momentos mais difíceis. A confiança que depositou no meu trabalho e na minha pessoa, fizeram-me acreditar neste trabalho até ao fim.

Ao Prof. Manuel Correia, pela disponibilidade e preciosa ajuda. Mas acima de tudo, pelas palavras em tempos ditas, que nunca me fizeram desistir!

Ao Prof. Doutor Florentino Serranheira, pela sempre simpática disponibilidade.

Aos colegas e amigos, que prontamente se disponibilizaram para a realização das entrevistas. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

À dr.^a Zélia Santos, pelo companheirismo, apoio e amizade, que já se prolongam por mais de 4 anos!

Ao Hugo, pela dedicação e por acreditar sempre em mim e no meu valor e nunca me fazer desistir! O amor ajuda a dar forças e a amizade nutre-as.

À minha família por se preocupar, apoiar e incentivar.

A todos aqueles que, não podendo ser invocados, mas que de um modo directo ou indirecto, deram uma preciosa ajuda e um grande empurrão na elaboração deste trabalho.

A todos, o meu profundo agradecimento!

ÍNDICE GERAL

RESUMO	IV
ABSTRACT	VI
AGRADECIMENTOS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE QUADROS	XIII
ÍNDICE DE APÊNDICES.....	XIV
ÍNDICE DE ANEXOS	XV
ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS	XVI
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Pertinência do Estudo	19
1.2. Do problema de investigação à finalidade do estudo	21
1.3. Justificação do estudo	21
1.4. Objectivos do estudo	22
1.5. Estrutura do estudo.....	23
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
2.1. Governação Clínica	25
2.1.1. Melhoria Contínua da Qualidade.....	27
2.1.2. Educação / Desenvolvimento Profissional	29
2.1.3. Eficiência Clínica - <i>Clinical Effectiveness</i>	30
2.1.3.1. Evidência Baseada na Medicina (EBM) e Guidelines	31
2.1.4. Auditoria Clínica	33
2.2. O Relatório Técnico	39
2.2.1. Aspectos históricos do desenvolvimento e implementação do relatório técnico.....	40
2.2.2. A estrutura do Relatório Técnico	44
2.2.3. Descrição de aspectos relacionados com o relatório técnico em radiologia convencional osteo-articular de urgência.....	48
2.2.4. Auditoria ao relatório técnico	50
2.3. O Técnico de Radiologia	55
2.3.1. Competências a adquirir pelos Técnicos de Radiologia	60
2.3.2. Cooperação dos Técnicos de Radiologia com os médicos Radiologistas, de clínica geral e outros.....	67
2.3.3 Auditoria ao Técnico de Radiologia.....	68
3. PERCURSO METODOLÓGICO	71

3.1. Desenho do estudo	71
3.2. Unidade de Análise.....	73
3.3. Técnicas de Recolha de Informação	75
3.3.1. As Entrevistas.....	75
3.3.1.1. O <i>Focus Group</i>	77
3.3.1.1.1. Principais aspectos históricos e Caracterização	77
3.3.1.1.2. Etapas para a sua realização.....	81
3.3.1.1.3 Vantagens e Desvantagens / Pontos fortes e pontos fracos.....	87
3.3.1.2. Entrevistas Individuais	90
3.4. Recolha e tratamento dos dados	92
3.4.1. Análise de Conteúdo	94
3.4.1.1 Análise Categorical	98
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	101
4.1. Caracterização da amostra de entrevistados	101
4.2. Análise da Informação recolhida	101
4.2.1. O estado actual dos Serviços de Radiologia num Departamento de Urgência	102
4.2.1.1. Como são geridos os meios e os recursos?	102
4.2.1.2. Quais as problemáticas e tensões identificadas?.....	103
4.2.1.3. Existe um relatório radiológico a acompanhar as radiografias osteo-articulares, realizadas no Serviço de Radiologia, no Departamento da Urgência?	107
4.2.1.4. O Técnico de Radiologia, no Departamento da Urgência, tem capacidades (skill-mix) para relatar exames osteo-articulares?.....	110
4.2.2. Ser Técnico de Radiologia no contexto da Urgência, num Hospital Central, e os relatórios técnicos. ...	112
4.2.2.1. Quais as competências associadas à profissão de Técnico de Radiologia?	112
4.2.2.2. Devem ser realizadas auditorias ao desempenho dos Técnicos de Radiologia?	115
4.2.2.2.1. Quem poderão ser os auditores no processo de auditoria ao desempenho do Técnico de Radiologia?.....	116
4.2.2.2.2. Como pode o seu desempenho, enquanto relator de relatórios técnicos, ser medido? Que indicadores da qualidade devem existir?	116
4.2.2.3. Que responsabilização está associada a este profissional, na elaboração dos relatórios técnicos?..	117
4.2.2.4. Qual a formação necessária para a realização dos Relatórios Técnicos? Que necessidades?.....	119
4.2.2.5. Quem são os responsáveis por essa formação? Que formadores?	122
4.2.3. O relatório técnico de exames osteo-articulares, realizado em contexto de Urgência, num Hospital Central.	125
4.2.3.1. Qual a definição de “relatório técnico”?.....	125
4.2.3.2. A estrutura geral do relatório técnico	127
4.2.3.2.1. Qual o seu formato e o que deve conter?	127
4.2.3.2.2. Que estruturas anatómicas deve o Técnico de Radiologia relatar?	129
4.2.3.2.3. Quem deve assinar o relatório técnico?	130
4.2.3.3. Que critérios da qualidade e respectivos indicadores devem presidir à realização de um relatório técnico?.....	131
4.2.3.4. Devem os Relatórios Técnicos ser sujeitos a auditorias? Quem deverão ser os auditores?.....	133
4.2.3.5. Qual a sua viabilidade de implementação?.....	134
4.2.3.6. Que conflitos podem surgir com a sua implementação?.....	137

4.2.4. Aspectos mais importantes e sugestões	140
4.3. Discussão dos Resultados.....	142
4.3.1. Percepção do estado actual dos Serviços de Radiologia num Serviço de Urgência	142
4.3.2. Ser Técnico de Radiologia, no contexto da Urgência, num Hospital Central e os Relatório Técnicos ...	149
4.3.3. Percepção da qualidade dos relatórios técnicos de exames osteo-articulares, realizados em contexto de urgência, num Hospital Central.....	154
4.3.4. Aspectos mais importantes e sugestões	161
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	163
6. PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL.....	171
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
APÊNDICES.....	186
ANEXOS ..	228

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Os elementos da Governação Clínica	27
Figura 2 – Relação entre indicadores	52
Figura 3 -Os elementos intervenientes na percepção da Realidade do Serviço de Radiologia de Urgência Hospitalar.....	148
Figura 4 -Os elementos intervenientes na percepção do Técnico de Radiologia quando realiza Relatórios Técnicos.....	153
Figura 5 - Os elementos intervenientes na percepção do Relatório Técnicos.....	160
Figura 6 – Representação dos elementos intervenientes na temática dos Relatórios Técnicos no Contexto da Qualidade dos Técnicos de Radiologia num Serviço de Urgência Hospitalar	162
Figura 7 – Esquematização do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.....	175

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – As quatro competências de Kolb.....	62
Quadro 2 – Esquematização do guião das entrevistas.....	93
Quadro 3 – Codificação dos entrevistados	99
Quadro 4 – Esquematização do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional , por objectivos e acções	177
Quadro 5 – Calendarização do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional e seus intervenientes	178

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Guia orientador para a recolha de dados.....	187
Apêndice 2 – Estrutura do Guião da Entrevista	189
Apêndice 3 - Caracterização das Entrevistas	193
Apêndice 4 – Grelha de Análise Inicial	194
Apêndice 5 – Sinopses das Entrevistas	195
Apêndice 6 - Grelha síntese das Categorias e respectivas subcategorias.....	207
Apêndice 7 - Caracterização dos Entrevistados	209
Apêndice 8 - Aspectos mais importantes e Sugestões	210
Apêndice 9 – Guia para a Implementação da Governação Técnica na Radiologia	211

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – O ciclo da Auditoria Clínica.....	229
Anexo 2 - As diversas abordagens da Clinical Governance	230
Anexo 3 – Linha de orientação simplificativa que assegura as funções do TR quando relata radiografias osteo-articulares de ambulatório	231
Anexo 4 – Resultados de uma auditoria a relatórios radiológicos.	232
Anexo 5 – Exemplos de estratégias para melhorar o desempenho do TR na leitura das radiografias.....	233
Anexo 6 – Esquematização da abordagem hierárquica e a multidisciplinaridade requerida para monitorizar o efeito do relatório.....	234
Anexo 7 – Linha de orientação simplificada que assegura as funções do Técnico de Radiologia quando relata exames da Urgência.....	235

ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ACR	<i>American College of Radiology</i>
AIR	<i>Australian Institute of Radiology</i>
ATARP	Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear
COR	<i>The College of Radiographers</i>
FG	<i>Focus Group</i>
GC	Governança Clínica
MR	Médico Radiologista
p.	página
Q.A.A.H.E.	<i>The Quality Assurance Agency for Higher Education</i>
RCR	<i>Royal College of Radiologists</i>
RT	Relatório Técnico
SI	Sistema de Informação
S.I.G.R.R.	<i>Special Interest Group in Radiographic Reporting</i>
SR	Serviço de Radiologia
SU	Serviço de Urgência
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
TI	Tecnologia de Informação
TR	Técnico de Radiologia

1. INTRODUÇÃO

A sociedade, e mais especificamente a área da saúde, faz parte de um sistema que sofre alterações constantemente, tendo por isso a necessidade de se ir adaptando a elas.

Os cidadãos que constituem a sociedade, e que recorrem ao sistema de saúde, têm vindo a aumentar, fazendo com que se verifique um alargamento da necessidade da prestação de cuidados de saúde.

Com uma sociedade cada vez mais evoluída e que disponibiliza ao cidadão / utente cada vez mais informação, os Hospitais e outros serviços de saúde, são obrigados a mudar, não apenas fisicamente, mas também na sua atitude em relação ao próprio utente.

O utente é cada vez mais exigente, e a vários níveis, quer seja a nível dos avanços tecnológicos, a prática de uma medicina cada vez mais segura, sem erros profissionais e até uma maior eficiência no uso dos recursos, que são cada vez mais escassos. O utente procura assim uma melhoria contínua na prestação dos cuidados de saúde que lhe são fornecidos.

Os serviços de saúde são assim obrigados a apostar numa prestação de cuidados com elevada qualidade, uma vez que são os próprios utentes que constroem a imagem destes serviços quando a eles recorrem, visto que o utente tem conquistado o poder de decisão sobre a sua própria saúde, nomeadamente sobre os prestadores de cuidados. Deste modo, torna-se necessário que a informação sobre cada prestador (individual ou colectivo) seja o mais transparente possível, para que o seu desempenho possa ser avaliado e consequentemente "posicionado" num mercado cada vez mais vasto e exigente.

Os serviços de saúde posicionam-se cada vez mais, numa plataforma empresarial, não podendo continuar a ser avaliados apenas quantitativamente. É necessário começar a avaliá-los também qualitativamente: saúde produzida, educação ou formação dada, satisfação garantida, erros prevenidos, riscos evitados...

A aplicação de medidas de melhoria e correcção, tendo como base estas forma de avaliação, é primordial. Deste modo, deverá fazer-se por exemplo, uma cuidadosa avaliação das queixas apresentadas por parte dos utentes, bem como avaliações regulares ao índice de satisfação dos mesmos com o objectivo de melhorar a compreensão das necessidades dos mesmos. Tenta-se estabelecer assim, uma relação de confiança entre o utente e os prestadores de cuidados.

Na realidade, a área da saúde, de um modo geral, caminha cada vez mais para um ambiente exigente e competitivo, tornando-se deste modo imprescindível a demonstração de boas práticas, qualidade na prestação e satisfação do utente como factores críticos de sucesso.

Resumindo, a área da saúde caminha para um ambiente exigente, onde prevalece a prática da melhoria contínua da qualidade.

A sustentar todo este processo, encontra-se uma governação eficaz e eficiente, baseada em pilares sólidos de gestão da qualidade e em factores de extrema importância como a prática baseada na evidência, uma educação e um desenvolvimento profissional sustentados, uma real eficiência clínica, existência de auditorias, uma real satisfação do utente... Este tipo de governação é denominada de Governação Clínica (GC) ou *Clinical Governance*.

Os serviços de saúde têm assim como objectivo, alcançar resultados eficientes, a um custo benefício aceitável, de modo a atingir a máxima eficácia. Para tal, torna-se imprescindível assistir-se a uma mudança, não só de acções e procedimentos, mas também de mentalidades dos próprios profissionais e gestores de saúde.

Surge assim a necessidade de se introduzirem progressivamente ferramentas de gestão e qualidade na gestão dos serviços, com o objectivo de continuar a alcançar os mesmo objectivos, contudo, de um modo mais eficiente e com a melhor qualidade possível.

A Radiologia é um serviço onde essa pressão e competitividade são bastante sentidas. Na Radiologia, os relatórios clínicos têm sido, ao longo dos tempos, o principal meio de comunicação entre os Médicos Radiologistas (MR) e os Médicos Assistentes. A realidade mostra-nos que os exames radiológicos, efectuados pelo Técnico de Radiologia (TR), no Serviço de Urgência (SU), não são acompanhados pelo respectivo relatório clínico. Dado que os achados radiológicos, que esses relatórios descrevem, estão na maioria dos casos, na base de decisões e tratamentos clínicos, esta realidade não pode continuar a ser menosprezada.

Na área da saúde, existe a necessidade de rentabilizar os meios, de modo a produzir mais e melhor, com menos custos, razão pela qual se pode apostar no *skill-mix* do TR para ultrapassar esta realidade. Há que tentar rentabilizar ao máximo as capacidades deste profissional, que se encontram na actualidade reprimidas.

A introdução dos relatórios técnicos (RT) é prova disso. Em Inglaterra, os TR após formação adequada começam a elaborar RT em várias valências e em diversos exames, nomeadamente no SU, em exames de traumatologia. Este desenvolvimento de funções por parte do TR, ainda não se verifica em Portugal.

Duas preocupações tornam-se fundamentais: os níveis de pós-formação para os Técnicos que desempenhem esta nova função devem ser mantidos ao mais alto nível, e por outro lado, devem desenvolver-se e promover normas e *guidelines* para a elaboração dos RT.

Deste modo, uma educação contínua por parte dos Técnicos, uma auditora e um período de re-avaliação das competências, fazem parte de um conjunto de medidas que permitem assegurar a garantia da qualidade na elaboração dos relatórios.

Ao longo do seu desempenho, o TR deve ser monitorizado em auditorias clínicas de modo a assegurar a qualidade na prática clínica. Aliado a outras questões de gestão da qualidade nos serviços de radiologia, é de colocar as seguintes questões: Será que os serviços de radiologia devem ou não adoptar os princípios da *clinical governance*? Como desenvolver um *technical governance* específico para os TR?

1.1. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Numa sociedade cada vez mais competitiva, onde as Instituições de Saúde se começam a situar numa plataforma empresarial, os Serviços devem possuir vantagens competitivas que lhes permitam fazer mais e melhor do que a concorrência.

Por este motivo, surge a necessidade de se irem incorporando progressivamente ferramentas de gestão e da qualidade na gestão dos serviços (logo nos recursos) com o objectivo de continuar a alcançar os mesmo objectivos, no entanto, de um modo mais eficiente, tentando sempre alcançar a maior satisfação do utente.

Com o clima de tensão que se tem vindo a acentuar na área da Saúde, como resultado do aumento das exigências por parte dos Serviços aliadas ao aumento das expectativas dos utentes na qualidade dos serviços prestados, os profissionais, tendem a desenvolver as suas funções, desenvolvendo o seu *skill-mix* (mistura de capacidades).

O desenvolvimento de funções, implica a utilização de conhecimentos profissionais em áreas relacionadas a complementar ou aumentar o conhecimento disponível sobre determinada área, esperando-se que a sua aplicação promova, não só o desenvolvimento profissional, mas acima de tudo promova a demonstração de boas práticas, a qualidade na prestação e a diminuição de custos com conseqüente rentabilidade para os Serviços.

A Radiologia é uma área em constante pressão para fornecer rápidos serviços com diminuição de custos, tornando-se deste modo necessário viabilizar a utilização do tempo do MR e do TR de um modo mais rentável, ao mesmo tempo que é prestado um bom serviço ao utente, sem diminuição da qualidade. Deste modo, o TR após formação adequada pode elaborar RT em várias valências e diversos exames, libertando, entre outras razões, o MR de trabalho que pode ser realizado por este.

Para que o desenvolvimento de funções esteja na primeira linha do RT, todos os esforços devem ser mantidos para que os níveis da pós-formação aos Técnicos sejam mantidos tão elevados quanto possível e por outro lado, devem desenvolver-se e promover normas na elaboração dos RT.

Actualmente estas normas ou *guidelines* não estão ainda bem definidas, apesar de já terem sido feitas algumas propostas e de alguns modelos estarem a ser aplicados.

Devem ser estabelecidas normas que assegurem que, os TR possuem as capacidades e o conhecimento que lhes permitam elaborar os relatórios técnicos. Por outro lado, o desempenho do TR, que elabora os relatórios, deve ser monitorizado de forma a assegurar-se boa qualidade na prática técnica.

O estudo dos RT no contexto da qualidade e do desenvolvimento profissional dos TR, num SU hospitalar, abre assim uma nova dimensão na procura de novos parâmetros da qualidade em termos da *clinical governance* e quiçá da *technical governance*, existindo para tal a necessidade de se perceberem, em contexto de urgência, num hospital central, em primeiro lugar o estado actual dos serviços de radiologia, posteriormente, de se tentar compreender a relação entre o TR e os RT, e finalmente perceberem os factores da qualidade relacionados com os relatórios técnicos de exames osteo-articulares.

Consideram-se como limitações ao estudo, o facto de em Portugal não estar implementado em nenhuma urgência hospitalar, os pressupostos da *clinical governance* nem tão pouco a realização de RT, elaborados por TR. Este facto faz com que a temática em estudo, não seja do conhecimento da maioria dos profissionais na área da Radiologia.

Apenas no último triénio é que se começou a falar de um modo mais formal de RT em Portugal, pelo que não se encontram publicados estudos relativos à realidade portuguesa e os RT.

Por outro lado, dado o recurso a técnicas estatísticas descritivas, os resultados não devem ser generalizados para outros contextos, ou outras realidades. Da mesma forma, a análise de conteúdo que foi realizada para sistematizar a percepção dos entrevistados, diz apenas respeito a estes profissionais e às suas opiniões ao período de tempo a que se realizou a entrevista.

1.2. DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO À FINALIDADE DO ESTUDO

De um modo em geral, o problema em questão é o de se existirá ou não uma qualidade apercebida na prestação, quando o TR elabora ou venha a elaborar um RT.

Surgem assim algumas questões, nomeadamente: estarão estabelecidos os critérios da qualidade para a elaboração de RT? Que normas ou *guidelines* existem ou devem existir? Que indicadores da qualidade existem e como são ou devem ser utilizados? Qual a precisão do RT? Como é medida a sua sensibilidade e especificidade no contexto dos pressupostos da *clinical governance*? Como é avaliada a capacidade do Técnico para poder elaborar os relatórios? Como é monitorizado o desempenho do TR na elaboração de um relatório? Estarão criadas as condições para implementar uma *technical governance* para os TR?

Estas são algumas das questões que tentaram ser respondidas à medida que o trabalho vai sendo elaborado.

1.3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A GC é um meio de gestão que contempla várias frentes na procura de processos de melhoria contínua da qualidade, quer seja através da realização de auditorias, quer seja através do desenvolvimento contínuo profissional, da gestão do risco ou da prática baseada na evidência. A GC deve ser aplicada e adaptada à realidade que se vivencia nos actuais serviços de Radiologia, em contexto de urgência, dado o número de falhas existentes neste serviço.

A satisfação do utente, mas também a satisfação dos profissionais são os principais objectivos a alcançar, quando nos dias de hoje se faz a gestão dos serviços de saúde. Não se deve deste modo ignorar, práticas existentes com resultados comprovados, mesmo que apenas existentes só no estrangeiro.

A realidade é que em Portugal não são conhecidos estudos sobre a prática dos RT a exames osteo-articulares, realizados no SR, em contexto de urgência, num hospital central, pelo que se torna necessário explorar um pouco esta temática, no sentido de perceber a realidade existente e os factores que são intrínsecos à boa prática dos RT, tanto a nível da prestação dada pelo TR, como do próprio RT em si.

Compreender o modo como a GC pode ser aplicada à Radiologia, no que concerne à prática dos relatórios técnicos é uma realidade pertinente e emergente. Para o efeito, torna-se necessário contextualizar a opinião de alguns profissionais, relativamente à aplicação da GC na

Radiologia, nomeadamente a nível da realização dos RT a exames radiográficos osteo-articulares, realizados num departamento de urgência de um hospital central.

Pretende-se que o resultado do presente estudo, sirva de base de trabalho para que, posteriormente, entidades responsáveis e credíveis na área possam aprofundar e desenvolver os aspectos apresentados. A introdução de novas dimensões, bem como de novos indicadores da qualidade, podem permitir uma melhoria na gestão da qualidade na área da prática de RT. Numa vertente mais prática, espera-se que o presente estudo possa contribuir como base de trabalho ou instrumento de crítica construtiva para a melhoria das condições de trabalho dos TR e do seu desenvolvimento profissional, bem como para o aperfeiçoar do seu status organizacional, nem sempre visto, dentro da organização, como elemento dinamizador das práticas para uma boa gestão, na prestação de cuidados e serviços.

1.4. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Para que se pudesse direccionar a realização do estudo, estabeleceram-se dois objectivos gerais e traçaram-se três objectivos específicos.

1.4.1. Objectivos Gerais

De modo a esclarecer a problemática em estudo, este trabalho tem como objectivos gerais o seguinte:

- a) conhecer o grau de importância dos RT elaborados pelos TR num serviço de radiologia hospitalar, em contexto da “*clinical governance*”;
- b) contribuir para o aprofundamento do conhecimento das práticas dos TR para a melhoria das condições de desenvolvimento profissional, da qualidade dos serviços prestados e da “*clinical governance*” em Radiologia.

1.4.2. Objectivos Específicos

De um modo mais específico, pretende-se:

- a) identificar os critérios da qualidade que devem presidir a elaboração do RT pelos TR num serviço de radiologia hospitalar, em contexto da “*clinical governance*”;
- b) verificar as similaridades e diferenças de percepção dos TR na avaliação dos critérios e indicadores da qualidade de um RT;

- c) analisar as condições sócio-organizacionais e profissionais de implementação e de aplicabilidade dos procedimentos (normas, *guidelines* e auditoria clínica – *technical governance*) para a monitorização e avaliação da qualidade do RT em radiologia convencional a elaborar pelo TR, e da qualidade do serviço prestado pelo próprio TR quando elabora um RT, num serviço de radiologia hospitalar.

1.5. ESTRUTURA DO ESTUDO

Para melhor compreensão do presente trabalho, optou-se por dividi-lo em seis capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à Introdução e neste capítulo pretende-se dar a conhecer uma visão global sobre o tema da investigação. Aspectos como a pertinência do estudo, a definição dos objectivos e a justificação e estrutura do mesmo, são alguns dos aspectos focados neste capítulo.

O Enquadramento Teórico corresponde ao segundo capítulo, onde se faz a apresentação da fundamentação teórica que sustenta o presente trabalho, tendo em consideração a pesquisa bibliográfica efectuada.

Este capítulo encontra-se ainda dividido em três partes, que dizem respeito às três grandes áreas temáticas em estudo, nomeadamente a GC, o RT e o TR. Realizou-se assim uma breve abordagem à GC, fazendo-se referência a alguns dos seus componentes ou pilares, nomeadamente o desenvolvimento profissional, a eficiência clínica e a auditoria clínica. Segue-se o sub-capítulo dedicado ao RT e aos aspectos históricos relacionados com a sua implementação, onde também se aborda alguns aspectos relacionados com o RT em radiologia convencional osteo-articular praticada na urgência e finalmente a auditoria ao RT.

O último sub-capítulo faz referência ao TR, às competências necessárias para a prática do RT, a cooperação entre o TR e outros profissionais clínicos, como o MR ou outros prescritores de exames radiológicos e a finalizar também este sub-capítulo desenvolve-se um pouco a auditoria, no entanto aplicada ao desempenho do TR.

O terceiro capítulo refere-se ao Percurso Metodológico escolhido pelo investigador, com o intuito de orientar o estudo. Este capítulo inclui o desenho do estudo em causa, a caracterização da unidade de análise sobre a qual o estudo vai recair, as técnicas de recolha de informação privilegiadas pelo investigador e o modo como este vai proceder ao tratamento dos dados.

No quarto capítulo os dados recolhidos vão sendo apresentados à medida que se procede a sua análise e discussão, tendo em consideração a percepção dos entrevistados sobre as

temáticas discutidas. Na discussão dos resultados procura-se evidenciar aspectos e relações para que mais facilmente se consiga ir ao encontro dos objectivos propostos para o trabalho.

As Considerações Finais são feitas no quinto capítulo, bem como as Recomendações e Sugestões feitas pelo investigador, no sentido de abrir horizontes a novas pesquisas.

Finalmente e de modo a operacionalizar as conclusões obtidas, no sexto capítulo é elaborado um Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com este capítulo pretende-se esclarecer algumas definições e conceitos, que se julgam pertinentes para uma melhor compreensão da temática em estudo. Para tal, organizaram-se três sub-capítulos, cada um referente a uma temática específica.

2.1. GOVERNAÇÃO CLÍNICA

A GC emergiu como uma grande ideia central, nas mais recentes reformas que se fizeram sentir na área da saúde no Reino Unido. De acordo com Warden (1998) citado em Davies e Mannion (1999), esta nova reforma coloca pela primeira vez, dentro da gestão dos cuidados de saúde, o estatuto de obrigação da qualidade em pé de igualdade com as já existentes obrigações de responsabilidade financeira.

Assim, a GC foi inicialmente introduzida em 1999, no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), para descrever a abordagem sistemática para manter e melhorar a qualidade na prestação de cuidados. O termo “governança clínica” é uma tradução directa do inglês *clinical governance*. A definição mais comum para a GC é, segundo Scally e Donaldson (1998, p. ?):

Um sistema através da qual as organizações do NHS são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, e salvaguarda dos elevados padrões de cuidados prestados através da criação de um ambiente no qual a excelência nos cuidados prestados possa florescer.

Quando surgiu, os principais componentes da Governança Clínica eram descritos como, segundo Davies e Mannion (1999):

- linhas de responsabilidade mensuráveis, claramente definidas para a generalidade da qualidade nos cuidados;
- um programa compreensivo de actividades para a melhoria da qualidade;
- políticas claramente objectivas para a gestão dos riscos;
- procedimentos efectivos para identificar e melhorar maus desempenhos.

Para Bugada (2006), a GC envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto da equipa para identificar aspectos que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Por outro lado, segundo Yesudian (2000), garante a qualidade através



de um número de processos de efectividade clínica, gestão de risco clínico, queixas, desenvolvimento profissional, resultados no cuidado, e bons dados de qualidade clínica.

Em 1983 um documento da Organização Mundial de Saúde definia qualidade clínica como a articulação de quatro elementos: desempenho profissional (avaliado pela sua qualidade técnica), eficiência no uso dos recursos, gestão do risco e índice de satisfação do doente (Cardoso, 2005).

Deste modo, para além de ser uma consciência política, uma vez que se trata de uma opção estratégica, a qualidade envolve também muitas outras consciências, manifestadas nas mais variadas vertentes, tais como: a vertente social, pois o utente está cada vez mais exigente e transfere para os serviços de saúde expectativas para o qual contribui directamente; a vertente civil, visto que os Serviços de Saúde são responsáveis pela confiança que a sociedade de um modo geral lhes deposita; a vertente tecnológica, uma vez que é necessária uma constante adaptação às evoluções neste campo, sem contudo prejudicar o utente; a vertente económica, visto ser necessário fazer uma boa gestão do capital financeiro, cada vez mais escasso, e por último uma vertente profissional uma vez que se torna necessário melhorar as formas de comunicação entre os profissionais e os gestores da área da saúde

A GC, segundo Bugada (2006), deve assentar em vários pilares fundamentais sendo eles:

1. Processos de Melhoria Contínua da Qualidade (ou *Total Quality Management*)
2. Liderança na Equipa Clínica
3. Prática Baseada na Evidência
4. Disseminação de Ideias, Práticas, Inovações “*in/out*”
5. Programa de Redução de Risco Clínico
6. Política de Gestão de Eventos Adversos
7. Registo/Actuação em função das queixas dos doentes
8. Detecção Precoce da má performance clínica
9. Programas de desenvolvimento de staff
10. Qualidade da informação clínica recolhida.

A GC, assenta na Qualidade Total e na Melhoria Contínua da Qualidade. Deste modo, assenta sobre o que já existe e se pratica nos Serviços e Instituição. Não é por isso algo inteiramente novo para os profissionais, logo as dificuldades de adaptação tendem a ser diminutas. Parte-se da qualidade já praticada e que se quer ver melhorada.

Predomina deste modo, uma filosofia de gestão pela qualidade contínua, com o objectivo de trabalhar em prol da satisfação do utente (interno e externo). A gestão das organizações de saúde deve ser feita tendo como base os princípios fundamentais da GC, o que conduzirá à implementação de uma filosofia de Gestão pela Qualidade Total, tendo como

objectivo principal a satisfação dos utentes que são a razão da existência deste tipo de organizações (Bugada,2006).

De um modo simplificado, a GC ajuda a melhorar a qualidade dos serviços, através de seis principais componentes, que podem ser esquematizados como ilustra a Figura 1.

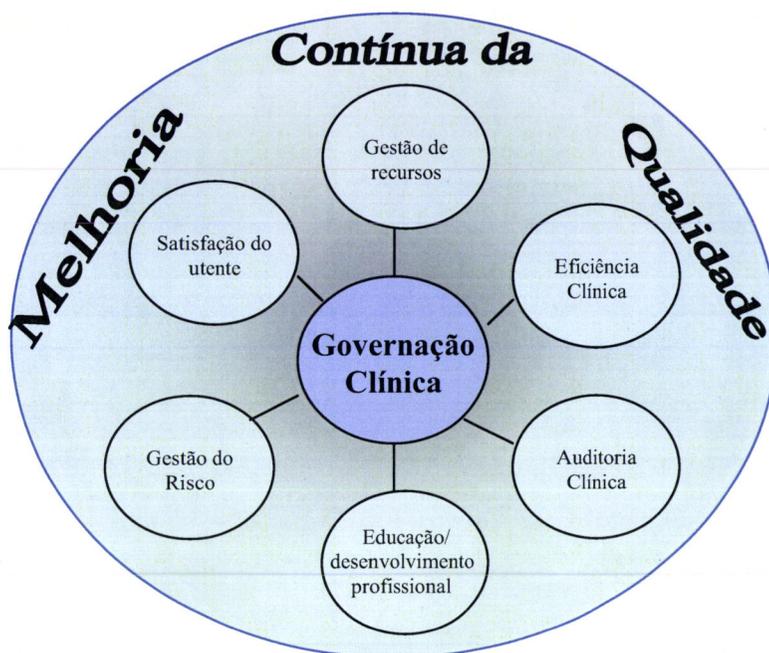


Figura 1 – Os elementos da Governação Clínica
(Fonte: Autor, 2008)

Facilmente verificamos que a GC reúne todos os elementos que procuram promover cuidados de saúde com a máxima qualidade possível, promovendo também a qualidade no desempenho dos profissionais que asseguram esses cuidados, da qual não escapam os TR no exercício das suas funções. Logicamente que os cuidados prestados devem ir ao encontro das necessidades sentidas pela população que a organização serve.

2.1.1. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O complexo trabalho existente nos Serviços de Saúde, nomeadamente num Serviço de Radiologia, requer estrutura e sistematização rigorosa, sendo por isso necessária a aplicação de uma metodologia de gestão da qualidade.

A qualidade é definida pela ISO 8402:1997 como “ o conjunto das características de uma entidade que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas”, segundo Oliveira (1998, p.8).

Assiste-se recentemente ao aumento da complexidade dos processos de assistência, a um maior nível de informação dos utentes, à limitação dos recursos e à necessidade cada vez maior de um aumento efectivo na gestão em saúde, deste modo, a gestão da qualidade tornou-se num elemento estratégico de grande valor, para que se possa planificar e gerir de um modo mais eficiente os recursos.

Na complexidade das organizações de saúde, o conhecimento clínico e técnico é sem dúvida imprescindível, no entanto por si só não é suficiente para assegurar a qualidade da prática. Deve existir assim, uma agregação e participação de todos os profissionais, na aprendizagem do novo movimento do sistema da qualidade.

Com a introdução do conceito de Qualidade Total, uma nova terminologia é empregue (produto, cliente, conformidade,...), verificando um certo receio por parte dos profissionais, relativamente a esta nova temática.

Para Garcia *et al.* (2002), com a Gestão da Qualidade Total, pretende-se satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e dos profissionais, através da gestão dos processos de um modo mais eficiente, recorrendo para isso ao compromisso da direcção e da participação de todos os profissionais de saúde.

Oliveira (1998) esclarece que não existe uma definição universal para “qualidade total” nem tão pouco estão estabelecidos os parâmetros que permitam a qualquer organização chegar a tal estado de qualidade. Subjacente à filosofia da qualidade está a interdependência entre a satisfação dos utentes (clientes), dos colaboradores (profissionais), dos gestores e da sociedade (enquanto meio envolvente da organização). Estes resultados podem no entanto ser melhorados através do envolvimento geral, num processo de melhoria contínua.

Sob o ponto de vista da gestão, Bugada (2006) defende que um serviço de saúde deve ser encarado como uma unidade de produção, uma vez que se assiste à entrada e saída de utentes, mais saudáveis e satisfeitos e preferencialmente, a um baixo custo e com o menor desperdício, mas com a melhor qualidade e rapidez possível. A aplicação de um modelo que vise alcançar uma conduta de excelência sustentável nos resultados da actividade e que forneça uma visão de sucesso às organizações (como o modelo do *European Foundation for Quality Management* (EFQM), que reflecte os princípios da Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management*)), enquanto filosofia de gestão tem assim toda a pertinência na gestão dos serviços de saúde actuais.

Este modelo baseia-se em alguns critérios, que segundo Bugada (2006, p.30) são:

1) *Critérios de Meios: gestão de pessoas: gestão dos colaboradores para que todo o seu potencial seja libertado e aplicado na melhoria contínua do serviço*

(foco mais no processo de trabalho do que nos trabalhadores); Processos e Procedimentos: identificação, gestão, avaliação e melhoria contínua das actividades, com valor acrescentado para a organização.

2) Critérios de Resultados: Satisfação dos funcionários: satisfação das necessidades e expectativas de todos os colaboradores; Satisfação dos clientes/utentes : satisfação das necessidades e expectativas dos clientes externos/utentes.

O modelo EFQM privilegia os conceitos fundamentais da excelência: a liderança e constância de propósitos, o desenvolvimento e envolvimento das pessoas, a aprendizagem, inovação e melhoria contínuas, a responsabilidade, a gestão dos processos, o desenvolvimento de parcerias, o enfoque no cliente/utente e a orientação para os resultados. Ou seja, para Bugada (2006), a GC só pode ser exercida se estiverem na sua base pilares sólidos.

Os benefícios de uma cultura da qualidade total são, resumidos por Pires (2000), a satisfação dos clientes (utentes), a existência de atitudes positivas por parte de todos os colaboradores, a existência de uma comunicação efectiva, a melhoria contínua em todos os produtos e processos, a satisfação dos clientes internos e a eliminação do desperdício.

Não é possível medir a qualidade dos cuidados prestados se estes não forem no entanto descritos com exactidão e em termos mensuráveis. Para que tal possa ocorrer, devem ser descritas normas.

Qualquer modelo de Melhoria Contínua da Qualidade deve ser encarado como um meio e não como um fim.

2.1.2. EDUCAÇÃO / DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

A chave para o sucesso de uma boa GC, reside nos recursos humanos que compõem a organização de saúde. Assim, é uma mais valia para a organização, se se verificar um bom recrutamento, retenção e desenvolvimento destes profissionais, segundo Scally e Donaldson (1998).

Para os gestores e líderes dos Serviços de Saúde, o desafio está em recrutar profissionais com determinadas capacidades e com alguma diversidade e flexibilidade de conhecimentos, que lhes permitam ir ao encontro das exigências dos próprios Serviços. No entanto, esta primeira procura está limitada às capacidades básicas dos próprios profissionais. O serviço deve, posteriormente, promover uma adaptação pessoal das capacidades dos profissionais, fornecendo ao mesmo tempo uma educação e desenvolvimento profissional adequada à realização específica das tarefas do Serviço onde o profissional está inserido.

Para que possa ser observada uma melhoria contínua, para Cardoso (2005) deve existir uma actualização contínua de conhecimentos pelos profissionais, devendo para isso promoverem-se programas de formação. Estes programas de formação para que sejam efectivamente úteis, devem responder ao levantamento das necessidades específicas de formação identificados em estudos efectuado anteriormente.

A informação na área da saúde, rapidamente se torna obsoleta, pelo que é imprescindível que os profissionais de saúde mantenham actualizados os seus conhecimentos. Deve apostar-se nas aptidões dos profissionais, promovendo o seu desenvolvimento e formação profissional, para que se sintam motivados na nova cultura organizacional e dotados com capacidades para ultrapassarem os desafios que se apresentam.

Deve ser dada ao profissional a responsabilização da sua própria educação / desenvolvimento profissional, munindo-o no entanto, de ferramentas adequadas para que o possa fazer, nomeadamente informação adequada actualizada, acesso à evidência, treino de capacidade...

Para Scally e Donaldson (1998), o profissional deve ser valorizado e deve também sentir-se valorizado pelo seu desenvolvimento profissional.

As variações que se fazem sentir no nosso Sistema de Saúde, levam a que os profissionais aumentem o nível das suas capacidade, de forma a responder com a maior brevidade possível às solicitações e exigências constantes do próprio sistema, acentuadas com a progressiva falta de meios humanos.

Tornar o profissional capaz de tomar decisões sólidas, apresentando-lhe informação fidedigna, coerente e atempada e permitir o seu treino e desenvolvimento é privilegiar as áreas que servem de suporte para a GC.

2.1.3. EFICIÊNCIA CLÍNICA - *CLINICAL EFFECTIVENESS*

A eficiência clínica não é mais do que a procura da eficácia e do custo-efectividade das intervenções dentro das organizações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Para Starey (2005, p.4), “é a medida até ao ponto que uma intervenção particular funciona”. A medida só por si é útil, mas a sua importância cresce quando a intervenção é apropriada e se apresenta com uma óptima relação qualidade/custo.

Através dela pretende-se medir até que ponto determinada intervenção funciona. Uma boa prática clínica necessita de ser redesenhada à luz das novas evidências de efectividade, mas

também tem de se considerar factores como a eficácia e eficiência, a segurança e a satisfação do ponto de vista do utente (Starey, 2005).

2.1.3.1. EVIDÊNCIA BASEADA NA MEDICINA (EBM) E GUIDELINES

O processo de efectividade clínica é alcançado, segundo Yesudian (2000), através da prática baseada na evidência. Tem por objectivo, fornecer os meios através dos quais as melhores evidências possam ser aplicadas na prevenção, detecção e cuidados de alteração de saúde. O processo de efectividade clínica é deste modo baseado na produção de evidências clínicas, feitas através de pesquisas, produção e disseminação de guidelines clínicas. As guidelines estão preparadas para alcançar efectividade clínica e para assegurar cuidados de saúde adequados para determinadas circunstâncias clínicas. Como os utentes reagem de modo diferente aos tratamentos, as guidelines apenas fornecem referências generalizadas e não especializadas para cada caso. Estas referências são a chave para a qualidade inicial da GC.

Uma *guideline* pode ser definida como uma linha de orientação. Esta linha de orientação deve ser apenas consultiva. Trata-se de um critério ou principio que guia ou ajuda a orientar determinada acção ou procedimento, sendo elaborada por entidades credíveis, nacionais ou internacionais, com autoridade para tal, podendo também ser o resultado de um processo de evidência baseada na medicina.

A utilização de *guidelines* é flexível, ou seja, não se pretendem criar padrões rígidos de procedimentos. Servem apenas de apoio para os profissionais de saúde e também para o utente, no momento em que se torna necessário a tomada de decisão sobre determinada circunstância.

Para Hampton (2000), a evidência baseada em medicina tem sido definida como o resultado entre a evidência de eficácia no tratamento demonstrado por estudos clínicos, com a experiência clínica do próprio médico no tratamento individual dos utentes. Os médicos para além de não se conseguirem lembrar de todos os utentes vistos, não conseguem visualizar nestes todas as patologias existentes, pelo que não conseguem manter uma sólida base de dados referentes a todas as patologias e os seus efeitos. A experiência clínica individual é vital e os bons médicos são os que possuem maior experiência e melhor julgamento – o que significa que praticam “evidência baseada em medicina”. O que os médicos fazem é recorrerem à sua experiência e bom senso para interpretarem a evidência, o que os torna praticantes da opinião baseada em medicina.

Mas se a “evidência baseada na medicina” é actualmente uma “opinião baseada na medicina”, e se a prática na opinião baseada é difícil de aplicar no mundo real, em que passo

ficam as *guidelines*? Uma *guideline* é normalmente fiável e baseada, no entanto, tem o seu tempo de duração, pois depende do avançar da medicina e das conquistas que nela se vão fazendo. Não tem interesse uma *guideline* com longevidade porque rapidamente se pode tornar obsoleta. As *guidelines* apenas servirão à obediência de tolos e servirão de guia para homens sábios (Hampton, 2000).

Muito do trabalho baseado na evidência para melhorar decisões clínicas, está centrado em intervenções específicas e políticas clínicas. Contudo, a GC também objectiva, como a boa prática, poder ser reconhecida num Serviço e transferido para outros.

A Radiologia é, devido aos vários avanços tecnológicos consecutivos, uma área da medicina em constante modificação e avanço, pelo que os profissionais que nela trabalham também têm de estar em constante evolução e adaptação profissionais, pois estes avanços permitem aperfeiçoar estudos anatómicos levados a cabo pela profissionais MR e TR.

De acordo com Sackett (1995), citado pelo *Evidence-Based Radiology Working Group* (EBRWG) (2001), esta exploração tecnológica tornou impossível para os MR assimilar toda a informação de que necessitam para poderem prestar cuidados com a mais alta qualidade. O desafio para estes profissionais está em acompanhar os novos dados, as novas informações e assimilá-los para o corpo dos seus saberes e saber, por outro lado, acedê-los, interpretá-los e aplicar estes conhecimentos de modo adequado.

A agravar esta situação, os MR depararam-se com outras barreiras, que segundo o EBRWG, passam por falta de tempo, livros científicos de apoio rapidamente desactualizados, acesso limitado e sub-aproveitado a bases electrónicas...

Surgiu assim a necessidade de desenvolver um conceito de Medicina Baseada na Evidência, que pudesse ser aplicado tanto à radiologia diagnostica como à intervencional. Surge assim a Radiologia Baseada na Evidência (*Evidence-Based Radiology* - EBR), que permite solucionar os problemas clínicos que se deparam na Radiologia, justamente pela rápida identificação de melhor pesquisa/investigação disponível, para guiar e dar suporte às decisões clínicas. Os Radiologistas são agora capazes de encontrar soluções para os problemas individuais do utente, assim como desenvolver políticas departamentais locais (EBRWG, 2001).

Medina e Blackmore (2006) estabeleceram uma série de etapas que envolvem a produção das EBR, que resumidamente passam por:

- formulação da questão clínica;
- identificação da literatura médica;
- enquadramento da literatura;

- sumarização da evidência;
- aplicação da evidência com objectivo de alcançar uma acção clínica apropriada.

2.1.4. AUDITORIA CLÍNICA

A auditoria segundo a ISO 8402 é um “exame sistemático e independente para determinar se as actividades e os resultados relativos à qualidade satisfazem as disposições pré-estabelecidas e se estas estão, efectivamente, a ser aplicadas e são adequadas para atingir os objectivos” (Pires, 2000).

Com o advento da GC, monitorizar a prática clínica é um requisito fundamental e, qualquer organização de saúde sentirá a necessidade de recorrer à auditoria clínica como uma ferramenta para demonstrar os seus resultados a nível dos cuidados (Hittinger *et al*, 2001).

As instituições de saúde para além de terem como missão a satisfação do utente, tentando ir ao encontro das suas expectativas e exigências, também têm de fornecer resultados cientificamente comprovados. Para tal, recorrerem a auditorias com o objectivo de incentivar a melhoria constante dos processos e dos serviços e das boas práticas clínicas.

Em 1989, o Departamento de Saúde de Inglaterra¹, citado por Jones e Cawthorn (2003, p.2), definia auditoria médica como:

análise crítica sistemática da qualidade dos cuidados médicos incluindo o procedimento utilizado no diagnóstico e tratamento, o uso de recursos e o resultado obtido assim como a qualidade de vida do utente

Para Hittinger *et al* (2001), é também uma actividade multi-disciplinar, que recorre à qualidade dos cuidados prestados ao utente.

Mais tarde, a auditoria médica evoluiu para a auditoria clínica, segundo Starey (2005) à medida que se começou também a dar a devida importância à melhoria da qualidade, noutros grupos profissionais para além dos médicos. Deste modo, não fazia mais sentido restringir-se a auditoria apenas ao corpo médico (auditoria médica), visto que passou a ser mais abrangente (auditoria clínica). O seu campo de acção estende-se também a outros elementos da equipa clínica (para além dos médicos), assim como para utentes e gestores do sistema de saúde.

A auditoria clínica foi introduzida em Inglaterra, no *National Health System (NHS)* em 1993. O *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* (2002, p.10) define-a como:

um processo de melhoria da qualidade que procura melhorar o cuidado ao utente e os seus resultados através da revisão sistemática dos cuidados, recorrendo a

¹ Department of Health. Working for patients. Londres: The Stationery Office, 1989.

critérios explícitos de implementação da mudança. Aspectos de estrutura, processo e resultados de cuidados são seleccionados e sistematicamente avaliados relativamente a critérios explícitos. Quando indicado, são implementadas mudanças a nível individual, de equipa ou de serviço e recorre-se à monitorização para confirmar as melhorias na prestação de cuidados.

Para Sale (2000, p.87) a auditoria clínica é um “sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer a boa prática e, se necessário introduzir melhorias”. Na directiva 97/43/Euratom (1997, p.23), a auditoria clínica está descrita como “uma análise ou revisão sistemática dos procedimentos de radiologia médica com o objectivo de melhorar a qualidade e os resultados dos cuidados com o paciente, através de uma revisão estruturada em que as práticas, procedimentos e resultados radiológicos são examinados em função de normas aprovadas de boas práticas de radiologia médica”.

A auditoria clínica é assim uma ferramenta preciosa, que deve ser utilizada de modo sistemático, com o objectivo de ajudar a melhorar a prática clínica, o que se reflecte nos cuidados prestados ao utente. Segundo Bugada (2006), pode ser descrita, como um ciclo, onde existem etapas que seguem um processos sistemático que deverá incluir os seguintes elementos: definição de padrões, critérios ou protocolos de boa prática médica, em relação aos quais o desempenho possa ser comparado, colheita sistemática de dados objectivos do desempenho, análise dos resultados, comparação desses resultados com os padrões esperados, identificação das deficiências ou desvios e sua correcção, monitorização dos efeitos destas acções.

À medida que as etapas vão evoluindo, assim evolui o nível da qualidade aspirado, conforme se ilustra no Anexo 1.

Tendo em consideração as orientações do *National Institute for Clinical Excellence* (2002), do *UBHT Clinical Audit Central Office* (2005) e de Jones e Cawthorn (2003), as etapas da auditoria clínica podem ser definidas da seguinte forma:

Etapa 1 – Preparação para a auditoria

Nesta etapa deve escolher-se o assunto/tópico que se pretende ver auditado, recorrendo por exemplo à identificação de um problema, ou à escolha de uma área identificada com um desempenho que deva ser melhorado.

Nas auditorias, indicadores como o tempo de espera para entrega dos exames, ou o grau de satisfação do utente, são exemplos de como se pode detectar o mau desempenho (Bugada, 2006).

Devem planear-se os recursos envolvidos, nomeadamente os financeiros e os humanos. Deste modo, deve estabelecer-se a equipa de trabalho, que poderá ser uni ou multidisciplinar, identificando-se as suas capacidades.

O objectivo da auditoria e o que se pretende alcançar, são aspectos que devem ficar devidamente explícitos e clarificados. O apoio da gestão de topo é muito importante e obtém-se apresentando os objectivos claros e as implicações prováveis das auditorias com os respectivos projectos.

Etapa 2 – Definição de critérios e padrões

Primeiramente devem identificar-se os padrões já existentes sob a forma de normas ou linhas orientadoras, baseadas nas evidências nacionais e internacionais, sendo necessário realizar uma pesquisa bibliográfica para identificar a melhor prática, caso estas orientações não existam ou sejam de já há muito datadas. Deste modo, podem depois definir-se os critérios de auditoria, que devem ser representativos do que se quer efectivamente estudar e objectivamente mensuráveis, por esta razão os padrões devem ser sempre baseados na melhor e mais actual evidência que por sua vez constitui a melhor prática. Os critérios são afirmações, e podem estar relacionados com toda a linha de orientação ou norma ou apenas parte.

Etapa 3 – Recolha dos dados

Apenas devem ser recolhidos os dados que digam respeito ao estudo, para que seja facilitada a comparação com os critérios definidos.

Os parâmetros relacionados com a recolha dos dados deve ficar bem definido, nomeadamente: se a recolha dos dados é feita de modo retrospectivo ou prospectivo, se serão recolhidos com recursos a um questionário ou com entrada directa no computador, qual o período de tempo estabelecido para a sua recolha...

É aconselhável a realização de uma auditoria piloto, de modo a validar o instrumento de recolha de dados, visto que pode revelar-se a existência de perguntas ambíguas ou a existência de perguntas que não consigam recolher a informação de que realmente se precisa.

Visto que por vezes, se torna inviável estudar toda a população a auditar, deve estabelecer-se uma amostra que seja suficientemente pequena para permitir uma rápida aquisição dos dados e grande o suficiente para que seja representativa dessa população.

A auditoria deverá ser sempre conduzida obedecendo a um quadro ético, o que implica que devem ser respeitados os princípios de protecção de dados (nomeadamente a dos utentes).

Etapa 4 – Análise e comparação do desempenho

Nesta fase, os resultados obtidos são comparados com os critérios previamente estabelecidos.

Etapa 5 – Apresentação dos resultados

Para a apresentação dos resultados, deve ser elaborado um relatório final sobre a auditoria, assegurando detalhes suficientes de modo a prevenir que nova auditoria de repetição seja realizada.

Na apresentação de resultados deve ter-se cuidado para que, cada indicador da qualidade determine em que grau é que o critério foi atingido, apresentando esse resultado em taxa de sucesso ou ocorrência de falhas padronizadas. Deste modo, o Relatório Final da Auditoria deve realçar os aspectos positivos detectados durante a auditoria, aconselhar medidas de aperfeiçoamento e de melhoramento e por último referir as não-conformidades observadas.

Após os resultados serem publicados e discutidos, devem ser redigidas as recomendações para a mudança, caso existam. Será boa prática desenvolver um plano de acção.

A divulgação dos resultados irá permitir, de um modo mais prático, envolver os profissionais para uma eventual necessidade de treino e educação para a aplicação da mudança. A divulgação de novas linhas orientadoras e protocolos pode ser uma ferramenta útil de suporte para a introdução de novas práticas.

Etapa 6 – Implementação da mudança e re-auditoria

Se a auditoria demonstrar necessidade de melhorias, é de todo pertinente pôr em prática essas melhorias.

Em determinada altura, é aconselhável a realização de uma re-auditoria, com o objectivo de assegurar que as mudanças estão a ser implementadas e que a prática está a ser melhorada.

A re-auditoria deve ser realizada de acordo com a estrutura de auditoria inicial, devendo manter-se o tamanho da amostra, os métodos e os meios de análise, para que se possa posteriormente estabelecer um paralelismo aquando da comparação dos resultados com a auditoria inicial.

A re-auditoria deve demonstrar as mudanças implementadas e as melhorias ocorridas.

Se a auditoria foi bem realizada, deve colocar-se a hipótese da sua publicação, como objectivo da partilha de informação.

Podem ser construídas ou adaptadas listas de verificação, que servirão de apoio a todo o processo de auditoria. O objectivo das listas de verificação é o de melhorar o projecto de auditoria, antes deste ser aplicado, para que se possa verificar se o projecto está de acordo com os pontos que se pretendem estudar. As listas de verificação não devem ser aplicadas de modo rígido, para além de que nem sempre são aplicáveis a todas as auditorias.

As auditorias clínicas, através do recurso a instrumentos simples de colheita de dados, permitem analisar e avaliar profundamente um determinado assunto ou tema. Consegue-se deste modo analisar e avaliar os procedimentos utilizados e os cuidados proporcionados aos utentes, de modo a reconhecer, controlar e monitorizar a boa prática e, se necessário, introduzir medidas correctivas (Boavista, 2005).

Deve recorrer-se à auditoria, sempre que existe a necessidade de se criar procedimentos e de se normalizar práticas.

Na realidade, com o recurso à auditoria clínica, pode verificar-se se os procedimentos em vigor estão ou não a ser cumpridos, conseguindo-se deste modo identificar facilmente as não conformidades, que podem estar relacionadas com uma deficiente implementação do procedimento, do facto do procedimento em si não se adaptar à realidade sentida, não alcançando por isso os objectivos previamente estabelecidos, ou por existir a necessidade de aprofundar determinados conhecimentos numa determinada área. A identificação das não conformidades não deve ser punitiva ou depreciativa mas sim encarada como a possibilidade de melhoria contínua da prática.

É de notar que, onde as práticas são questionadas e revistas de forma sistemática, encontram-se factos inesperados, e que podem posteriormente ser melhorados.

A auditoria pode assim ser aplicada a procedimentos. Segundo Paiva (2002) a auditoria aos procedimentos incide sobre procedimentos e instruções de trabalho enunciados no sistema documental da organização.

Facilmente nos apercebemos que as auditorias são parte integrante do processo de qualidade, por serem um poderoso instrumento ao serviço da gestão e da responsabilização e do crescimento profissional. Através delas, consegue-se antecipar o inesperado e adoptar uma abordagem pró-activa, que é o que se espera dos serviços que trabalham com uma certa independência (Boavista, 2005).

Qualquer auditoria é sem dúvida uma mais-valia para a actividade de qualquer instituição de saúde, pois a valorização da eficácia, motiva a melhoria, à medida que a percepção das dificuldades estimula sem dúvida a procura de conhecimentos.

A auditoria clínica é assim segundo Pisco (2003), uma das componentes da Garantia da Qualidade, que por sua vez é um componente essencial do processo de gestão. Passa por encontrar normas de orientação clínica, que por sua vez se devem basear na melhor evidência científica possível, seleccionar os indicadores de desempenho que mais se adequam e por fim estabelecer os critérios para que possa ser feita a avaliação.

A auditoria é assim indissociável a uma boa prática clínica, visto que põe em evidência a própria prática, como resultado da medição do desempenho comparada com padrões pré-estabelecidos.

A escolha dos auditores deve ser cuidada. Pires (2000) salienta que numa empresa com mais do que uma unidade, podem trocar-se equipas auditoras entre si. As equipas, devem no entanto ser preferencialmente compostas por pessoas vindas de mais do que uma área.

Para Nabais (1988), devem existir normas quanto às qualidades e competências do auditor, devendo estas englobar três domínios: competências técnico-profissionais, independência e confidencialidade e prudência. O auditor deve ser uma pessoa competente e obviamente legalmente habilitada. Deve ser isento em todos os assuntos relacionados com o seu trabalho, não se deixando influenciar por factores ou pessoas externas ao serviço que vai auditar. Dado ter acesso a informação privilegiada, deve manter confidencialidade sobre essa mesma informação. A prudência e o cuidado devem estar presentes na elaboração do relatório final.

O desafio está assim em transformar o conceito de GC numa realidade. Para tal é necessário o esforço conjunto de todos os profissionais envolvidos e o empenho e compromisso da gestão, quer seja a intermédia ou a de topo, de modo a desenvolver um programa de acção efectivo, que com liderança e criatividade, aceite o desafio da GC, nas suas diversas abordagens, conforme ilustra o Anexo 2.

2.2. O RELATÓRIO TÉCNICO

Com a descoberta dos raios X pelo físico alemão Wilhelm Konrad Roentgen (1845-1923) a 8 de Novembro de 1895, tornou-se possível a visualização do interior do corpo humano, sem a necessidade de se recorrer a cirurgias ou autópsias.

Através da realização da radiografia que Roentgen realizou à mão da sua esposa, o mundo científico tomou conhecimento da existência da radiação X, despertando-se a curiosidade para o interesse e importância desta descoberta.

Roentgen, demonstrando uma grande actualização relativa à ciência e à tecnologia da altura, apresenta em 1895 os seus primeiros trabalhos à Sociedade de Física Médica de Wuzzburg, que irão marcar o advento da Radiologia como ramo fundamental da medicina (Lima, 1995). Estava assim constituído o embrião para a profissão de Radiologia, que viria mais tarde a ser desenvolvida e a ter um crescimento e importância primordial.

Em Portugal, as primeiras radiografias realizaram-se em 1896, tornando este país num dos primeiros a utilizar a radiação X com fins diagnósticos. O primeiro serviço de Radiologia surgiu em 1898 em Lisboa, no Hospital de S. José, e foi também neste serviço que o primeiro Técnico de Radiologia (TR) português foi nomeado. O seu nome era Bento Fernandes (Silva *et al.*, 2007).

A Radiologia é caracterizada por um conjunto de técnicas destinadas à exploração de estruturas anatómicas internas por meio de imagens obtidas com feixes de raios X, que são dirigidos através do utente. A Radiologia é, segundo Manuila *et al.* (2003), a ciência que trata dos raios X e das radiações ionizantes em geral, nomeadamente no que toca às suas aplicações práticas em medicina.

Um Serviço de Radiologia, a nível de recursos humanos, é constituído por diversos profissionais, nomeadamente o Médico Radiologista (MR), o TR, eventualmente o Enfermeiro, o Auxiliar de Acção Médica e o Administrativo.

Alguns hospitais estão dotados de um SU geral, onde a Radiologia, na maioria dos casos está também integrada, desempenhando um papel importantíssimo nos cuidados oferecidos aos utentes.

2.2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO RELATÓRIO TÉCNICO

As rápidas alterações que a área da saúde tem vindo a sofrer, são bem esplanadas na área da Radiologia. A gestão do tempo passou a ser um factor primordial de sucesso, num sector, onde a aquisição e relato de imagens é a base fundamental. Vivem-se demasiadas alterações na prática clínica, principalmente devido às constantes alterações na gestão de cuidados de saúde que são prestados e que visam o controlo dos custos.

A discussão sobre quem deve relatar as imagens de exames radiológicos, é ainda na actualidade um assunto em debate.

Segundo Larkin (1983), confirma Price e Prime (2000), os relatórios das radiografias eram inicialmente efectuados pelos TR, no entanto, devido ao aumento de pressão por parte dos médicos à *Society of Radiographers* e outros grupos estas, viram-se forçadas a alterar os seus estatutos, de modo a que os relatórios passassem a ser um trabalho exclusivo de médicos qualificados.

A Radiologia passou deste modo a ser uma especialidade médica, onde a radiografia ocupa o lugar de apoio, e onde o TR apenas tem como função a sua obtenção, realizando para tal o posicionamento do utente, preocupando-se também com a operacionalidade do equipamento.

Segundo Robinson (1998), quando a profissão de TR se estabeleceu, ficou esclarecido que a interpretação das imagens radiológicas ficariam a cargo dos MR, que por sua vez estabeleceram que todos os exames radiológicos deveriam ser acompanhados por um relatório médico e que os TR apenas forneceriam a sua opinião clínica quando solicitados.

Em 1968, Lodwick (1968), citado por Rudd (2003), realizou um estudo onde concluiu que, a grande maioria dos estudantes em medicina (cerca de 70%) não colocavam a hipótese de seguir a área da Radiologia como carreira, isto porque, no seu entender, os alunos achavam que o tempo do Radiologista se resumia praticamente a trabalho clínico, com tempo limitado para o ensino e nenhum tempo para realizar investigação. Como resultado, os MR estavam insatisfeitos, segundo Swinburne (1971), confirma Rudd (2003), sob pressão e chamados cada vez mais a realizarem procedimentos cada vez mais específicos, o que não lhes permitia ter tempo praticamente nenhum para poderem relatar os exames radiológicos.

Por todas estas razões, anos mais tarde em Inglaterra, os MR começaram a sofrer pressões constantes para fornecerem serviços com maior prontidão, mas tendo em conta a diminuição dos custos.

Segundo Rudd (2003), em 1971, Swinburn sugeriu que, para reduzir a pressão exercida nos MR e para melhorar o serviço fornecido pelos Serviços de Radiologia (SR), os TR poderiam ser ensinados a reconhecer as diferenças entre uma radiografia normal e uma patológica, pois na sua opinião, os TR possuíam grandes capacidades, até aí ignoradas.

Em 1992, Saxton defendeu a posição já tomada por Emrys – Roberts (1975), confirma Price e Prime (2000), ao achar que era uma perda de tempo para o Radiologista tentar relatar todo o tipo de radiografias. De modo a solucionar esta situação, propôs que o TR começasse a relatar radiografias músculo-esqueléticas, obtidas no DU.

Recorreu-se deste modo à rentabilização deste profissional, apostando-se na sua formação, para que pudesse desempenhar tarefas anteriormente reservadas ao MR. O serviço prestado ao utente continua a ser de qualidade, no entanto este serviço é mais económico e rentável para os serviços, segundo Friedenberg (2000).

Surgiu assim um novo conceito na Radiologia, o de “*skill-mix*” ou “misto de capacidades”, introduzido por Irving em 1996, confirma Rudd (2003), com o objectivo de libertar o MR de trabalho que pode ser desempenhado por TR com formação adequada.

Irving (1996), confirma Rudd (2003,p.10) define o *skill-mix* como:

Responsabilidade e treino dos Técnicos de Radiologia para desempenharem funções em áreas de trabalho que anteriormente pertenciam aos Radiologistas.

O *skill-mix* aplicado à medicina, implica a utilização de conhecimentos de profissionais em áreas relacionadas a complementar ou aumentar o conhecimento disponível sobre os utentes e, é esperado, promover a diminuição de custos (Friedenberg, 2000).

Inicia-se assim a evolução do *skill-mix* dos TR.

Foram impulsionadores como Swinburne em 1971 e Loughran em 1985, confirma Friedenberg (2000), que promoveram as capacidades dos TR na triagem de exames, ao reconhecerem nestes profissionais o seu potencial em comentar radiografias.

Assim surgiu o sistema “*red dot*” que foi introduzido no Reino Unido em 1982, por Berman *et al.* que adoptaram um sistema onde o TR assinalava com um ponto vermelho, o envelope do exame, em cuja radiografia visualiza-se algum tipo de imagem anormal, segundo Rudd (2003).

De um modo geral, no sistema *red dot* o TR, após visualizar as radiografias, coloca um ponto vermelho nas que identifica como contendo sinais de patologia/anormalidade. Esta marca vermelha servirá de alerta para a equipa médica.

Segundo Robinson (1998) e Brayley (2000), ao longo dos tempos os TR foram encorajados a indicar os seus achados imagiológicos, indicando as patologias que identificavam, quer através do sistema *red dot*, quer através da escrita dos seus achados anatómicos.

Pode considerar-se que o sistema *red dot* foi o impulsor dos RT, uma vez que abriu caminho para a sua introdução.

O Relatório Radiológico é definido por Siström e Langlotz (2005), como um documento que contém a interpretação oficial de um único exame radiológico ou procedimento.

O RT consiste num relatório elaborado por um TR, onde este faz uma descrição do que observa na radiografia.

Segundo *The College of Radiographers* (COR) (1997) com o sistema *red dot*, o TR fornecia inicialmente um relatório verbal do exame, tendo este sistema evoluído posteriormente, passando os relatórios a serem escritos (Brealey, 2000).

Tanto o sistema *red dot* como o RT foram introduzidos na radiologia de urgência.

Aquando a introdução do relatório elaborado pelos TR, as duas maiores entidades em Inglaterra, referentes a esta temática tomaram as suas posições. De acordo com Cunningham (1997), enquanto que o *College of Radiographers* (COR) defendeu que o referido relatório seria uma exigência e não uma opção futura, o RCR assumiu uma posição contrária e defendeu que um MR teria de permanecer responsável pelo relatório elaborado por um TR, e que a prática independente do TR na elaboração de relatórios sem a supervisão de um MR seria inaceitável.

Segundo o COR (1997) e Friedenberg (2000), em 1994, o COR publicou o Código de Conduta Profissional, onde defende a perspectiva de que o TR deve fornecer um relatório verbal e escrito dos exames radiológicos que efectua.

Ainda segundo os mesmos autores, a função do TR em relatar exames não é nova, uma vez que ao longo da sua profissão, os TR sempre deram a sua opinião profissional sobre as imagens dos exames que realizavam. O desempenho do TR ao relatar exames radiográficos, demonstrou trazer enormes benefícios ao utente e tem a capacidade de revolucionar o custo-efectividade do tratamento dos utentes a nível da Radiologia, pelo que na actualidade, algumas individualidades estão a tentar oficializar essa função.

Mais tarde, o *Board of the Faculty of Clinical Radiologic* do *Royal College of Radiologists* (RCR), em 1996, publicou um relatório que, segundo Friedenberg (2000) aconselhava a delegação de tarefas nos Departamentos de Radiologia, visto que se verificava um aumento significativo dos serviços radiológicos que não estavam a ser acompanhados pelo número de profissionais necessários, nomeadamente os MR, para os poderem executar. Deste

modo, o RCR apoia a delegação de tarefas, desde que estas sejam feitas de modo legal e não exponham o utente a riscos desnecessários. O MR deve assegurar que, a pessoa a quem delega é competente para realizar a tarefa delegada. O MR permanece como responsável pela gestão de cuidados do utente. Se a delegação não ocorrer convenientemente o MR pode ser considerado responsável. Assim sendo, o RCR, aprovou o conceito de “Relatório Técnico”.

Segundo Friedenberg (2000, p.630), no início da introdução do RT, Laughran (1999), divulgou algumas precauções relativamente ao sistema:

1. Deve ficar claro para o médico assistente que o relatório é um relatório técnico. O médico é encorajado a falar com o radiologista caso verifique falta de correlação clínica.

2. O Técnico de Radiologia deve consultar o radiologista se tiver alguma dúvida.

3. O médico assistente, o Radiologista e o Técnico de Radiologia devem criar um conjunto de guidelines, de modo a proporcionar um procedimento seguro para esta prática

4. Inicialmente o trabalho praticado pelo Técnico de Radiologia é monitorizado numa base regular. Após o Técnico de Radiologia adquirir experiência, a monitorização deve ser realizada sempre que um novo Técnico de Radiologia entre para a prática.

Em 1996 foi formado o *Special Interest Group in Radiographer Reporting* (S.I.G.R.R.) constituído quer por TR, quer por MR, com o objectivo, segundo Cunningham (1997) de fornecer um fórum nacional de debate para as partes interessadas sobre os relatórios radiográficos. Tornaram-se objectivos destes grupo, juntar todos os esforços no sentido de manter os padrões educacionais ao mais alto nível possível, para que a extensão das funções do TR, nomeadamente a de redigir relatórios pudesse ter futuro, bem como desenvolver e promover padrões nacionais para o relatório radiológico.

Vários foram os estudos realizados e que demonstraram o sucesso do *skill-mix* do TR.

De acordo com Friedenberg (2000), em Inglaterra, os relatórios radiológicos elaborados pelos TR já constituem parte da rotina dos DU. A evidência desta prática sugere que, o diagnóstico de fracturas num Departamento com as características da urgência, pode com segurança ser realizado pelos TR, e na maioria dos casos, com maior eficiência e com baixos custos.

Para o RCR o objectivo de um relatório radiológico é o de fornecer uma interpretação especializada das imagens e relacionar os achados com os sintomas clínicos do utente, à altura da realização do exame, de modo a diagnosticar ou contribuir com a compreensão da sua condição médica ou estado clínico.

Também em Portugal, a Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear (ATARP), no seu Código de Conduta para o TR, prevê a existência de um relatório técnico, apesar de não lhe atribuir nenhum nome, dizendo apenas que “ o Técnico deve informar o médico assistente do doente, acerca dos achados radiológicos encontrados na sequência da sua actuação profissional”.

2.2.2. A ESTRUTURA DO RELATÓRIO TÉCNICO

Tendo em consideração que o número de TR envolvidos na realização do RT e que o número de programas educacionais disponíveis ao TR nesta área aumentaram, o S.I.G.R.R., em 2002, sentiu a necessidade de elaborar um guia prático que fosse ao encontro das dúvidas dos TR e os ajudasse e guiasse aquando da realização desta nova tarefa. Este guia, segundo o próprio grupo vai ao encontro das ideias defendidas pelo COR, já esclarecidas anteriormente neste trabalho, e que, ainda segundo o grupo em 1997, essas posições passam por “acreditar que todos os exames radiológicos efectuados pelo TR, independentemente da modalidade de imagem usada, devem receber um relatório e que o mesmo deve ser efectuado a tempo para a gestão do utente”.

O *American College of Radiologist* (ACR) é uma das principais organizações de Radiologistas, Oncologistas e médicos de clínica geral dos Estados Unidos. Um dos seus principais objectivos é o de melhorar o serviço radiológico prestado ao utente. Periodicamente define *guidelines* e padrões técnicos para a prática radiológica de modo a melhorar a qualidade desse serviço.

A radiografia que está na base de um relatório radiológico tem de ser justificada. Nenhum exame radiológico deve ser efectuado sem que se verifiquem determinados aspectos, nomeadamente as indicações clínicas para a realização do mesmo.

O ACR (2006, p.17) estabeleceu assim uma *guideline* relativa às indicações para a realização das radiografias:

Existem muitas indicações para a radiografia, e estas dependem da história clínica do paciente e do processo de doença que afecta a área anatómica a ser estudada. Deve existir indicação clínica suficiente para garantir o desenvolvimento do estudo, e uma antecipação razoável, para que os resultados da radiografia, normal ou patológica, influenciem o curso do tratamento do paciente. As indicações devem ser comunicadas ao departamento e ao médico responsável pela realização e interpretação do estudo radiográfico.

Quanto às especificações do exame:

O pedido escrito ou electrónico para uma radiografia geral, deve fornecer informação suficiente para demonstrar a necessidade médica do exame, e permitir a apropriada realização e interpretação do exame.

Documentos que satisfaçam necessidades médicas incluem: 1) sinais e sintomas e/ou 2) história relevante (incluindo um diagnóstico conhecido).

O fornecimento de informação adicional sobre razões específicas para a realização do exame ou um diagnóstico diferencial provisório, podem ajudar a seguir um desempenho adequado no exame e sua interpretação. Segundo as *guidelines* do ACR (2005), sempre que possível, o relatório do exame anterior assim como as imagens, se existirem, devem estar disponíveis para que se possa fazer uma revisão e comparação com as do estudo corrente. Um pedido para estudo com imagem deve assim incluir informação clínica relevante, diagnóstico, e/ou sinais clínicos pertinentes e sintomas.

O ACR defende que são vários os factores e circunstâncias únicas num cenário clínico que podem influenciar os métodos de comunicação entre quem diagnostica as imagens e os clínicos que as solicitam. A entrega atempada do relatório é deste modo mais importante que o método de entrega em si. No entanto, a entrega só pode ser devidamente realizada se o exame estiver correctamente identificado. Sobre este aspecto, o ACR (2006, p. 19) defende que:

Todos os estudos radiográficos devem ser permanentemente etiquetados, com a identificação do paciente e data de realização do exame. A hora da realização do exame deve ser incluída, se relevante. O lado (direito ou esquerdo) da região anatomia deve ser permanentemente identificada.

Segundo o COR (1997) e Robinson (1996) (confirma Robinson, 1998), o RT deve responder à questão colocada no pedido de exame. O TR deve descrever as imagens, mencionando se possuem aspecto normal ou não. Em caso da imagem parecer anormal, deve indicar alguma informação suplementar sobre ela, no entanto se for demasiadamente complexa deve consultar um Radiologista.

Segundo Montero (2004), para ser útil e desempenhar o seu papel, um relatório deve cumprir algumas regras, nomeadamente: permitir que o clínico que o lê, consiga elaborar um quadro referencial preciso com os achados patológicos identificados; estabelecer ou sugerir um diagnóstico (conclusão ou impressão) e se necessário, propor uma técnica adicional ou um *follow-up*.

Ainda segundo este autor, uma resposta estruturada que contempla os achados encontrados, a causa desses achados e a sugestão de quem relata sobre o que fazer, constituem o relatório radiológico.

Para Coakley *et al.* (2003), citado por Montero (2004), o relatório deve respeitar outras regras que passam pela brevidade, o evitar de redundâncias, a eliminação do supérfluo, a objectividade (através da elaboração de frases concretas) e a pertinência. Deve também, para ser completo, fazer uma descrição hierarquizada do grau de importância das patologias identificadas.

Para Montero (2004) a conclusão do relatório deve ser breve mas clara e concisa e deve fornecer ao clínico que o lê uma ideia precisa do estado clínico do utente. Um relatório deve exprimir, o grau de confiança do profissional que realiza o diagnóstico. Deve conter expressões de alta precisão (exemplo: trata-se da lesão x) e não expressões dúbias (exemplo: a imagem é sugestiva de x ou a imagem é compatível com y).

Sistrom e Langlotz (2005) complementam defendendo que o relatório deve articular três aspectos específicos nomeadamente uma linguagem padrão, um formato estruturado e um conteúdo consistente.

Segundo o *Special Interest Group in Radiographic Reporting* (SIGRR) (2002), não existe um modelo único para o formato de relatório radiológico.

O ACR (2005, p.4), esquematiza a sua sugestão para o formato / componentes do relatório radiológico da seguinte forma:

1. Demografia

- a) Localização da realização do estudo*
- b) Nome do paciente e outro dado de identificação*
- c) Nome do médico assistente ou outro fornecedor de cuidados. Se se trata de iniciativa do paciente, tal facto deve ser referenciado no relatório*
- d) Nome ou tipo de exame*
- e) Data do exame*
- f) Hora do exame, se relevante (exemplo para pacientes cuja probabilidade é a de fazerem mais do que uma vez o mesmo exame por dia)*
- g) Devem ser incluídos os itens adicionais:*
 - i. Data de ditação*
 - ii. Data e hora de transcrição*
 - iii. Data de nascimento ou idade*
 - iv. Género*

2. Informação clínica relevante

3. Corpo do Relatório

- a) Procedimentos e material.*

O relatório deve incluir a descrição do estudo e/ou procedimentos efectuados e utilização de contraste (incluindo concentração, volume, e via de administração que foi aplicada), medicação, cateter ou aparelhos usados, senão registados num outro local. Qualquer reacção observável do paciente ou complicação deve ser anotada.

b) Achados.

O relatório deve utilizar terminologia anatómica, patológica e radiológica para descrever os achados.

c) Limitações potenciais.

O relatório deve, quando apropriado, identificar factores que podem comprometer a sensibilidade e especificidade do exame.

d) Assuntos clínicos.

O relatório deve orientar ou responder questões clínicas específicas colocadas. Se existem factores de impeçam a resposta à questão clínica, tal factor deve ser explicitamente declarado.

e) Comparação com estudos ou relatórios anteriores.

A comparação com exames relevante e relatórios deve fazer parte da consulta radiológica quando apropriada e disponível.

4. Opinião (conclusão ou diagnóstico)

a) A não ser que o relatório seja breve, cada relatório deve conter uma secção de conclusão

b) Um diagnóstico preciso deve ser dado quando possível

c) Um diagnóstico diferencial deve ser melhorado, quando apropriado

d) Quando apropriado deve ser sugerido outros exames ou exames de follow-up para clarificar ou confirmar a conclusão dada.

e) Qualquer reacção significativa do paciente deve ser relatada.

Relativamente à identificação de quem elabora o relatório, o ACR (2004) esclarece que todos os relatórios radiológicos têm de ser assinados pelo Radiologista ou profissional que realize e/ou interpreta os exames.

É aconselhável a leitura, e se necessário, reler o relatório novamente, antes de o assinar, para que se evitem erros de transcrição que podem pôr em causa o processo clínico do utente e levar a consequências graves.

Em 2006, o RCR publicou normas para o relatório e interpretação de imagens, com o objectivo de fornecer orientações aos MR e a outros profissionais envolvidos nos serviços radiológicos, para a realização de uma boa prática, em benefício do utente.

Para o RCR (2006), o relatório radiológico constitui uma opinião clínica e não uma ferramenta de medida automatizada.

Os passos essenciais para produzir um relatório radiológico passam por compreender a informação clínica, no sentido em que o profissional deve compreender a informação contida no diagnóstico. É indispensável saber analisar a qualidade das imagens, tendo de ter para tal,

conhecimentos técnicos suficientes que o ajudem a argumentar sobre um eventual exame ineficaz. A observação ao exame deve passar pela identificação de imagens normais, anormais e que fogem à normalidade. O profissional depois de realizar uma análise aprofundada ao exame, deve fazer a sua interpretação e dar o seu conselho. A comunicação ao médico assistente deve conter:

- detalhes clínico (caso não estejam acessíveis ao médico assistente);
- a descrição dos achados;
- a conclusão e a interpretação dos achados, dentro do contexto clínico.

2.2.3. DESCRIÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS COM O RELATÓRIO TÉCNICO EM RADIOLOGIA CONVENCIONAL OSTEO-ARTICULAR DE URGÊNCIA

Relatar radiografias de urgência pode tornar-se uma tarefa solitária e monótona, pelo que para a maioria dos MR esta tarefa é deixada para segundo plano, o que por arrasto se traduz num adiamento do prazo de entrega das mesmas, acompanhadas com o devido relatório. Para além deste facto, a realidade vivida na área da saúde mostra-nos que o número de MR tem vindo a diminuir de ano para ano. Acresce ainda o facto de que, com a estrondosa evolução tecnológica a que é sujeita a Radiologia, é compreensível que os MR sejam, de algum modo encorajados a investir em novas áreas, como a angiografia 3D, entre outras.

Os MR estão, de acordo com Brealey (2000), a ser encorajados a investirem no aumento das suas capacidades, realizando, por exemplo, procedimentos invasivos, o que se por um lado poupa os cirurgiões para outro tipo de cirurgias e os paciente no seu tempo de espera pela intervenção, aumenta o volume de trabalho e exigências dos poucos Radiologistas disponíveis.

Em 1995, segundo o COR (1997), um relatório de auditoria² realizado aos serviços fornecidos por um Serviço de Radiologia, demonstrou que nem todos os exames realizados eram acompanhados por um relatório radiológico e que uma percentagem significativa de relatórios não era fornecida atempadamente, o que influenciava a gestão de cuidados a prestar ao utente. Assim, o COR defende que todos os exames radiológicos realizados pelo TR devem ser entregues juntamente com o respectivo relatório radiológico, que deve ser elaborado a tempo de garantir a gestão de cuidados ao utente.

Segundo Friedenberg (2000), em Inglaterra, após um período de treino suficiente, recorrem-se aos TR para interpretar imagens de fracturas nos SU, realizar exames de ultrassonografia, realizar exames como o clister opaco e exames do aparelho gastro-intestinal

² The Audit Commission: Improving your image – How to manage Radiology Services more effectively HMSO (1995)

superior com posterior interpretação dos resultados e re-interpretação de mamografias. Uma vez que as imagens do tórax e do abdómen envolvem muitas variáveis, limitou-se a acção do TR apenas à interpretação de imagens osteo-articulares.

Esta é também a opinião de Robinson, de acordo com Friedenberg (2000), que acredita que os TR conseguem relatar todas as imagens ósseas obtidas nos SU, no entanto, na sua opinião talvez não o consigam fazer em imagens do tórax e do abdómen, isto porque os TR demonstram um melhor desempenho da área que está a analisar, quando esta se encontra bem delimitada e circunscrita e não relacionada com áreas circundantes. Robinson também defende que o TR pode relatar exames de tomografia computadorizada crânio-encefálicas e tomografias computadorizadas de trauma osteo-articulares, pela mesma razão referida. Assim, também a mamografia se enquadra nesta situação. A interpretação de imagens pelo TR é assim mais eficaz quando a variabilidade de possíveis patologias é mais estreita, não sendo tão eficaz quando esta variabilidade aumenta.

Piper *et al.* (2000), confirma Piper *et al.* (2005) estudou a implementação do RT de radiografias ao esqueleto no SU, e concluiu que os TR são capazes de fornecer relatórios com alto grau de precisão (igual a 99,1%).

Benger e Lyburn (2003), realizaram um estudo para avaliar o efeito na gestão da saúde do utente, de se relatar formalmente as radiografias do SU e para considerar se uma política selectiva de relatar pode ser segura e eficaz. Como conclusões deste estudo, verificaram que, ao se relatar todas as radiografias do SU, por cada 1000 radiografias, detectavam-se 3 patologias clinicamente relevantes que, caso contrário passariam despercebidas, mas por outro lado, fazia-se uma incorrecta interpretação radiográfica de algumas radiografias que levavam a outros estudos desnecessários. Contudo, o custo e os inconvenientes criados por esta situação eram um preço passível de ser pago, em virtude de se reduzirem o número de patologias significantes não identificadas na Urgência. Assim sendo, estes autores defendem que o relatório formal é uma mais valia, que pode levar a uma diminuição do volume de trabalho sem comprometer os cuidados do utente.

Em 1980, De Lacey *et al.* realizou um estudo prospectivo com o objectivo de avaliar a precisão na interpretação das radiografias. O estudo concluiu que existem benefícios clínicos e económicos quando o relatório do exame está disponível ao utente, antes deste sair do Hospital. Se os exames não podem ser imediatamente relatados e se forem anteriormente assinalados como “normais” ou “possivelmente normais”, o volume de trabalho do Radiologista reduz-se em cerca de 25%.

Mais tarde, em 1985, Berman, confirma Brayley (2000), identificou que a taxa de erro de um interno no hospital situava-se entre 3,9 e 7%. Em 1988 Vicent, identificou que 39% de todos as anormalidades não diagnosticadas eram clinicamente significativas.

Num estudo realizado em Canterbury sobre RT, antes do RT ser introduzido, o número de relatórios disponíveis em 5 dias constituía apenas 53% do volume de trabalho, mas após a introdução do RT aumentou para os 81%, segundo Clayton e Piper (1997), confirma Brayley (2000).

Tendo em consideração e como exemplo, os estudos mencionados, facilmente confirma-se a necessidade da existência e implementação do RT nos SU.

2.2.4. AUDITORIA AO RELATÓRIO TÉCNICO

O relatório radiológico que acompanha um exame radiológico, deve possuir a melhor qualidade possível, para benefício primeiro do utente que se submeteu ao exame, do médico assistente prescriptor que se preocupa com a gestão de saúde do utente e do profissional que faz espelhar as suas qualificações e rigor. Por estes motivos, a auditoria ao RT é de extrema importância.

O COR, segundo Brealey (2001), sugere que todos os processos e resultados relacionados com relatórios técnicos devem ser sujeitos a auditorias.

Também o S.I.G.R.R. (2002) defende a realização periódica de uma auditoria aos relatórios, apesar desta depender de tempo e recursos. No seu entender, a auditoria deve ser uma actividade regular, recorrendo a pequenas amostras, representativas e deve realizar-se mensal ou bimensalmente.

Com o objectivo de reduzir a variabilidade, é fundamental normalizar e padronizar-se as tarefas e protocolar-se os procedimentos. Para tal devem ser elaboradas linhas de orientação.

No Anexo 3, Garcia *et al.* (2002), dá-nos um exemplo de uma linha de orientação para o estudo radiológico a um utente do ambulatório. No exemplo dado, o hospital considerado está informatizado, pelo que o circuito do pedido de exame e informações adicionais circulam de forma electrónica (com recurso ao programa ALERT, por exemplo). Esta linha de orientação pode ser adaptada para um utente da urgência.

Medir a exactidão de um relatório em termos da sua especificidade e sensibilidade, apesar de ser possível, tem as suas limitações, de acordo com o S.I.G.R.R. (2002), no entanto estas medidas podem ser usadas com precaução, pois de acordo com estudos publicados por

Loughran em 1994 e Piper *et al.* em 1999, um padrão de pelo menos 95% de sensibilidade e 95% de especificidade podem ser obtidos.

Segundo Garcia *et al.* (2002), como só se pode questionar o que se consegue medir, e só se consegue medir se a informação disponível for correcta, é imprescindível a compilação de indicadores, que não são mais do que parâmetros ou medidas quantitativas, directas ou indirectas, reflectem aspectos concretos da qualidade e dos custos, por exemplo.

Segundo a OMS, citada por Redrado (2003), o indicador ideal deve reunir algumas características, nomeadamente: validade, fiabilidade, sensibilidade e especificidade.

Se os indicadores medirem o funcionamento de uma actividade ou aspecto interno do processo importantes para o resultado final, então o indicador é classificado como do processo. Temos como exemplos a percentagem de impressos oficiais de pedidos de exame com todos os dados completos, a pontualidade na realização do exame ou a percentagem de procedimentos protocolados. Se por outro lado, o indicador medir o grau ou nível de cumprimento dos objectivos finais, permitindo assim uma avaliação global do serviço, então o indicador é de resultados. Temos como exemplo, os indicadores de adequação (que reflectem a utilização apropriada dos serviços), os indicadores de efectividade (que demonstram a relação entre o processo e o resultado, como a percentagem de repetição do exame), indicadores de produtividade (relacionam a actividade com os recursos que consomem, como exames por sala e exames por TR), indicadores de rendimento (que relacionam os resultados com os custos), e indicadores de satisfação (que reconhecem a percepção sentida pelo serviço recebido) (Garcia *et al.*, 2002).

A relação entre os diferentes indicadores está representada na Figura 2.

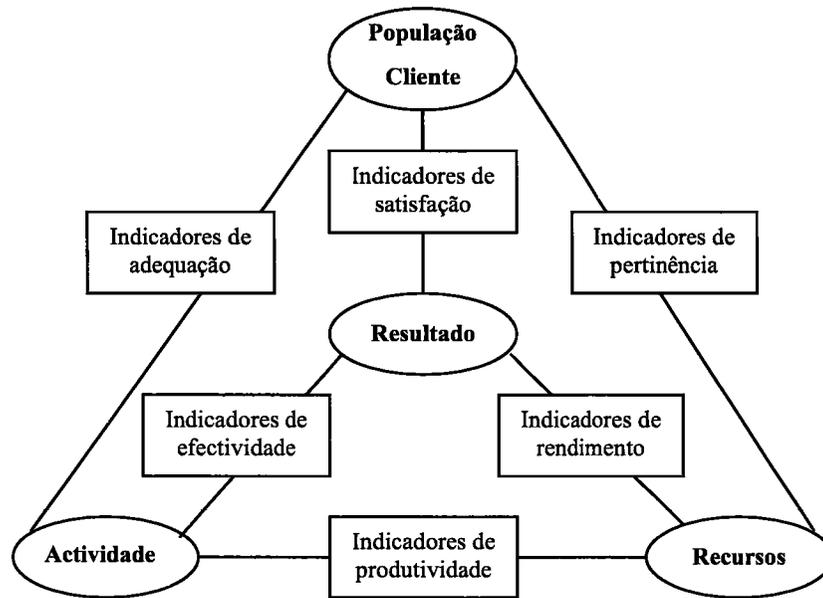


Figura 2 – Relação entre indicadores
(Fonte: Garcia *et al.*, 2002)

De acordo com a Comissão de Auditoria (1995) de Inglaterra e Lafortune *et al.* (1988), citados por Brealey (2001), vários estudos indicam que os principais factores de qualidade do relatório apreciados pelos clínicos são: tempo de entrega, precisão, clareza, brevidade e correlação clínica.

Também o S.I.G.R.R. (2002) indica como exemplo de um indicador de efectividade, o tempo para entrega de um relatório. Assim, sob o seu ponto de vista, o tempo entre a produção do relatório e a sua recepção pelo utente ou pelo médico assistente deve ser o mais reduzido possível, devendo preferencialmente o utente sair do Serviço de Radiologia com o relatório do seu exame. Contudo, a maioria dos serviços não consegue dar este tipo de resposta em tempo útil, pelo que o Grupo sugere que o tempo de espera, como indicador da qualidade, seja de 24 horas quando o relatório diz respeito a um exame não urgente a ser visto no próprio hospital e de três dias, para estar disponível junto ao médico prescriptor externo ao hospital.

Barrau *et al.* (2002) realizaram uma auditoria clínica aos relatórios radiológicos efectuados no seu serviço. Para tal, elaboraram um referencial com o qual comparou os resultados obtidos. Os resultados da auditoria foram esquematizados numa tabela, que pode ser consultada no Anexo 4.

Os resultados demonstraram que vários erros eram produzidos, quer a nível de erros ortográficos, falta de frases explicativas do procedimento do exame, falta de informação

pertinente... Com a aplicação da auditoria, foi possível modificar o processo de realização dos relatórios, e estimular por outro lado os profissionais envolvidos na elaboração desses relatórios para a prestação de um trabalho mais eficiente e com maior qualidade.

Eventualmente, para a realidade específica de um SU de um SR, relativamente aos exames osteo-articulares, tendo em conta o trabalho de Barrau *et al.* (2002) e as orientações do ACR (2005), pode desenvolver-se uma tabela de orientação para a realização de uma auditoria aos RT efectuados pelos TR.

Após a realização de uma auditoria e consequente aplicação da mudança, o ciclo da qualidade está completo. Podem agora identificar-se novas estratégias que se querem ver melhoradas e que reflectem o desempenho do TR na elaboração dos RT. Brealey (2001), dá-nos alguns exemplos possíveis dessas estratégias, que se pode consultar no Anexo 5.

Um SU deve zelar por manter um ambiente de trabalho aberto, receptivo a novas ideias e sugestões e deve ser um local onde as boas práticas são partilhadas. Deste modo, a probabilidade de sucesso da realização e consequências de uma auditoria são maiores, devendo os TR aceitar as consequências da auditoria, encarando-as como uma melhoria da qualidade para a prestação dos seus serviços e não com o receio de serem submetidos a uma avaliação.

Facilmente nos apercebemos que a auditoria, encarada como uma componente essencial para a prática profissional do TR, desempenha um papel central na gestão de um SR.

A auditoria para ser bem sucedida, deve ser implementada tendo como base uma cultura de responsabilização, onde o objectivo é o de estimular a vontade em identificar e alterar o que pode ser melhorado. Para tal, os serviços precisam de manter os profissionais actualizados, apostando na sua formação contínua e estimulando inclusivamente a investigação. A auditoria nunca deve ser encarada como um meio de culpabilização dos profissionais.

Segundo Pisco (2003), a auditoria clínica faz parte integrante do processo de melhoria contínua, e tem como objectivo melhorar os cuidados fornecidos e melhorar os resultados de saúde. Por outro lado, permitem avaliar de forma sistemática os cuidados fornecidos, comparando-os com critérios da qualidade previamente estabelecidos. Deste modo os profissionais podem medir o seu desempenho, reconhecer as boas práticas e introduzir melhorias, sempre que for necessário.

O COR (1997) defende que se devem elaborar protocolos que assegurem os mais altos padrões dos relatórios e que se devem realizar auditorias clínicas a todos os processos e resultados que se relacionem com os estes, para que se consigam integrar os relatórios em

programas de controlo de qualidade no SR. Esta auditoria deverá ser levada a cabo por um TR conjuntamente com uma equipa multidisciplinar.

Robinson (1998) complementa ainda dizendo que, na ausência de qualquer padrão ou referencial da qualidade para os RT, estes podem ser comparados com os relatórios realizados pelos MR.

2.3. O TÉCNICO DE RADIOLOGIA

A profissão de Radiologia surge, segundo Silva *et al.* (2007), nos finais do século XIX, a 8 de Novembro de 1895, quando Wilhelm Conrad Roentgen, um físico alemão, descobriu o agente físico que se viria a designar por raio X. Portugal foi um dos primeiros países a utilizar a radiação X, realizando as primeiras radiografias em 1896. O primeiro serviço de Radiologia criado foi em São José, em Lisboa, em 1898, tendo o primeiro TR português ter sido nomeado a 8 de Novembro de 1900.

Os recursos humanos são, dentro do seio de uma organização, o factor crítico mais importante, para que a mesma consiga alcançar a máxima eficiência de desempenho e sucesso na implementação de qualquer política da qualidade.

A nível dos recursos humanos, um SR é constituído por quatro categorias profissionais: os TR, os MR, os Auxiliares de Acção Médica e os Administrativos. Na maioria dos SU, na valência de Radiologia Convencional, a presença dos MR é inexistente.

Inseridos nos corpos especiais da saúde (instituídos pelo Decreto-Lei nº 184/89, de 2 de Junho) encontram-se os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT).

O Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro³, estabelece o estatuto legal da carreira de TDT, onde se enquadram um conjunto de profissionais detentores de formação especializada de nível superior. As profissões que integram esta carreira são 18, entre elas a de TR.

Segundo este Decreto-Lei e o Relatório de Missão do Grupo de Radiologia, o exercício da profissão de TR permite a estes profissionais actuar em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da profissão, com o 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 da 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.

³ Decreto-Lei nº 564 / 99 de 21 de Dezembro, publicado em Diário da República – I Série – A, nº 295 a 21 de Dezembro de 1999.

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. É responsável pelo acolhimento do utente; 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.

Segundo Silva *et al.* (2007) os TR aplicam métodos e técnicas através de equipamentos sofisticados e avaliam as imagens colhidas de acordo com as especificações da clínica. No entanto, embora o diagnóstico seja a principal área de intervenção deste profissional, na actualidade também intervém muito a nível da terapêutica, da prevenção e promoção da saúde, para além de desenvolver actividades de investigação, de gestão e de ensino.

Para a *Quality Assurance Agency for Higher Education (Q.A.H.E.)* (2001), no Reino Unido, que caracteriza a natureza e o alcance do perfil de saída do TR, este profissional 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.

A ATARP, elaborou um código deontológico, onde pretende com o documento adoptar um procedimento descritivo e não normativo, instalando no quotidiano uma reflexão sobre a prática profissional.

O COR, em 2002, sentindo a necessidade de promover padrões para o comportamento profissional do TR, a todos os níveis da sua prática, e dentro das competências devidamente regulamentadas, estabeleceu algumas afirmações, para que se pudesse adoptar a melhor prática, de modo a melhorar e assegurar confiança pública, nos serviços providenciados pelo TR, assim como valorizar a postura e a reputação deste profissional. Também o *Australian Institute of Radiology (AIR)*, em 2003, emitiu 11 linhas de orientação com o mesmo objectivo.

Estes três documentos fazem referência a três áreas de conduta, nomeadamente à colaboração inter-disciplinar, ao desenvolvimento profissional e à postura profissional (entre outros).

Segundo estas entidades, o TR deve trabalhar em colaboração com profissionais multi-disciplinares, tendo como objectivo o benefício do utente. Apesar de trabalhar numa equipa multi-disciplinar, o TR deve apenas submeter-se às tarefas para as quais tem competências e para as quais obteve o consentimento do utente.

Quanto ao desempenho profissional, o TR deve manter e fazer por melhorar, o seu conhecimento profissional e as suas competências, visto que todo o utente tem o direito a que, os cuidados de saúde que lhes são prestados, sejam levados a cabo por um TR com capacidade relevante e actualizada, dentro da sua área de actuação. De modo a melhorar o seu desempenho profissional e a aumentar a credibilização das suas competências e da sua prática, o TR deve ter como base práticas baseadas na evidência, devendo por isso participar em trabalhos de pesquisa e autorias.

Na sua postura profissional, o TR deve identificar e procurar conhecer as suas limitações, dentro de um campo de saberes e competências, sendo por isso legalmente responsável pelo resultado das suas acções profissionais, causadas por actos, negligências, omissão ou prejuízo (AIR, 2003). O TR tem a responsabilidade de fornecer, dentro dos seus conhecimentos e competências, e deve tomar as devidas precauções para assegurar que essa informação ou opinião são precisas e apropriadas às circunstâncias do caso.

Os TDT têm vindo a afirmar-se pela competência, conquistando no universo da saúde um espaço de interacção que é seu por direito próprio. Estes profissionais desempenham um papel fundamental no seio das equipas de saúde que integram, onde as suas funções são desempenhadas com grandes responsabilidades no âmbito do diagnóstico e da terapêutica, uma vez que gerem recursos com um considerável peso financeiro nos orçamentos das instituições (Cardoso, 2006).

Depois de analisadas as funções do TR, conclui-se que “fazer clínica” não faz parte das funções deste profissional, sendo “clínica”, segundo Manuila *et al.* (2003, p.144) entendida como:

Clinica – 1) clinical, 2) e 3) clinical medicine, 4) clinic. 1) adj. Relativo ao doente acamado; que é efectuado, verificado ou ensinado pelo médico à cabeceira da cama dos doentes. 2) s.f. Parte da medicina que abrange o conjunto dos conhecimentos adquiridos pela observação directa dos doentes. 3) s.f. Ensino da medicina realizado à cabeceira dos doentes ou na sua presença. 4) s.f. Estabelecimento público ou privado no qual se prestam cuidados aos doentes.

O TR, pertencente ao grande grupo de TDT, efectua deste modo o “diagnóstico” e a “terapêutica”, definidas respectivamente por Manuila *et al.* (2003, p.195) como:

Terapêutica –1) s.f. Parte da medicina que se ocupa do tratamento das doenças; qualquer tratamento. Ex.: terapêutica do cancro. Sin. De terapia. 2) adj. Relativo ao tratamento das doenças. Ex.: procedimento terapêutico. 3) adj. Que é susceptível de curar uma doença. Ex.: pneumotórax terapêutico.

Diagnóstico –1) s.m.: determinação da natureza de uma doença, após recolha das informações dadas pelo doente, do estudo dos seus sinais e sintomas, dos resultados dos exames laboratoriais, etc. 2) adj.: relativo ao diagnóstico ou que serve para o diagnóstico.

Existem vários tipos de diagnóstico, pelo que, este aspecto pode eventualmente levantar algumas dúvidas, que depressa se desvanecessem.

Os diagnósticos relacionados com este trabalho são dois: o diagnóstico radiológico e o diagnóstico clínico.

O diagnóstico realizado pelos MR quando relatam um exame radiográfico é um diagnóstico radiológico, mas também um diagnóstico clínico. Como o TR não pratica clínica, o diagnóstico que lhe compete é tão somente o diagnóstico radiológico, pelo que apesar de existir alguma sobreposição de saberes, esta sobreposição não pretende usurpar funções, uma vez que o produto final é distinto: o MR elabora um relatório clínico e o TR elabora um RT.

A diferença entre estes dois tipos de diagnóstico é nos dada novamente por Manuila *et al.* (2003, p.195):

Diagnóstico radiológico – Diagnóstico fundamentado nos resultados obtidos pela exploração radiológica.

Diagnóstico clínico – Diagnóstico estabelecido junto do leito do doente e, por extensão, diagnóstico estabelecido com base no exame do doente, sem recurso a exames laboratoriais.

De acordo com Robinson (1998), o relatório tem implícito uma opinião médica que apenas pode ser fornecida por um médico. Por esta razão, nenhum outro profissional pode dar uma interpretação que possa ser interpretada como uma opinião médica. Mas, sendo a única definição possível para “opinião médica” a opinião dada por um observador qualificado medicamente, o TR pode fazer o diagnóstico, sem no entanto ter a pretensão de fornecer qualquer opinião médica. Visto que, sendo o TR um profissional técnico, logo por definição é um especialista em conhecimentos no seu próprio campo de acção. O diagnóstico não é um monopólio de exclusividade médica, se os Técnicos em alguns locais ainda não realizam esta

tarefa, é somente por questões históricas e culturais e não por questões baseadas na lógica ou práticas de trabalho justificadas.

Segundo Berman *et al.* (1985), confirma Rudd (2003), Brayley (2000) e Robinson (1998) deve permanecer bem claro que, a responsabilidade de realizar o último diagnóstico ao utente, ou seja aquele de que irá depender a gestão do seu processo clínico, permanece do clínico.

Pelo que, saber qual o volume de trabalho que processa o Serviço de Radiologia (nomeadamente o Departamento de Urgência) é um factor primordial para que se consiga contabilizar o número de profissionais necessários para realizarem esse mesmo número de exames.

Segundo Fuentes (2004), o número de TR recomendado é o de 1 TR por cada 3000 / 5000 exames realizados por ano, no entanto, segundo este autor, deve ter-se em consideração factores como a complexidade do Serviço, o tipo de técnicas que se realizam e o tempo que o TR leva a executar o exame⁴. Relativamente aos MR, várias fontes referem que a necessidade de 1 MR por cada 12500 / 12800 exames realizados por ano, por outro lado, o SERAM indica a proporção de 1 MR por cada 8000 exames realizados por ano. Também aqui se deve dar especial atenção ao tipo de exame e se os exames são entregues com ou sem relatório e deve ter-se presente que a actividade de um MR divide-se em várias vertentes que passam pela actividade assistencial, a actividade docente e a actividade de investigação. A elaboração dos relatórios radiológicos, constitui apenas parte da actividade assistencial fornecida por estes profissionais e alguns autores estimam que ela representa cerca de 51% do tempo total dos MR.

Através das proporções apresentadas, rapidamente se conclui que, num SR, o número de MR pode superar o número de TR. Apesar deste facto, continua a ser uma realidade que a maioria dos exames de radiologia convencional, realizados em ambulatório não são acompanhados pelo respectivo relatório clínico, já para não mencionar que na maioria dos SU, nenhum exame osteo-articular segue com o respectivo relatório clínico.

Fuentes (2004) reforça a necessidade de se relatarem a cem por cento os exames provenientes do Departamento de Urgência, pelo que a necessidade da introdução do *skill-mix* na Radiologia, associada aos TR é efectivamente um factor emergente a ser considerado.

⁴ Fuentes (2004) para a apresentação destes dados, tem como base o SERAM (*Guia de La Sociedad Espanola de Radiologia*)

2.3.1. COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR PELOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA

Numa organização, e mais especificamente num Serviço de Saúde, o capital humano é o bem mais precioso. Fazendo um paralelismo, num SR, os TR são um dos factores mais importantes, pois deles depende o êxito da aplicabilidade das normas de qualidade, para que, conjuntamente com o seu desempenho e competência, consigam alcançar a eficiência da organização e por isso do próprio Serviço.

Segundo o *World Health Organization* (WHO) (2005), as competências são as capacidades, habilidades, conhecimentos, comportamentos e atitudes, consideradas as ferramentas para a obtenção de um determinado resultado e consequentemente, do desempenho de uma tarefa. Esta organização cita ainda a *Pan American Health Organization* (2002) para complementar a definição do conceito “competência”, que considera que as competências “acrescentam futura definição a qualquer trabalho pela focalização em como o trabalho é feito e que trabalho é feito”.

Para desenvolver um pouco mais o conceito de “competência”, o investigador optou por seguir a linha de pensamento defendida por Abreu (2001), que desenvolveu um trabalho com outro grupo profissional, nomeadamente os enfermeiros.

O desenvolvimento de competências, insere-se num processo amplo de socialização profissional, o qual por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários. Abreu (2001), considera que a formação, sendo um processo complexo de aprendizagens, reflecte-se no desenvolvimento do próprio sujeito a vários níveis, nomeadamente a nível cognitivo, afectivo, motor, relacional e transformativo. Todos estes saberes, mobilizados pelo indivíduo, sugerem a noção de competência.

Abreu (2001) considera que a competência não é apenas um construído operativo, mas também um construído social. Pensar as relações entre o trabalho e os saberes que o indivíduo possui leva-nos à noção de competência. Terssac (1996) esclarece que, a competência assume um papel fundamental nesta relação, uma vez que, para além de gerar o contexto de acção, ajuda também a controlá-la, ou seja, permite transformar a acção em contexto sobre a acção.

As competências são assim operacionalizadas a nível dos saberes.

O TR é um profissional capaz de fazer articular 3 tipos de saberes: o *saber-saber*, o *saber-fazer* e o *saber-ser*. Se formos à base de sustentação de cada saber, facilmente nos apercebemos que estes dizem respeito, respectivamente, às competências adquiridas na

formação, às competências adquiridas no desempenho da profissão e por último as atitudes que o profissional assume no seu dia-a-dia.

Os três saberes estão intimamente relacionados entre si, formando uma triangulação de saberes, que o profissional vai adquirindo e desenvolvendo ao longo da sua actividade, logo, ao longo da sua vida como profissional, à medida que vai modificando as suas competências.

As competências do TR estão bem esplanadas no relatório de missão do grupo de Radiologia, para implementação do processo de Bolonha, realizado em 2004, que contextualiza as competências e as capacidades do TR, nos dois ciclos de formação deste profissional, a formação académica de base, a nível da licenciatura e a formação no contexto pós graduada. Em ambos os ciclos, verifica-se existir “5 dimensões de exigência variável em função do perfil requerido”, que nada mais são que a reunião dos 3 tipos de saberes, nomeadamente: conhecimento e compreensão, aplicação do conhecimento e compreensão, avaliação, comunicação e aptidões de aprendizagem.

As competências gerais dos graduados de primeiro e do segundo ciclo são comuns e passam por:

- competências instrumentais: capacidades para análise e síntese, de organização, de cultura geral básica, de comunicação, etc.;
- competências interpessoais: capacidades de trabalho de grupo, de crítica e auto-crítica, de incorporar grupos inter-disciplinares, de apreciar diversidade e multi-culturalidade, etc.;
- competências sistémicas: capacidades para aplicar conhecimentos na prática, de aprender, de se adaptar a novas situações, de gerar ideias novas, de liderança, de trabalho autónomo, etc.

O TR é assim detentor de competências formais e informais que não são estanques, assim como não o é a prestação dos seus serviços de saúde, que se vão modificando à medida que o próprio sistema de saúde se altera. Assim, o TR deve ir modificando e adaptando as suas competências à realidade vivida, em função da aprendizagem que vai fazendo no decorrer da sua vida profissional e social.

Para Kolb (1984), citado em Abreu (2001, p.122), as tipologias dos contextos de aprendizagem correspondem às tipologias dos estilos de aprendizagem, assentando no pressuposto segundo o qual, o estilo de aprendizagem é condicionado e reforçado pelo uso repetido de determinadas competências típicas ou exigidas no contexto. Deste modo esclarece que:

- *os contextos de aprendizagem divergentes enfatizam o uso de competências de relação;*

- os contextos de aprendizagem assimilativos enfatizam o uso de competências de conceptualização;
- os contextos de aprendizagem convergentes enfatizam o uso de competências de experimentação;
- os contextos de aprendizagem acomodativos enfatizam o uso de competências de acção.

Segundo Abreu (2001), Kolb (1984) considera uma tipologia de competências, inscritas em quatro grupos, apresentando cada um destes, um sub - conjunto de competências. A cada grupo corresponde um estilo de aprendizagem. É esta tipologia que a seguir se apresenta :

Competências de relação (Divergente)	Ser sensível aos sentimentos do utente
	Ser sensível aos valores do utente
	Saber ouvir
	Saber colher informações
	Prever implicações de situações ambíguas
Competências de Conceptualização (Assimilativo)	Organizar as informações colhidas
	Construir modelos conceptuais
	Testar ideias e teorias
	Planear pesquisas
	Analisar dados quantitativos
Competências de Experimentação (Convergente)	Criar novas formas de pensar e agir
	Realizar novas experiências
	Escolher as melhores soluções
	Definir objectivos/resultados esperados
	Tomar decisões
Competências de acção (Acomodativo)	Concretizar os objectivos traçados
	Criar e explorar novas oportunidades
	Influenciar e liderar colegas
	Envolver-se pessoalmente nas situações
	Relacionar-se com os colegas

Quadro 1 – As quatro competências de Kolb.
(Fonte: Abreu, 2001)

O ser humano (e assim o TR) não nasce com a capacidade de visualizar patologias ou alterações nas radiografias assim que as analisa. Tem de ser adequadamente treinado para o poder fazer e fazer bem.

Na opinião de Joaquim (2006), os TR pertencem a um corpo especial de profissionais na área da saúde, que desde logo assumiram ao longo das últimas décadas, um papel de destaque em termos de desenvolvimento e adaptabilidade às modificações constantes na sua profissão. O próprio ensino ministrado a estes profissionais sofreu também grandes alterações, colocando

Portugal na vanguarda de formação destes profissionais, no espaço comunitário, dado o carácter prático que a sua formação assumiu.

Também o MR José Maurício (2006, p.?), compartilha a mesma opinião, conforme citação extraída de uma entrevista:

Deve-se deixar uma palavra para os Técnicos de Imagiologia, cuja formação em Portugal é equiparável aos países mais avançados da Europa, como a Inglaterra, Noruega e Holanda...

Com a evolução tecnológica constante que se verifica na Radiologia, o TR deve manter actualizados os seus conhecimentos, uma vez que estes, em parte, estão dependentes da tecnologia e do que lhe está subjacente. Deste modo, deve ser elevado o investimento que tem de fazer para manter os seus conhecimentos a par da evolução constante inerente à sua profissão.

O desenvolvimento profissional ocorre pelas necessidades sentidas e como resultado das exigências dos próprios Serviços.

O próprio Decreto-Lei de 21 de Dezembro, encoraja os TR a apostar na investigação e no seu desenvolvimento profissional. Citando o referido Decreto-Lei no seu artigo 6º, ponto 2, alínea k), compete ao TR:

Zelar pela formação contínua, pela gestão técnico-científica e pedagógica dos processos de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional, bem como pela conduta deontológica, tendo em vista a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Também o COR (2002), no seu Código de Conduta Profissional, refere:

O TR deve manter e fazer por melhorar o seu conhecimento profissional e as suas competências.

Também o AIR (2003) defende que:

O TR é responsável pelo seu desenvolvimento profissional, de modo a assegurar que mantém o mais alto padrão de conhecimentos, capacidades e atitude.

Em 1980, De Lacey *et al.*, confirma Rudd (2003), realizou um estudo sobre o impacto do relatório médico radiológico na gestão dos utentes dos SU tendo concluído que, aproximadamente 2% das patologias relatadas pelo MR, não tinham sido correctamente diagnosticadas e eram clinicamente significativas. Concluiu também que quando as películas não podiam ser relatadas imediatamente, tornava-se útil se este apenas revisse as radiografias, que estivessem anteriormente assinaladas como “normal” ou “possivelmente anormal”. Este método poderia reduzir o número de exames visto pelo MR até cerca de 25%.

Estudos realizados por Robinson (1996 e 1998), demonstraram que o TR cuidadosamente seleccionados e com treino apropriado, podem relatar radiografias do SU, com um grau similar aos dos MR. Note-se que, em 1991 segundo Rudd (2003), foi realizado um estudo comparativo entre os relatórios realizados pelos TR e os MR, sem que os primeiros tivessem algum tipo de formação extra e ficou demonstrado que, a nível de desempenho de leitura de exames do SU, a taxa total de erro dos TR se situava nos 9%.

Posteriormente Robinson (1996) em 1996, realizou um estudo similar onde comparou o desempenho de dois TR especialmente treinados, com os dos MR, ao nível da realização de relatórios de exames do SU, tendo chegado à conclusão que, a taxa de erro (falsos positivos e falsos negativos) entre os relatórios dos dois grupos, não era significativamente diferente, sendo por isso viável introduzir TR devidamente treinados no círculo dos relatórios do SU, sem que se tenha verificado qualquer detrimento, a nível da qualidade do próprio relatório.

Para que um TR possa relatar exames tem de ser submetido a uma formação intensa, ministrada numa instituição credível e reconhecida. Só assim serão capazes de atingir um nível de capacidade e confiança para que possam discutir imagens radiológicas e discordarem com o pessoal médico sempre que a sua opinião for divergente (Rudd, 2003).

Segundo o COR, no seu Código de Conduta Profissional de 1994, afirma Fridenberg (2000), para manter elevados padrões da qualidade, o TR que relata os exames radiológicos deve possuir qualificações especiais. Deste modo, para relatar radiografias e exames de TC deve frequentar um curso superior acreditado e reconhecido. Para relatar exames ecográficos necessita obter um diploma em *Medical Ultrassound* ou uma qualificação acreditada pelo *Consontium for the Accreditation of Sonographic Education*, estes como exemplos.

Em 1994, Loughran efectuou um estudo com o objectivo de saber qual a influencia de um programa de treino com duração de 6 meses, nas capacidades do TR em relatar radiografias do SU. Ao fim de cada mês, os relatórios por si efectuados eram avaliados quanto à sua precisão. Loughran verificou que a taxa de erro da detecção de fracturas diminuiu ao longo do período de treino, que a sensibilidade na detecção de fracturas melhorou de 81.1% (valor inicial) para 95.9% (no final).

Loughran comparou também os valores obtidos pelos TR com os MR e verificou que a diferença na detecção de fracturas a nível da sensibilidade entre estes dois profissionais era significativa no início, no entanto, após o treino era estatisticamente insignificante. Relativamente à especificidade entre o TR e o MR, esta permaneceu significativa quer no início quer no fim. Loughran chegou assim à conclusão, que os TR que receberam treino suplementar em traumatologia de urgência, podem melhorar significativamente as suas capacidades

diagnosticas e podem relatar exames tal como os MR, com elevado grau de precisão. Deste modo, sugeriu que um programa de treino e certificação dos TR em relatar fracturas de urgência pode diminuir o volume de trabalho do MR, no que concerne ao relatar este tipo de exames, deixando-o disponível para tarefas mas especializadas.

Para além de Loghran (1994), outros investigadores realizaram estudos com os TR após um período variável de formação, como por exemplo os realizados por Callaway *et al.*(1997), confirma Rudd (2003) e todos chegam à mesmas conclusões. A precisão dos RT aumenta com a formação a que submetem os TR que os realizam, situando-se à volta dos 95%.

Brealey (2001 a), citando Robinson (1996), enuncia que existe evidência de que TR treinados podem ser eficazmente relatar radiografias na prática clínica, com um nível de precisão equivalente ao dos MR. Assim, a habilidade e as pesquisas base, em detectarem anormalidades quando interpretam radiografias, é similar à dos MR e os programa de treino fornecem aos TR conhecimentos clínicos, competências e experiência para interpretarem imagens de aparência patológica.

Em 1995, segundo Rudd (2003), o Departamento de Radiologia da *Canterbury Christ Church College*, iniciou um curso sobre relatórios clínicos com a duração de 1 ano, o que posteriormente levou à criação de uma pós-graduação na área da radiografia, com especialização em relatório clínicos (*Postgraduate Certificate in Radiography (Clinical Reporting)*).

Também a formação do TR deverá ser alvo de auditorias.

Segundo Robinson (1998), terão de existir padrões aceites ou até métodos aceites de monitorização de desempenho para relatar e para que se possa medir o sucesso dos cursos e da qualidade da formação ministrada.

O ACR (2006,p.18), relativamente à manutenção de competências, defende que:

Todos os médicos que realizam exames de radiologia geral, devem demonstrar evidências de competências contínua na interpretação e relato desses exames. Se a competência é assegurada principalmente por se basear na experiência contínua, um mínimo de 200 exames por ano são recomendados, de modo a manter as capacidades médicas.

Porque a prática do médico ou localização do serviço pode impedir este método, a competência contínua pode também ser assegurada através de monitorização e avaliação, que indiquem o sucesso técnico aceitável e precisão de interpretação e apropriação da avaliação.

Também o TR, para que possa fazer uma boa manutenção às suas competências de relatar deverá ser submetido à realização de um número mínimo de exames que terá de relatar, de modo a garantir a sua destreza na realização desta função.

O COR (1997) salienta que, de modo a garantir que o desempenho do TR se mantém dentro dos altos padrões estabelecidos, é aconselhável a formação inicial e contínua do profissional.

Para Nixon (2001), o TR tem de encarar a investigação como uma porta aberta para o desenvolvimento do seu conhecimento, visto que este tende a ser cada vez mais reconhecido. É inquestionável que os TR têm uma grande experiência para oferecer, contudo necessitam de trabalhar de um modo mais flexível, onde as suas capacidades possam ser desenvolvidas.

Segundo o COR (1999) citado por Nixon (2001), os TR devem procurar adoptar uma cultura que encoraje a sua abertura e participação, a partilha das boas práticas, assim como dos valores de educação e de investigação.

Esta mudança, segundo Nixon (2001) deve ser encarada pelo TR como uma oportunidade e não como uma ameaça, isto se os TR quiserem permanecer profissionais do século XXI.

Também os gestores dos serviços de saúde desempenham um papel fundamental, devendo procurar instalar uma cultura de aprendizagem, onde se valorize o desenvolvimento profissional contínuo, sendo este abertamente discutido e encorajada.

Para Bach (2004), e porque cada vez mais os currículos de formação exigem mais quantidade de conhecimentos técnicos, deve dar-se lugar à sub-especialização.

Por estas razões, os modelos de educação e aprendizagem necessitam ser revistos.

O trabalho “no campo” deve servir de base para identificar as necessidades, de modo a alcançar a mudança. Novos modelos devem surgir assim como novas abordagens à formação contínua.

À que ter sempre presente que, com o desenvolvimento de novas competências, novas implicações legais poderão vir a surgir, pelo que, não se pode esperar estender as funções e competências de um profissional, sem no entanto estar disponível para aceitar as novas responsabilidades e novas implicações legais que daí advenham.

Segundo Manning (2000), existem técnicas já estabelecidas, assim como alguns procedimentos que conseguem medir o desempenho humano (logo do TR) na realização de relatórios, relativamente aos seus resultados, no entanto, pouco se sabe sobre o processo que envolve esta medição.

2.3.2. COOPERAÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA COM OS MÉDICOS RADIOLOGISTAS, DE CLÍNICA GERAL E OUTROS

Podemos até considerar legítimo, que alguns MR demonstrem alguma preocupação relativamente à qualidade do trabalho realizado pelos TR, no seu departamento, relativamente à realização dos RT. No entanto, tendo em consideração o resultado do trabalho desenvolvido por estes profissionais em diversos países, nomeadamente em Inglaterra e nos Estados Unidos, fica demonstrado que estas preocupações acabarão por desvanecer. Por outro lado, se considerarmos estas duas profissões como autónomas e se se estabelecer devidamente a distinção entre RT e relatório clínico, esta preocupação parece não ter fundamento. Mas mesmo assim, e segundo o *Royal College of Radiologist*⁵, citado por White e McKay (2002) é importante assegurar que enquanto o TR desenvolve as suas funções, não está apenas a fornecer um trabalho com alta qualidade para o utente, mas também está a conquistar a confiança dos médicos, permitindo deste modo uma harmonização e crescimento nas relações de trabalho entre as duas categorias profissionais. O TR deve ser capaz de demonstrar as suas capacidades e conhecimentos, demonstrar de modo inequívoco o seu alto nível de competências.

A estreita relação de trabalho, nomeadamente a nível de cooperação e colaboração entre os TR e os MR, passa a ser de extrema importância para o sucesso da implementação dos RT. Esta implementação não visa retirar funções ou desempenho ao MR, nem tão pouco procurar algum tipo de protagonismo para o TR, mas sim contribuir para um melhor desempenho do SR em geral, tendo sempre como fundo o melhor desempenho para e pelo utente.

Por todas as questões já abordadas, pode permanecer a dúvida de se os MR aceitam ou não os relatórios efectuados pelos TR. A este respeito, em 1994, Loughran, segundo Friedenbergl (2000), conduziu um estudo onde participaram 84 MR. Os resultados indicaram que 51,8% aceitavam os relatórios, no entanto, somente os realizados às extremidades e após um período de treino adequado do TR.

Segundo o COR (1997), o desenvolvimento de funções do TR, no que concerne à realização de RT irá fornecer inúmeros benefícios ao utente e por outro lado, tem a capacidade para revolucionar a gestão de custos efectivos do utente nos SR e outros que lhes são dependentes. Favorecidas ficaram também as relações entre o TR e os Médicos Assistentes que passam a gerir melhor a saúde do utente, uma vez que passam a dispor do relatório do exame radiológico realizado na urgência.

⁵ The Royal College of Radiologists, The College of Radiographers, The Royal College of Nursing. Skills Mix in Clinical Oncology. London: The Royal College of radiologist, 1999.

Um relatório bem feito e estruturado fará com que o clínico que o lê, aumente o seu grau de confiança em relação ao trabalho do TR, minimizando a necessidade sentida por este em procurar uma segunda opinião ou de ele próprio ter formação para interpretar as imagens.

Segundo Bach (2004), é necessária uma perspectiva ética que permita enfrentar os problemas da área da saúde actuais, nomeadamente os conflitos entre especialidades e profissionais, a falta de recursos, humanos e técnico, de modo a que se consiga alcançar a excelência profissional e fazer frente face à crescente necessidade de assegurar os serviços ao utente.

2.3.3 AUDITORIA AO TÉCNICO DE RADIOLOGIA

Para que se possa garantir que o desempenho do TR está a ser realizado segundo determinados padrões pré-estabelecidos e apresenta a melhor qualidade possível, torna-se imprescindível fazer uma avaliação das suas práticas profissionais. Esta avaliação pode ser feita com recurso a uma auditoria. Deste modo, após especificação dos critérios base, pode comparar-se as prática do TR com esses critérios, com o objectivo de medir a qualidade da sua prática, sempre com o objectivo de a melhorar.

O trabalho do TR, para além do correcto posicionamento do utente, a escolha das melhores condições técnicas para a obtenção da imagem com a melhor qualidade radiográfica possível, etc, pode também passar pela elaboração do RT ao exame realizado.

Apesar de começar já a surgir alguma literatura sobre os RT, verifica-se que existe uma lacuna relativamente às auditorias que devem ser realizadas ao profissional que relata os relatórios, logo ao TR, e assim ao seu desempenho na interpretação das radiografias.

É imprescindível a aplicação de critérios rigorosos que permitam estabelecer dentro dos profissionais da Radiologia (Técnicos), quem são os mais competentes e aptos a relatarem radiografias, tendo em conta que, segundo Brealey (2001 a), os efeitos de erro do observador e a sua variação são raramente estudados. Uma interpretação mal feita pode levar a um relatório mal elaborado, o que por sua vez pode trazer consequências mais ou menos graves para o utente e a gestão da sua saúde, nomeadamente a realização de procedimentos e exames desnecessários, o que acarreta por sua vez consequências de gestão financeira, material e de tempo ao SR. Por este motivo, Brealey (2001 a) defende que se deve estudar o desempenho do TR que relata os exames, nomeadamente a variação de erro.

Brealey (2001 a), num trabalho por si desenvolvido (*“Measuring the effects os image interpretation: an evaluative framework”*) propôs uma estrutura que permite avaliar o relatório

de uma radiografia como uma taxa de eficácia em condições controladas e efectivas na prática clínica. Para tal, esquematiza uma cadeia de eventos que no seu todo representam os requisitos que validam o TR na função de relatar, tendo em consideração os potenciais custos e benefícios que advêm para a sociedade, conforme ilustrado no Anexo 6.

Loughran em 1996, segundo Friedenberg (2000), publicou o que considerava ser as linhas de orientação para os RT em traumatologia, efectuados pelos TR, nomeadamente:

1. O Técnico deve ter confiança no seu relatório;
2. Em caso de dúvida, a opinião do Radiologista deve ser tida em consideração;
3. No caso descrito em 2, apesar do RT ser realizado pelo TR, o nome do médico consultado, deve constar no relatório;
4. Todos os relatórios efectuados pelo TR devem ser claramente designados como “Relatórios Técnicos” (Technologist’s Report);
5. Se o utente se apresentar, num espaço de 2 meses, para realizar uma radiografia à mesma estrutura, o mesmo deve ser comunicado a um Radiologista;
6. O Radiologista deve fazer o relatório dos exames que não apresentem imagens de trauma;
7. Todas as radiografias do utente que é novamente admitido na urgência, devem ser relatadas pelo Radiologista;
8. O médico assistente deve consultar o Radiologista, se os achados clínicos não corresponderem aos descritos na radiografia;
9. Devem visualizar-se, de modo regular, sessões de relatórios entre os TR e o Radiologista que por norma é consultado.

Também Brealey (2001 a) propôs uma linha de orientação, no entanto esta tem como objectivo, assegurar as funções do TR quando relata num SU, conforme ilustrado no Anexo 7.

A partir das linhas de orientação, podem definir-se quais os critérios de desempenho do TR, classificados como satisfatório para a realização dos relatórios.

Medir o desempenho do TR em condições controladas, comparando-o com um padrão de referência é uma monitorização com validade. Através de uma amostra retrospectiva de películas, por exemplo, é possível, segundo o mesmo autor gerar um relatório anónimo, a partir do qual se podem realizar comparações e produzir resultados válidos. No entanto, é sublinhada

a dificuldade em estabelecer padrões de medida para o desempenho do TR na interpretação de radiografias.

Como já referenciado ao longo deste trabalho, vários são os autores que defendem que os TR são profissionais que após um período de treino intensivo e adequado, conseguem relatar exames radiológicos com o mesmo nível de precisão que os MR. Deste modo, segundo Brealey (2001 a), a procura de padrão e a habilidade na detecção de anomalias nas radiografias, por parte dos TR é similar aos MR, que também se submetem a um período de treino, de modo a adquirirem o conhecimento clínico e a experiência para interpretar as imagens.

Relativamente ao desempenho diagnóstico, já se fez referência neste trabalho, em como alguns autores defendem que os TR conseguem atingir o mesmo grau de precisão na elaboração de relatórios que os MR, no entanto para Brealey (2001 a), não se deve ter como padrão de referência o relatório de um único MR, a não ser que este seja extremamente credenciado e que tenha experiência suficiente para que se possa validar o seu relatório.

Segundo Brealey (2001 a), sendo a tarefa de relatar, logo de interpretar, uma tarefa cognitiva envolta em subjectividade e sujeita a vários factores que a podem alterar, torna-se importante demonstrar que os TR conseguem relatar de um modo consistente, mesmo sujeitos a todos estes factores, através da reinterpretação de uma amostra válida de películas, que servirá de medida de confiança do inter-observador.

Para Gale *et al.* (1984), Bryan *et al.* (1995) e Robinson e Fletcher (1994), referenciados por Brealey (2001 a) vários são os factores que podem de algum modo influenciar ou afectar o TR, quando este relata um exame, nomeadamente: perturbações, a altura do dia em que o relatório é feito, a escassez de tempo, casos ambíguos e muito tempo seguido a relatar, etc.

Segundo o COR (1997) citado em Brealey (2001) ainda não foi estudado o custo-efectividade dos relatórios técnicos, apesar de já se terem verificado que os TR conseguem relatar os exames com um nível de precisão similar aos dos MR.

Resumindo, o desempenho do TR tem de ser monitorizado através de auditorias, para que se possa assegurar a qualidade da sua prática técnica, permitindo-se assim a implementação com sucesso das suas funções. Manning (2000) confirma esta posição, ao defender que a auditoria ao profissional deve ser realizada, também para determinar o impacto do desenvolvimento da função do TR, no diagnóstico das imagens.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Tendo por base os objectivos traçados para o trabalho, optou-se por recorrer a uma metodologia qualitativa. Apesar de ser mais comum encontrar-se a pesquisa qualitativa associada à investigação em ciências sociais, do que à investigação na área da saúde, existem inúmeros estudos que recorrem a esta metodologia, nomeadamente em estudos que visem as organizações dos serviços de saúde, as relações entre os actores que as compõe, as metodologias de trabalho e sistemas de avaliação dos actores, por exemplo.

No início, segundo Abrantes *et al.* (1989), os estudos qualitativos estavam conotados como sendo “pouco científicos”, começando a ganhar alguma popularidade quando a comunidade científica demonstrou que esta perspectiva limita muito a análise e a compreensão dos fenómenos.

O método qualitativo não procura na primeira instância fornecer respostas quantificáveis a perguntas de investigação. O seu objectivo é, para Pope e Mays (1995), o desenvolvimento de conceitos que possam ajudar no conhecimento de um fenómeno natural, em condições naturais (em vez de experimentais), dando a devida ênfase ao significado, experiências e pontos de vista de todos os participantes.

Os estudos qualitativos preocupam-se em responder a questões como “O que é X e como varia X em diferentes circunstâncias e porquê?” em vez de “Quantos X existem?”. Uma vez que, de um modo geral, a pesquisa qualitativa não procura enumerar, ela é vista como antagónica da pesquisa quantitativa. De facto, segundo Pope e Mays (1995), ambas as pesquisas são vistas pela generalidade como adversas.

Existem algumas diferenças entre o método qualitativo e o quantitativo nas ciências sociais, nomeadamente a metodologia a que recorrem, uma vez que a pesquisa qualitativa recorre à observação directa, à vivência dos espaços de estudo e à entrevista, e a quantitativa à experiência e ao questionário. Por outro lado, o método quantitativo objectiva a confiança com recurso a técnicas de “mensuração” ou “ferramentas do tipo hipotético-dedutivo”, como os questionários padronizados. O método qualitativo aposta na validade dos pressupostos da medida ⁶, tendo em consideração como as pessoas realmente se comportam e o que querem

⁶ Para Fortin (1996), a validade diz respeito à exactidão com que um conceito é medido, ou seja, corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida. Segundo Bell (1997), a validade diz-nos se um método mede ou descreve o que supostamente deve medir ou descrever.

realmente dizer quando descrevem as suas experiências, atitudes e comportamentos. Desta forma, o trabalho resultante do método qualitativo é considerado indutivo (parte da observação para a hipótese) em vez de dedutivo (teste de hipótese), ou seja, segundo Bryman (1993), confirma Pope e Mays (1995) e Carmo e Ferreira (1998) em vez de se iniciar o estudo com uma pergunta de investigação ou hipóteses, precedentes à colheita de dados, o investigador desenvolve conceitos e chega à compreensão de fenómenos a partir de padrões provenientes da recolha de dados. A análise da informação é assim realizada de forma “indutiva”.

De um modo geral, recorre-se à pesquisa qualitativa, quando se possui pouca informação sobre o tema que se pretende estudar, quando se deseja conhecer ou aprofundar um processo ou um problema, ou partes deste, sem que no entanto se tenha muitos dados de partida. Na verdade, o investigador, segundo Fortin (1999), não desempenha o papel de perito, uma vez que se vai criar uma nova relação entre o sujeito e o objecto em estudo, marcada pela inter subjectividade, no desenvolvimento do conhecimento. Os sujeitos são detentores de experiências e saberes em relação ao fenómeno em estudo. Esta autora clarifica que, numa investigação qualitativa, investiga-se o “com” e não o “para” as pessoas (sujeitos). Aliás, segundo Bogdan e Biklen (1994), citado por Carmo e Ferreira (1998, p.181), em investigação qualitativa, “a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados”.

Face ao exposto, é de relevar que o objecto de estudo não está assim totalmente “formatado” à partida, não contando o investigador com um quadro teórico ou um quadro de hipóteses por si estabelecido *à priori*. São aspectos que vão sendo construídos no decurso da investigação. Ou seja, não se trata de verificar hipóteses, mas de tentar construir um corpo de hipóteses, segundo Guerra (2006).

Como principais críticas a esta metodologia, alguns autores identificam a falta de representatividade, o pequeno tamanho da amostra e a generalização inadequada dos dados, assim como a falta de fidelidade e a pouca validade dos mesmos. Para contornar estas questões, procura-se efectuar a triangulação de fontes de informação e de procedimentos de recolha (confronto da observação directa, com outras técnicas e com o conteúdo das entrevistas individuais e colectivas), assim como a adopção duma constante vigilância epistemológica da adequação dos conceitos face aos dados empíricos. Foi o que se pretendeu adoptar neste estudo.

Em suma, relativamente ao tipo de investigação da pesquisa realizada, considera-se este estudo descritivo, mas simultaneamente exploratório e analítico, porque:

- o investigador pode recorrer a registos de observações, transcrições de entrevistas, gravações vídeo... respeitando a forma segundo a qual foram transcritos ou registados.

Este foi um dos procedimentos adoptados junto dos Técnicos de Radiologia. A descrição que se faz, resulta directamente dos dados que se recolhe, pelo que a descrição deve ser o mais rigorosa possível, considerando-se a investigação “descritiva” (Carmo e Ferreira, 1998);

- por ser exploratória, pretende-se identificar a percepção dos entrevistados acerca da *clinical governance* e como esta se pode espelhar através da prática dos RT, esperando-se assim contribuir para o conhecimento de uma realidade pouco ou nada conhecida;
- se pretende elaborar um modelo explicativo da realidade estudada, produzindo um quadro teórico, ou eventualmente propôr-se a introdução de conceitos ou teorias intermédias, assim como orientações metodológicas para futuros estudos, sendo por isso analítica.

Tendo em atenção os aspectos descritos, pode-se afirmar que a pesquisa realizada é qualitativa e apresenta-se, com um carácter mais exploratório, descritivo e indutivo.

3.2. UNIDADE DE ANÁLISE

Para a realização deste estudo a população considerada são os profissionais que, de um modo directo ou indirecto, estejam ligados à Radiologia.

No seio destes profissionais, para a escolha da amostra de entrevistados, o investigador não procurou obter uma representatividade estatística, mas sim, de acordo com Guerra (2006) um conjunto de personalidades “socialmente significativas”, que permitissem a diversidade de opiniões e expectativas. Assim sendo, os elementos a entrevistar foram seleccionados por conveniência e segundo um conjunto de critérios de inclusão.

Como factor de inclusão para pertencer à amostra, os elementos, de um modo ou de outro, têm de estar ligados à Radiologia, o que torna, neste parâmetro, o grupo homogéneo. Assim, no contexto social da Radiologia, estes actores deverão ser capazes de fornecer informações significativas para a discussão.

Se o entrevistado for TR em exercício, então, outro factor de inclusão, passa por este trabalhar ou já ter trabalhado num Departamento de Urgência, pelos menos durante três anos.

Relativamente à escolha das individualidades a entrevistar, o investigador optou por entrevistar seis TR, um MR, um representante de um sindicato profissional e um representante de uma associação profissional. Por outras palavras, **a amostra de entrevistados do presente estudo é assim composta por 9 indivíduos.**

A escolha para a selecção dos TR, para além dos critérios de inclusão, prendeu-se também com a disponibilidade que os mesmos demonstravam para participarem neste trabalho.

Dado que, a temática do trabalho pode eventualmente ser considerada controversa, na medida em que, sob determinada perspectiva, a introdução dos RT pode ser encarada como uma usurpação de funções por parte do TR ao MR, visto a sua prática ficar na fronteira entre as competências e os saberes dos MR, o investigador considerou ser oportuno incluir a presença de um MR, de modo a obter um ponto de vista diferenciado e assim uma representação deste profissional no conjunto de pessoas a entrevistar. O investigador escolheu o MR em questão, por se tratar de um profissional com largos anos de experiência na Radiologia, e outros tantos em regime de urgência.

A escolha para entrevistar o membro sindicalista, prendeu-se com o facto de se tratar de um profissional com conhecimentos na área da legislação e em temáticas específicas como a carreira profissional e o desenvolvimento da profissão em si. O sindicato escolhido foi o que mais acções tem levado a cabo na defesa e desenvolvimento dos TR. No caso específico, o investigador optou por convidar o vice-presidente do sindicato em questão, por este se ter sempre mostrado disponível, aquando o investigador, junto do sindicato, procurou melhorar a sua colheita de dados. A acrescentar às características deste entrevistado, está o facto de esta individualidade ser, pela sua formação de base, Técnico de Farmácia e por isso ser TDT, o que poderá de certo modo, ajudar o entrevistado a responder às eventuais questões colocadas sobre o profissional TR, também ele um TDT.

Quanto ao membro de uma associação profissional, o investigador escolheu um profissional com largos anos de experiência na Radiologia e em várias vertentes. Para além de já ter exercido a profissão de Técnico de Radiologia, é na actualidade o Presidente da maior associação nacional de profissionais de TR e paralelamente é também Professor Coordenador do Curso Superior de Radiologia, numa Escola Superior pública, onde também exerce o cargo de Presidente do Conselho Científico.

Por trabalharem diariamente com os TR, cada um na sua vertente, os entrevistados seleccionados têm uma boa percepção deste grupo de profissionais, conhecem a sua realidade e deste modo podem contribuir para um melhor aprofundamento da temática em questão neste trabalho.

3.3. TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Numa primeira fase, iniciou-se a recolha de informação através de uma pesquisa bibliográfica, levada a cabo através da consulta de livros, artigos, legislação, periódicos, etc, que contivessem informação sobre a temática em estudo. Esta pesquisa foi realizada com o objectivo de recolher e situar posições, ideias, teorias, etc, de autores credíveis, de modo a enquadrar toda a temática sobre a temática da relação entre os TR e os RT.

Posteriormente, recorreu-se à entrevista como instrumento para recolha de dados. Optou-se pela realização de entrevistas individuais e da realização de uma entrevista de grupo, também designada por *focus group* (FG), que se passam a descrever.

3.3.1. AS ENTREVISTAS

No seu sentido mais básico, uma entrevista não é mais do que o encontro marcado entre duas pessoas, com o objectivo de uma obter informações (colher dados) por parte da outra, acerca de determinado assunto pré-estabelecido, mantendo para tal uma conversação profissional, mais ou menos informal acerca desse mesmo assunto. Requer obrigatoriamente uma atitude de escuta por parte do entrevistador e receptividade da mensagem dada pelo entrevistado.

A entrevista consiste assim numa interacção verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente e em igualdade de relação de modo a partilharem um saber experienciado, visando uma melhor compreensão de determinado fenómeno de mútuo interesse, segundo Savoie-Zajc (2003).

Selltiz (1965:286-295) citado por Marconi e Lakatos (2002) enumera alguns objectivos relativamente ao conteúdo da entrevista, nomeadamente: a averiguação dos “factos”, a determinação das opiniões sobre esses mesmos “factos”; a descoberta de planos de acção (através das definições dadas determinar a conduta adequada em determinadas situações) e a conduta actual ou do passado (de modo a determinar a conduta que a pessoa terá, em determinada situação, na eventualidade, tendo como base o seu comportamento actual e passado).

Como qualquer técnica de colheita de dados, a entrevista apresenta as suas vantagens e desvantagens., enumeradas por Marconi e Lakatos (2002) e por Quivy e Campenhoudt (1998).

As vantagens passam por existir uma maior profundidade na informação recolhida; existir uma maior flexibilidade na recolha de informação, pois o investigador respeitando os

quadros de referência (linguagem e categorias mentais) pode reformular as questões colocadas, especificar determinados termos ou repetir questões de modo a garantir a compreensão por parte do entrevistado; há a possibilidade de recolha de informação nova, que não se encontra em fontes documentais; a informação recolhida é mais precisa, uma vez que pode ser confirmada de imediato, confirmando-se se necessário as discordâncias e, para além da informação oral (verbal) o investigador tem a possibilidade de avaliar as atitudes e os comportamentos do entrevistado.

Quanto às desvantagens e limitações, elas passam: pela dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes; pela incompreensão, por parte do entrevistador, do significado das perguntas de pesquisa, que pode levar a uma falsa interpretação; pela disposição do entrevistado em dar as informações necessárias; pela retenção de alguns dados importantes, receando que a sua identidade seja relevada; porque ocupa muito tempo e é difícil de ser realizada. Por outro lado, a flexibilidade do método pode permitir pouco controlo sobre a colheita dos dados, podendo também transmitir a ideia de que o investigador tem autonomia para conversar a seu belo prazer como os entrevistados. A flexibilidade pode também melindrar alguns investigadores, habituados a grande rigor a nível de directivas técnicas precisas. Acresce ainda o facto de que os métodos de recolha e análise da informação, devem ser concebidos conjuntamente, visto não existir um modo de análise particular para os mesmos. Finalmente o investigador pode não ser capaz de manter uma total neutralidade ao longo da investigação.

As entrevistas podem ser de classificadas de vários tipos, consoante a intenção do entrevistador, ou seja, se este é mais ou menos participativo, se o formato da entrevista é mais ou menos rígido, o número de pessoas a entrevistar...

Tendo em consideração a temática em estudo e dada a heterogeneidade profissional entre os grupos e possíveis participantes, o investigador optou por realizar dois tipos de entrevistas: a entrevista individual ou semi-dirigida e a entrevista de grupo, numa perspectiva mais exploratória, por considerar que estas técnicas seriam as mais adequadas, tendo em consideração as características dos entrevistados, e assim obter dados mais concretos e fiáveis.

Por motivos de gestão de tempo, comodidade (para o investigador e entrevistados), cooperativismo e solidariedade profissional, o investigador optou por realizar uma entrevista conjunta com os Técnicos de Radiologia, tendo sempre presente todas as vantagens e desvantagens inerentes a esta técnica.

Relativamente aos restantes entrevistados, optou pela realização de entrevistas individuais por considerar que obteria mais informação se esta fosse efectivamente individual,

podendo deste modo o entrevistado expressar-se abertamente e sem receio de ser censurado pelos pares.

Os participantes foram conscientemente seleccionados pelo investigador e convidados a fazer parte do estudo, por neles ter visto a existência de um saber específico e a possibilidade de através deles compreender melhor a problemática em estudo.

3.3.1.1. O *FOCUS GROUP*

O FG é uma técnica de recolha de informação, impulsionadora pela sua metodologia diferenciada, na medida em que dá liberdade aos entrevistados para expressarem as suas opiniões sobre as temáticas em debate, lançadas a discussão pelo entrevistador.

Para uma melhor compreensão desta técnica, procede-se à sua caracterização e enunciação das etapas para a sua realização, bem como os seus pontos fortes e pontos fracos, de modo a que possa compreender a razão da escolha desta técnica para a realização deste trabalho.

3.3.1.1.1. *PRINCIPAIS ASPECTOS HISTÓRICOS E CARACTERIZAÇÃO*

Focus Group é a designação dada a um grupo de discussão, ou a uma entrevista colectiva.

Na actualidade, e de um modo generalista, para Fontana e Frey (2000), todas as entrevistas de grupo são designadas como FG, apesar da existência de variações consideráveis na natureza e tipo de entrevistas de grupo.

Na pesquisa sociológica, segundo Fontana e Frey (2000), a entrevista de grupo já demonstrou ser uma ferramenta de trabalho utilizada por vários investigadores, ao longo do tempo. De um modo geral, podemos consultar trabalhos de Bogardus (1926) que recorreu à técnica para testar a escala de distância social, de Zuckerman (1972) que entrevistou Nobel Caureates, Thompson e Demerath (1952) que estudaram a gestão de problemas na área militar, Morgan e Spanish (1984) investigaram na área da saúde e Mentos e seus associados estudaram o impacto da propaganda recorrendo às entrevistas de grupos. Em 1956, Menton, Fiske e Kendall, introduziram o termo FG para aplicar a uma situação na qual o investigador coloca questões muito específicas, acerca de um determinado assunto, após a realização de uma pesquisa completa.

Dependendo do seu objectivo, as entrevistas de grupo podem ser mais ou menos estruturadas ou mais ou menos direccionadas pelo entrevistador. Por esta razão as entrevistas de grupo podem divergir e deste modo originarem novas formas de entrevista mais específicas como o Brainstorming, Delphi ou FG.

Segundo Madriz (2000) e Giovinazzo (2001), confirma Gomes e Galego (2005), no ano de 1941, Robert King Merton introduziu o método das entrevistas de grupo, nomeadamente o “*focus group*”, nas ciências sociais.

Merton não estava satisfeito com as respostas obtidas a partir de perguntas fechadas, pois achava que se tornavam incompletas, visto nem sempre fornecerem a resposta mais exacta, uma vez que o respondente estava limitado nas suas opções, que por descuido se poderiam enganar na resposta ou ser omissos... Por esta razão, desenvolveu, segundo Saumure (2001), citado por Gomes e Galego (2005) um sistema que consistia em pedir a uma audiência de pessoas que descrevessem as suas respostas com o intuito de estas poderem vir a conduzir as novas linhas de reflexão. Posteriormente com Paul Lazarsfeld’s, aplica o primeiro FG a uma audiência de programas de rádio. Mais tarde, aplicou o estudo aos “media”, treino de militares americanos, programas de marketing...

Segundo Madriz (2000), em 1998, Morgan esquematizou em três fases o desenvolvimento do FG, onde a primeira fase decorreu durante os anos de 1920, quando os cientistas sociais recorriam a esta técnica por várias razões, sendo a principal o desenvolvimento de questionários. Na segunda fase, situada entre o período da 2ª Guerra Mundial e os anos de 1970, o FG continuava a ser utilizado principalmente por pesquisadores de mercado com o objectivo de identificarem as necessidades e vontades da população. Finalmente a terceira fase corresponde aos anos de 1980 até à actualidade onde o FG é utilizado por vários profissionais quando estes investigam sobre assuntos como o lidar com a morte, comportamento sexual e outros variados assuntos sociais o que faz com que o FG comece a ser encarado como uma técnica de extrema importância na análise qualitativa.

Esta técnica tem sido muito utilizada na actualidade por partidos políticos e candidatos na área da política, visto existir interesse em compreender a reacção dos cidadãos (votantes) a determinado assunto ou político. Na área do marketing o principal objectivo da utilização desta técnica é o de conhecer a opinião do consumidor sobre determinado produto.

O FG apresenta segundo Saumure (2001), citado em Gomes e Galego (2005), quatro áreas distintas de actuação, nomeadamente pesquisas de mercado, investigação científica, investigação *nonprofit* e a investigação acção/participante.

O FG é definido por Morgan (1996, p.130) como “uma técnica de pesquisa que recolhe dados através da interacção sobre um assunto determinado pelo investigador”.

Krueger e Casey (2000), confirma Larson *et al.* (2004, p. ?) definem-no como

Uma série de discussões cuidadosamente planeadas e desenhadas para obter percepções de determinada área de interesse, num ambiente permissivo mas não ameaçador.

Para Geoffrion (2003, p.319), o FG é:

Uma técnica de entrevista que reúne 6 a 12 participantes e um animador no quadro de uma discussão estruturada sobre um assunto particular.

Claramente nos apercebemos que o FG está vocacionado para a colheita de dados e que esses dados são gerados pela interacção entre os participantes. Deste modo, o objectivo principal desta técnica é o de observar a interacção que se gera no seio do grupo, visto que os intervenientes se vão influenciando mutuamente no decorrer na discussão, sob influência dos comentários e questões colocadas pelo moderador. O moderador consegue obter dados sobre o modo de como os intervenientes pensam, sentem ou agem sobre o assunto em discussão. Posteriormente o moderador transcreve os dados fundamentais extraídos da discussão, comenta-os e reflecte sobre eles.

Visto o FG ter natureza qualitativa, tem por finalidade procurar o sentido e a compreensão dos complexos fenómenos sociais, recorrendo o investigador a uma estratégia indutiva, sendo o resultado amplamente descritivo, segundo Gomes e Galego (2005).

O objectivo do FG é, para Giovinazzo (2001), obter o entendimento dos participantes sobre o tópico de interesse da pesquisa, não sendo muito relevante se é utilizado sozinho ou em associação com outros métodos. Pode também ser considerado como um método de pesquisa com conteúdo próprio.

Segundo Krueger (1994), confirma Giovinazzo (2001), as características gerais do FG são: o envolvimento dos intervenientes, as reunião em série, a homogeneidade dos participantes quanto aos aspectos de interesse da pesquisa, a discussão focada num tópico que é determinado pelo propósito da pesquisa, a geração de dados e a sua natureza qualitativa.

Para Parasuraman (1986), citado por Giovinazzo (2001), uma entrevista FG envolve uma discussão objectiva, conduzida ou moderada, que introduz determinado assunto a um grupo de entrevistados e direcciona a sua discussão sobre esse assunto, de um modo não-estruturado e natural.

Recorre-se ao FG quando se pretende orientar e dar um referencial à investigação em novos campos, gerar hipóteses baseadas na percepção dos entrevistados, avaliar diferentes situações de pesquisa, gerar informações adicionais a um estudo em larga escala... (Giovinazzo, 2001), por outro lado, dadas as particularidades do FG, só se deve recorrer a esta técnica quando os elementos que o compõe se sentem à vontade e desinibidos para falar sobre a temática em questão e quando a presença dos elementos é tolerável entre si, sentindo-se todos os participantes confortáveis dentro do grupo. Não deve ser verificada nenhum tipo de hostilidade entre os participantes para que o FG se concretize. Segundo Krueger e Casey (2000), confirma Grundens-Schuck *et al.* (2004), esta técnica é considerada como naturalista, visto que é dada permitido aos participantes expressarem o que quiserem. Opinião contrária tem Kitzinger (1995), que defende que seria ingénuo considerar que os dados recolhidos são por definição “naturais” se partirmos do princípio que as interações entre o grupo ocorreriam sem que este se reunisse com o propósito do FG.

De um modo geral, os investigadores têm vindo a associar os métodos qualitativos e o quantitativos, visto que desta associação surgem novas vantagens. Deste modo, segundo Morgan (1988), Krueger (1994) e Greenbaum (1993) citado por Giovinazzo (2001) e Morgan (1996) o FG pode:

- preceder um método quantitativo (permitindo ao investigador fazer inferências bem focadas sobre determinada população);
- ser utilizado ao mesmo tempo que os métodos quantitativos (verifica-se assim uma triangulação, visto que se recorre ao uso de dois ou mais métodos diferentes mas com o objectivo de se complementarem);
- suceder um método quantitativo (permitindo explorar ou esclarecer determinadas questões que tenham eventualmente emergido na análise dos resultados no método quantitativo).

Para Morgan (1997), confirma Gomes e Galego (2005), a flexibilidade que o FG possui em se conjugar com outras técnicas, permite que seja utilizado como técnica de recolha primária de dados, ou num contexto em que se torna necessária maior profundidade.

O FG distingue-se de outros métodos porque o seu principal objectivo é mais do que fazer somente investigação, uma vez que poderá haver espaço para a tomada de decisões, alterações do comportamento, educação... como consequência da sua aplicação. Por outro lado, o FG para além da participação de vários elementos, seleccionados tendo em consideração determinadas características que partilham, permite também que esses elementos interajam num

ambiente e processo controlados e o recurso a um processo estruturado para a colheita e interpretação de dados. Por último, o facto de existir um moderador/investigador inserido na discussão é também um factor que faz distanciar o FG das restantes metodologias (Morgan, 1996 e Larson *et al.*, 2004).

O FG difere de outras técnicas porque, se torna social e não individual, é flexível e não padronizado, é homogéneo e não diversifica e rege-se pelas palavras e não pelos números. (Grunders-Schuck *et al.*, 2004) Não é objectivo do FG, tentar persuadir ou fazer coação sobre a opinião dos participantes, ou de tentar direccionar a sua opinião em determinada situação.

O FG pode ser utilizado como uma técnica de pesquisa exploratória para o levantamento de dados preliminares sobre determinado tema de pesquisa.

Para determinar se o FG é efectivamente o método a aplicar na investigação, devem dar-se respostas a duas questões: “Com que objectivo se está a recolher a informação e como essa informação vai ser utilizada?” e “Que recursos e capacidades estão disponíveis para o processo de recolha de informação?” Segundo Lutenbacher, Cooper e Faccia (2002) o FG cria informação sobre as atitudes e valores dos participantes, que pode ser utilizada para a identificar soluções para problemas novos ou antigos. O facto de existir um moderador, com todas as características que lhe estão inerentes, por si só responde à segunda questão, para Larson *et al.* (2004).

Tendo em consideração todos os factores anteriormente expostos, entendeu-se oportuno a aplicação do FG ao presente estudo, uma vez que através da interacção entre os vários Técnicos de Radiologia, poderão surgir ideias oportunas para o enriquecimento do presente trabalho, e advir, através da interacção entre os participantes, novas perspectivas.

3.3.1.1.2. ETAPAS PARA A SUA REALIZAÇÃO

São três as etapas ou fases que normalmente constituem o FG, nomeadamente a fase de planeamento, que por muitos é considerada como a etapa mais critica para o sucesso do FG, a fase da entrevista em si e por último a fase da análise e interpretação dos resultados que irá permitir chegar às conclusões do estudo.

De um modo sucinto, vamos analisar cada uma das fases previamente identificadas, tendo como principais referencias Giovinazzo (2001) e McNamara (1997).

A. Planeamento

Nesta fase inicial e por uma questão de organização e orientação do investigador, este deve elaborar um guia onde constem os assuntos ou temas específicos que gostaria de ver abordados, assim como os potenciais participantes na discussão e a identificação de algumas das suas características.

O investigador pode também obter pela elaboração de um plano cronológico onde deverá incluir todas as fases de elaboração do FG.

Relativamente à quantidade e tamanho dos grupos, o investigador deve ter presente que o tamanho do grupo deve situar-se entre os 8 e os 12 elementos. Se o número de participantes for superior a 12 então é aconselhável que o investigador divida o grupo. Segundo Mattar (1993), confirma Giovinazzo (2001), e Geoffrin (2003) estudos demonstram que grupos acima de 12 pessoas inibem e reduzem as possibilidades de participação de todos. Por outro lado, quanto maior for a dimensão que o grupo apresenta, maior tenderá a ser o envolvimento do moderador ou do investigador, por forma a manter a disciplina e controlo da discussão, evitar conversas paralelas... o que obriga a uma maior experiência e domínio da técnica por parte do investigador/moderador. Por outro lado, se o grupo for pequeno (com menos de 8 elementos) corre-se o risco de haver uma menor participação por parte de alguns elementos e o domínio por parte de outros. Apesar do investigador conseguir recolher a opinião dos elementos com mais precisão e detalhe, incorre no risco da sua colheita de dados não ser tão vasta e rica.

A quantidade de grupo varia com o estudo a realizar, mas para Geoffrin (2003), o equilíbrio entre os factores apresentados situa-se num grupo composto por 7 a 9 participantes.

No que concerne aos participantes, Morgan (1988), citado por Giovinazzo (2001) aconselha o investigador a concentrar-se nos segmentos da população capazes de fornecer informações mais significativas.

De acordo com Geoffrin (2003), os participantes devem ser escolhidos de entre uma população o mais vasta possível, para que se possa assegurar uma maior diversidade de opiniões e experiências, tendo o cuidado de manter alguma homogeneidade no seio do grupo escolhido.

Se por um lado, existem autores que defendem ser mais fácil trabalhar com estranhos, pois deste modo como as pessoas não se conhecem mais se concentram na entrevista e não desenvolvem outro tipo de conversação mais íntima e pessoal, outros autores defendem que se deve trabalhar com pessoas conhecidas para que os intervenientes se sintam mais confortáveis e com maior desinibição para participarem.

Assim, o investigador deve optar por participantes de grupos homogéneos relativamente a dada característica (coincidente com o objectivo da investigação), e deve estruturá-los tendo em conta determinados parâmetros nomeadamente idade, sexo, categoria profissional... O investigador deve procurar o equilíbrio e a uniformidade e homogeneidade do grupo.

Os elementos escolhidos devem à partida, ser detentores de experiências e de conhecimentos relacionados com a temática em questão, e apresentar capacidades intelectuais que permitam a compreensão das questões colocadas de modo a poderem intervirem na discussão.

Para Guerra (2006), no decorrer de todo o processo, o investigador deve procurar respeitar sempre os princípios de ordem ética. Por esta razão deve manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes, deve informá-los correctamente dos objectivos do estudo deve ser neutro quanto a juízos de valor e sempre que possível deve retornar aos participantes os resultados obtidos com o estudo.

O moderador tem o papel de agente facilitador dentro do grupo, uma vez que está a sua cargo a apresentação dos elementos do grupo e a explicação sobre os principais objectivos da entrevista.

No desenrolar da entrevista, o investigador deve decidir qual o grau de envolvimento do moderador. Deve por isso ter em consideração que, quando os objectivos do estudo enfatizam a pesquisa exploratória e incluem a análise de conteúdo o envolvimento do moderador deve ser baixo (Giovinazzo, 2001 e Guerra, 2006). Com o baixo envolvimento do moderador, as opiniões dos participantes são mais fáceis de serem tratadas, considerando-se que as intervenções do moderador produzem um viés baixo. Por outro lado, se o moderador pouco intervêm na discussão, esta poderá revelar-se desorganizada, tornando-se mais difícil a análise do seu posterior conteúdo.

O alto envolvimento do moderador poderá ser benéfico pois deste modo, o moderador consegue assegurar que todos os tópicos importantes serão abordados, por outro lado, o aumento da sua participação no decorrer da entrevista faz aumentar o viés na futura análise de conteúdo.

O investigador necessita de esquematizar muito bem o conteúdo da entrevista. Os tópicos para discussão devem ser cuidadosamente seleccionados e devem ser estruturados de modo sequencial, pois o objectivo é o de que a entrevista consiga abranger de um modo geral, o assunto em estudo.

O investigador pode elaborar um guião de orientação para a condução da entrevista. No guião devem apenas ser mencionados aspectos ou questões formadas apenas por palavras ou

frases curtas que lembrem o moderador do tópico de interesse. (Giovinazzo, 2001) O guião não deverá ser encarado como algo rígido, de seguimento obrigatório, pois a entrevista deve decorrer dentro da maior naturalidade possível. Este guião irá posteriormente ajudar o investigador na fase da análise de conteúdo, uma vez que o investigador irá ser capaz de estruturar as respostas dadas.

De modo a facilitar a sessão, o FG deve iniciar-se com a apresentação do moderador/investigador e do seu colaborante, se existir. Posteriormente o moderador deverá fazer uma breve apresentação dos tópicos que vão estar em discussão. O moderador deve aproveitar esta fase para estipular algumas regras básicas que devem ser respeitadas, nomeadamente o respeito pela palavra do outro, evitando-se assim a sobreposição de discursos ou a interrupção dos mesmos, o inconveniente de se criarem conversas paralelas...

Deve ser dado a conhecer ao grupo sobre a intenção de se gravar ou filmar a discussão.

Nesta fase o moderador deve encorajar os participantes a realizarem uma breve auto-apresentação o que permitirá também a descontração entre os participantes.

Rapidamente nos apercebemos que a qualidade das questões apresentadas pelo moderador, influenciará a qualidade das respostas dadas, o que transforma as perguntas na essência da entrevista.

As questões colocadas devem deste modo possuir simplicidade para que possam ser facilmente compreendidas pelos entrevistados, e abertas, convidando o entrevistado a responder livremente, incitando inclusivamente os outros entrevistados a intervir também.

Para Paton (1987), confirma Britten (1995), as questões colocadas no FG podem ser baseadas no comportamento ou na experiência dos entrevistados, nas suas opiniões e valores sentimentais, nos seus conhecimentos e experiências sensoriais. Outras podem questionar os seus dados demográficos. O investigador deve ter a preocupação de iniciar o estudo colocando questões de resposta fácil para que o entrevistado se vá descontraindo, e posteriormente passar para questões mais difíceis ou de carácter mais sensível.

Assim, Geoffrion (2003) estrutura o FG em três tempos: a fase de introdução, a fase da discussão e a fase da conclusão.

De um modo geral opta-se pelo estabelecimento de cerca de 12 questões, que podem abranger o mesmo ou diferentes pontos do tema da investigação. As questões a serem colocadas podem, segundo Krueger (1994), citado em Giovinazzo (2001), ser classificadas nas seguintes categorias:

- questões abertas – devem ser as questões a iniciar a entrevista, para que a partir de uma resposta rápida seja possível identificar as características que os participantes têm em comum;

- questões introdutórias – introduzem o tópico geral em discussão;
- questões de transição – orientam a conversação para as questões-chave do estudo;
- questões-chave – direccionam o estudo. Normalmente variam entre duas a cinco questões, que pela sua importância requerem maior atenção e análise;
- questões finais – fecham a discussão, permitindo fazer um resumo do que foi dito, identificando os aspectos mais importantes;
- questões-resumo – questão que servirá para os participantes concordarem ou não com o resumo que o moderador deverá fazer previamente (com duração de dois ou três minutos) das questões-chave e principais ideias que emergiram da discussão;
- questão final – questão padronizada que se segue à questão-resumo e que finaliza o FG, o tipo “Esquecemo-nos de referencial algo?” e “Que conselhos gostariam de fornecer?”.

No final da entrevista, o moderador deve lembrar os participantes que todos irão receber uma cópia do relatório gerado a partir das suas respostas⁷ e deve cordialmente agradecer a sua presença e dar por encerrada a entrevista.

Segundo Parasuraman (1986), confirma Giovinazzo (2001) e Geoffrion (2003), a restrição mais evidente ao conteúdo da entrevista é a sua duração, que deverá ser entre uma a duas horas. Preferencialmente, a entrevista deverá ser planeada para uma hora e trinta, mas deverá dizer-se aos participantes que esta durará duas horas.

Relativamente aos pormenores para a realização da entrevista, o investigador deve pensar cuidadosamente no local onde a entrevista irá ocorrer. Deste modo, deverá optar por um local propício à descontração, mas que não seja dado a muitas distrações e que de certo modo encoraje a participação das pessoas envolvidas.

Para Geoffrion (2003), a decoração da sala deve ser sóbria, sem que estejam presentes elementos que propiciem a distração dos entrevistados.

O local deve permitir uma boa disposição dos participantes, nomeadamente em redor de uma mesa com formato em U ou em círculo, por forma a que todos os participantes se vejam e vejam o moderador, que poderá ficar na cabeceira. Segundo Geoffrion (2003) numa mesa redonda, os entrevistados estão todos ao mesmo nível e a sua disposição favorece uma certa protecção psicológica. Os participantes devem estar devidamente identificados. Apenas os participantes e o moderador/investigador devem permanecer na sala.

⁷ Deste modo assegura o respeito pelos princípios de ordem ética.

Para fazer um adequado registo de toda a discussão, o investigador poderá optar pela gravação ou filmagem. Segundo Krueger (1994), Morgan (1988) e Greenbaum (1993), confirma Giovinazzo (2001), a gravação pode ser considerada a principal forma para a obtenção dos dados, por isso torna-se fundamental assegurar a sua qualidade. A utilização de vídeo apresenta pós e contras mas o principal objectivo é o de identificar quem fala e para quem fala.

B. Condução da Entrevista

Segundo Morgan (1988), citado por Giovinazzo (2001), dependendo do envolvimento do moderador, assim se deverá processar a entrevista, deste modo, se o moderador optar por ter um baixo envolvimento, então deverá colocar a primeira questão e permitir que se siga uma discussão não estruturada até que introdução o segundo tópico e assim sucessivamente. Se por outro lado o moderador pretende optar por um alto envolvimento, então o guia da entrevista irá desempenhar um papel primordial. O moderador inicia também pela colocação do primeiro tópico.

O principal papel para uma efectiva condução da entrevista está patente no desempenho do moderador que deverá encorajar a participação de todos e dirigir a entrevista tendo sempre em consideração o tema principal em discussão. Por este motivo o moderador deverá ter experiência anterior na condução deste tipo de entrevista, e ser portador de determinadas características ou habilidades, que segundo Aaker (2001), descrito em Giovinazzo (2001), passam por: capacidade de criar empatia rapidamente, flexibilidade, capacidade de perceber quando um tópico já está ultrapassado ou se está a tornar ameaçador e capacidade de controlar as influências no grupo.

A entrevista pode também ser classificada tendo em conta o seu grau de estrutura. Na opinião de Morgan (1992a), confirma Morgan (1996), uma entrevista ao ser mais estruturada, pode sê-lo tendo em consideração as questões que são colocadas, de modo a que o moderador possa controlar qual o tópico em discussão, assim como no que respeita à gestão da dinâmica do grupo, de modo a que o moderador controle o modo de interacção dos participantes. Assim sendo, numa entrevista “mais estruturada” o moderador exerce um alto grau de controlo na entrevista, impondo o interesse do investigador à medida que segue o guia de discussão. Durante a duração da entrevista, o moderador tem de gerir o tempo de modo a que os participantes falem o mais possível sobre a temática.

Pelo contrário, numa entrevista “menos estruturada”, o grupo pode seguir os seus próprios interesses apesar do moderador colocar questões, conversando mais ou menos, conforme lhes apeteça.

O factor-chave que torna um grupo mais ou menos estruturado assenta tão simplesmente no número de questões a serem colocadas pelo moderador.

C. Análise e discussão dos dados

Após a realização da entrevista, o investigador deve transcrever o que foi dito pelos participantes e posteriormente fazer a sua análise.

A transcrição da entrevista tem como vantagem a economia de tempo ao investigador, evitando assim a escuta repetida da entrevista.

Segundo Giovinazzo (2001), na análise deve ter-se em consideração as palavras e os seus significados, o contexto em que foram colocadas as questões e as ideias, a consistência interna, a frequência e a extensão dos comentários, a especificidade das respostas e a importância de identificar as ideias-chave.

Nesta fase, o investigador/moderador, deverão fazer também uma descodificação sobre expressões faciais, gestos, alterações de tons de voz, etc, por parte dos participantes.

Feita a análise, o investigador deverá redigir um relatório, onde deve constar um conjunto de citações ilustrativas dos tópicos em discussão, bem como o resumo das discussões. Segundo Aaker (2001), confirma Giovinazzo (2001), um relatório eficiente deve capturar toda a gama de observações e impressões de cada tópico e deve interpretá-las à luz das possíveis hipóteses a serem testadas posteriormente. A análise de um comentário, não é apenas a sua transcrição mas a sua interpretação, dentro do contexto em que foi dito, para que as suas implicações fiquem mais evidentes.

De um modo geral, não é muito correcto apresentar percentagens no relatório de um FG. Por outro lado, é importante tentar distanciar as opiniões individuais expressas das opiniões do grupo. Deste modo, o relatório é fiel aos dados recolhidos se forem incluídas alguns excertos de citações que ilustrem a conversação entre os participantes, segundo Kitzinger (1995)

3.3.1.1.3 VANTAGENS E DESVANTAGENS / PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS

Mattar (1993), confirma Giovinazzo (2001), considera que as principais vantagens do FG relativamente a outros métodos de pesquisa, passa pelo sinergismo, visto que o resultado obtido com a participação simultânea de todos os entrevistados é mais rico do que se todos fossem entrevistados individualmente; pela interacção entre os elementos que enriquece os resultados; estimulação; espontaneidade e naturalidade nas colocações; flexibilidade para o moderador dirigir a discussão para um novo tópico interessante que tenha surgido e que não

havia sido previsto; profundidade; amplo leque de dados possíveis de se obter e pela rapidez na colheita dos dados.

Como vantagens temos ainda a possibilidade de se recolherem dados em quantidade e qualidade, a possibilidade de se entrevistarem vários elementos ao mesmo tempo e presenciar simultaneamente o seu comportamento e reacções, bem como o entusiasmo gerado em volta da temática em debate. O facto dos participantes verem no FG a oportunidade de participarem na discussão pode ser encarado como a possibilidade de dar voz aos oprimidos, que estão desejosos em ser ouvidos. Por esta razão, o FG tornou-se uma técnica importantíssima, pois permite aos investigadores ouvirem as múltiplas vozes dos outros, segundo Madriz (2000). Por outro lado, o FG não se apresenta como um método discriminante de pessoas que não saibam ler ou escrever, uma vez que o que está em causa é o que falam ou exprimem, daí que a discussão no FG é mais do que a soma de entrevista individuais.

Geoffrion (2003) complementa ainda as vantagens do FG, ao realçar que o moderador ao longo da entrevista, pode ir verificando se os entrevistados apresentam uma compreensão comum das questões que lhes vão sendo colocadas, podendo ir reformulando as questões quando tal não acontece. Por outro lado, e dado que as questões que são colocadas são abertas, os entrevistados têm autonomia para livremente formularem as suas respostas. Pelo facto de estarem em grupo fica favorecido no seio do mesmo, um sentimento de segurança entre os entrevistados, o que favorece a participação dos mesmos.

Para Morgan (1996), um dos pontos fortes do FG, reside na habilidade do investigador em questionar os participantes para que façam comparações entre as suas experiências e pontos de vista, em vez agregarem dados individuais, de modo a especular acerca do porquê e quanto os participantes diferem nos seus pontos de vista.

Dada a liberdade de resposta dos entrevistados, a riqueza dos dados recolhidos fica favorecida, visto ser favorecida a liberdade de expressão dos mesmos, segundo Geoffrion (2003), ficando por isso facilitada a compreensão do comportamento e das atitudes dos entrevistados.

De um modo muito sintetizado, podemos dizer que as principais vantagens do FG são a rapidez com que se conseguem recolher os dados e a flexibilidade como se pode construir o formato da entrevista e fazer a abordagem às temáticas, a riqueza dos dados recolhidos e por outro lado, o facto desta técnica poder ser conciliada com outras e finalmente o baixo custo que envolve.

Para Krurger (1994) e Morgan (1988) as principais desvantagens prendem-se com o facto do investigador ter menor controlo sobre os dados que são gerados (no caso de existir um

grupo de questões predefinidas ou uma forte necessidade de fazer comparação entre as entrevistas) e não ser possível saber se a interacção em grupo efectivamente reflecte ou não o comportamento individual, visto que o comportamento individual pode sofrer alteração quando inserido num grupo. Por outro lado, os dados tornam-se mais difíceis de analisar, visto que os dados recolhidos devem ser interpretados dentro do contexto e do ambiente social em que decorreu a interacção do grupo. O ambiente não é deste modo natural, devendo o investigador ter a preocupação de conduzir a entrevista num ambiente que propicie o diálogo. Assim sendo, o entrevistador deve ter algum treino neste tipo de entrevistas.

O facto de, por vezes, ser difícil reunir o grupo pode também ser considerado como uma desvantagem. Pode também considerar-se que a quantidade de dados obtidos por pessoa é inferior usando esta técnica, do que se a pessoa fosse entrevistada individualmente. Mattar (1993), confirma Giovinazzo (2001), acrescenta ainda como desvantagem a impossibilidade de utilização dos dados obtidos de uma forma conclusiva.

Geoffrion (2003, p.322) complementa afirmando que “os participantes não são estatisticamente representativos do conjunto da população estudada e o investigador não pode extrapolar os resultados para esta população”, sendo assim um risco se o investigador tirasse conclusões, tendo como base a opinião de entrevistados não representativos da maioria dos participantes. Este autor esclarece que o FG, em regra, não é submetido aos princípios de amostragem aleatória e de recrutamento dos entrevistados que caracterizam a investigação quantitativa.

Ainda segundo o mesmo autor, aquando da realização do FG, o investigador pode influenciar inconscientemente o rumo da conversação se der mais ênfase às opiniões emitidas pelos entrevistados que mais se aproximem das suas. Do mesmo modo, o investigador pode deturpar as conclusões, se minimizar opiniões emitidas que mais se afastam do seu ponto de vista.

O processo de produzir interacções focalizadas, o levantamento de assuntos acerca do desempenho do moderador na produção de dados e o impacto do próprio grupo nos dados podem ser considerados como factores de desvantagens ou também como vantagens, para Morgan (1996).

Resumindo, apesar da existência de algumas desvantagens, o FG permite a colheita de dados interessantes, que permitem a construção de referenciais ou *frameworks*, permitindo deste modo que a investigação avance (Giovinazzo, 2001).

Numa sociedade em constantes alterações, onde o excesso de informação se afigura difícil de gerir para a actuação dos actores sociais nos diversos níveis de acção pessoal, social e

profissional, o recurso ao FG permite, não só que se crie uma oportunidade de debate em redor de um tema pré-estabelecido e que seja comum aos intervenientes, como também que os próprios participantes construam ou modifiquem, como consequência desse debate, a sua posição em termos de representação e actuação futura. O investigador como contrapartida, tem a possibilidade de observar a construção do conhecimento numa situação real de dinâmica de grupo, podendo analisar as inter-relações que vão ocorrendo. O conhecimento tem, deste modo, um valor crítico e reflexivo, de carácter dinâmico, podendo esta simbiose contribuir para o evoluir das próprias pessoas e da sociedade em geral, pois está presente a possibilidade de emergirem novas atitudes e mentalidades, segundo Gomes e Galego (2005).

Geoffrion (2003) sugere que a informação recolhida através da aplicação de um FG pode ter validade se submetida a um estudo quantitativo. Assim, a probabilidade de erro será tanto menor, quanto maior a aproximação dos resultados entre as duas investigações.

3.3.1.2. ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

A entrevista, tendo em consideração a sua estrutura, pode ser classificada como mais ou menos estruturada. Deste modo, e porque o investigador apesar de ter pré-estabelecido um guião comum a todas as entrevistas, não pretendia que este fosse completamente rígido, dando assim alguns espaço de manobra para o surgimento de novas temáticas não contempladas inicialmente, optou pela entrevista não estruturada ou também designada por semi-dirigida, semi-estruturada, moderada ou não directiva controlada.

A entrevista semi-estruturada é um método “frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos”, segundo Fortin (1999, p.245).

Na entrevista semi-dirigida, é dada liberdade ao entrevistado para desenvolver cada situação na direcção que achar mais adequada. De um modo geral as perguntas são abertas, podendo assim o entrevistador explorar mais amplamente determinada questão, se achar valorativo, e por outro lado a conversação mantida pode ser feita de modo informal, segundo Marconi e Lakatos (2002).

Para Savoie-Zajc (2003), assiste-se a uma interacção verbal, conduzida de forma flexível pelo investigador, que se deixa guiar pelo fluxo da entrevista, visando abordar de um modo natural os assuntos gerais sobre os quais deseja ouvir o entrevistado, o que lhe permite extrair uma compreensão rica do fenómeno que está a estudar.

Visto que o investigador previamente à entrevista, já tinha estabelecido um guião com tópicos a abordar, a entrevista é considerada focalizada, para além de que, para Marconi e

Lakatos (2002), o entrevistador tem também a liberdade de questionar o entrevistado com as perguntas que entender, de modo a poder aprofundar mais determinada opinião ou obter um esclarecimento, não estando assim sujeito a uma estrutura rígida e formal.

De acordo com Savoie-Zajc (2003) a entrevista semi-dirigida está associada a paradigmas interpretativos e construtivistas, uma vez que tenta compreender o sentido do fenómeno em estudo tal como ele é percebido pelos entrevistados, recorrendo à dinâmica da co-construção de sentido que se estabelece entre o investigador (entrevistador) e os entrevistados.

Os objectivos deste tipo de entrevista visam, de acordo com Savoie-Zajc (2003), a descoberta, a compreensão, a aprendizagem e a emancipação. Mais especificamente, este tipo de entrevista pretende tornar explícito o universo do outro, através de uma interacção humana e social, entre entrevistador e entrevistado, onde o entrevistado tenta descrever o mais ricamente possível a sua experiência e o seu saber, permitindo assim um acesso privilegiado à experiência humana. Consequentemente, outro objectivo prende-se com o da compreensão do mundo do outro. O terceiro objectivo é o de apreender acerca do mundo do outro, organizando e estruturando o seu pensamento.

Tendo em consideração as características anteriormente descritas sobre o FG e as entrevistas individuais, rapidamente nos apercebemos de que o FG apresenta vantagens de, simultaneamente à informação verbal fornecida pelos entrevistados, os mesmos, voluntária ou involuntariamente fornecerem também informação através da sua linguagem corporal, na interacção com os restantes participantes. Por outro lado, a informação obtida no FG pode ser considerada como mais natural e espontânea, dado que no momento da discussão/interacção, os intervenientes não têm tempo para pensar e elaborar as suas respostas, não se passando o mesmo com a entrevista individual.

Para qualquer uma das entrevistas a realizar, o investigador, optou por ser o próprio moderador, para que se conseguisse garantir que a entrevista flui para o lado desejado, não se dispersando, no sentido de se verem os principais temas abordados. O moderador deverá apresentar um baixo envolvimento no decorrer das entrevistas.

De modo a tentar garantir a participação de todos os elementos, evitando-se assim a tentativa de domínio por parte de outros, o investigador optou por tornar pequeno o FG, privilegiando assim uma recolha de informação mais precisa e detalhada, correndo o risco de esta não se tornar tão vasta. Assim, optou por uma constituição de 6 elementos.

De modo a prever eventuais desistências, o investigador convidou algumas pessoas para ficarem de reserva na amostra.

Relativamente aos locais eventuais para a realização das entrevistas, o investigador seleccionou-se para cada uma delas um local calmo, neutro, sem a existência de grandes distrações e tendo havido a preocupação, na realização do FG que a sala permitisse organizar a disposição dos entrevistados de um modo mais conveniente, por forma a fomentar a interacção entre os elementos. Assim sendo, para o presente estudo optou-se pela disposição em círculo das cadeiras e mesas, pois deste modo todos os participantes permanecem visíveis e o moderador pode ocupar um lugar destacado, e tornar-se sempre visível.

Dado que todos os elementos do FG do presente estudo já se conheciam previamente à realização da entrevista, o investigador não necessitou proceder à identificação dos entrevistados, colocando na mesa um cartão identificativo com o nome frente de cada um. De modo a evitar distrações ou inibições por parte dos entrevistados, apenas permaneceram na sala o moderador e o(s) entrevistado(s).

3.4. RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS

Para melhor organização e orientação do investigador, foi elaborado um guia onde se esquematizam os eventuais temas que gostaria de ver abordados, eventuais grupos e participantes, locais eventuais para a realização da entrevista, tempo médio previsto para a duração da entrevista (45 minutos a 2 horas) que pode ser consultado no Apêndice 1.

Para que a entrevista fosse apresentada de um modo estruturado e de modo a garantir ao moderador que todos os assuntos fossem abordados, o investigador optou pela elaboração de um guião (ver Apêndice 2), que posteriormente também irá ajudar o investigador a estruturar as respostas dadas de modo a atingir os objectivos propostos e a facilitar posteriormente a sua análise. Para uma melhor esquematização do próprio guião, procedeu-se a uma divisão por partes do mesmo onde:

- Parte I Aborda as questões relacionadas com os entrevistados, no sentido de permitir posteriormente uma melhor caracterização sócio-demográfica de cada elemento e do grupo.
- Parte II Constituído pelas questões que permitem recolher dados relativos às temáticas em discussão:
- Bloco I ♦ A realidade dos Serviços de Radiologia e em especial dos Departamentos de Urgência em Portugal e no estrangeiro, relativo ao *skill mix* do Técnico de Radiologia e dos relatórios técnicos;
- Bloco II ♦ Competências do Técnico de Radiologia para relatar;
- Manutenção das competências do Técnicos de Radiologia (o papel das faculdades)
 - Tipo de exames que o Técnico de Radiologia pode relatar.
 - Definição de linhas de orientação;
 - Indicadores da qualidade para o desempenho do Técnico de Radiologia quando relata exames;
 - Auditoria ao trabalho realizado pelo Técnico de Radiologia
- Bloco III ♦ Estrutura do relatório técnico e seus componentes críticos. - I
- Auditoria ao relatório técnico
- Parte III Engloba as questões que permitem fazer um resumo da entrevista e que permitem também finaliza-la, retirando as conclusões.

Quadro 2 – Esquematização do guião das entrevistas

A recolha dos dados foi efectuada no período de 12 de Julho de 2007 a 30 de Agosto do mesmo ano. Relativamente ao local da recolha de dados, três das entrevistas ocorreram em Lisboa e a restante em Coimbra.

Com cada entrevistado foi efectuada um contacto prévio de modo, de modo a obter a colaboração do entrevistado, bem como a explicitação do teor da entrevista, e a previa marcação da data e hora para a realização da mesma.

A caracterização de cada entrevista é apresentada em forma resumida e sob o formato de quadro, no Apêndice 3.

Apesar de os dados recolhidos serem provenientes da realização de um FG e de três entrevistas individuais, no final resumem-se ao mesmo tipo de dado, ou seja, a dados qualitativos, que carecem da respectiva análise. Deste modo, optou-se pela análise de conteúdo, uma vez que, segundo Guerra (2006), através dela o investigador tem grande capacidade para interpretação ou inferência, apesar de correr os riscos inerentes a este tipo de investigação. Neste tipo de análise confronta-se o quadro de referência estabelecido previamente pelo investigador com o material empírico que este recolheu.

3.4.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para podermos definir “análise de conteúdo”, começamos por analisar a etimologia da palavra. Assim, para Albarelho (1997) o “conteúdo” é “essencialmente o que pode exprimir-se nos textos e nos discursos, a saber, o “sentido”, ou por outras palavras, as “maneiras de ver as coisas”, os tipos ou os sistemas de percepção.

Várias são as definições dadas à análise de conteúdo. Bardin (1979, p.37) define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Carmo e Ferreira (1998, p.251) e Vala (1986, p.103) recorrem à definição dada por Berelson (1952, 1968), quando este a define como:

Uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto ⁸ das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação.

Landry (2003,p.), Vala (1986, p.103) e Serrano (1998, p.135) citam Krippendorff (1990):

⁸Serrano (1998) e Landry (2003) definem conteúdo manifesto, como o que é explícito na mensagem, ou seja o que é explicitamente dito e escrito no texto.

Técnica de investigação destinada a formular a partir de certos dados, inferências reprodutíveis e válidas, que se podem aplicar a um contexto.

Fortin (1999, p. 364), define-a como:

Estratégia que serve para identificar um conjunto de características essenciais à significação ou à definição de um conceito.

A análise de conteúdo é assim uma técnica que tem por objectivo analisar a comunicação verbal, sob o formato escrito, entre dois ou mais indivíduos.

A análise de conteúdo é composta por duas dimensões: uma descritiva (que nos dá conta do que o entrevistado respondeu) e uma interpretativa resultante das interrogações colocadas, que posteriormente permitem alcançar regras de inferência (Guerra, 2006).

Segundo Bardin (1979), a intenção da análise de conteúdo é a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”.

O investigador a partir do tratamento das mensagens consegue inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio envolvente, por exemplo. Bardin (1979) esclarece que a inferência⁹ não é mais que um procedimento intermediário através do qual é feita a passagem, explícita e controlada, da “descrição” (enumeração das características do texto, resumida após tratamento) para a interpretação (significação dada a essas características).

Vala (1986) esclarece que as inferências são feitas com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Quanto às vantagens da análise de conteúdo, Landry (2003) cita Krippendorff (1980) para enumerar algumas, nomeadamente o facto de ser uma técnica não reactiva de colheita de dados; de ser apropriada para tratar material não estruturado, podendo o investigador fazer a análise algum tempo após estes terem sido produzidos; e o de poder ser usada para tratar grandes quantidades de dados.

Quanto às suas desvantagens, Landry (2003) cita Krippendorff (1980) para enumerar algumas delas, nomeadamente a codificação de dados ser morosa e o facto da fiabilidade e a validade, nem sempre serem fiáveis de determinar. Landry (2003) acrescenta ainda como

⁹ Bardin esclarece que a “inferência” é a operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceites como verdadeira e que “inferir” é extrair uma consequência (*Petit Robert, Dictionnaire de la langue Française, S.N.L., 1972*)

Deduzir de modo lógico

desvantagem o facto de se reduzir uma grande quantidade de palavras de um texto, a apenas algumas categorias analíticas.

De um modo mais ou menos consensual, os autores consultados¹⁰ pouco variam na definição das etapas a seguir, para a realização de uma boa análise de conteúdo.

Assim, o procedimento inicia-se com a realização de uma pré-análise, que, para Bardin (1979) tem como objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a obter-se um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nesta fase, seleccionam-se os documentos que irão ser submetidos aos procedimentos analíticos, obtendo-se no final um *corpus*, onde não devem ser descuradas algumas regras, enunciadas por Bardin (1979), como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Segue-se a definição dos objectivos e a elaboração de hipóteses, caso existam e por fim, a elaboração de indicadores e índices (em função das hipóteses).

Segue-se a categorização, que definida de um modo simplista, não é mais do que a passagem dos dados brutos para dados organizados. Bardin (1979) define a categorização como:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.

Para esta autora, a categorização é um processo do tipo estruturalista que comporta duas etapas: o inventário (isolar os elementos) e a classificação (repartir os elementos).

Nesta fase, definem-se assim as categorias que vão ser sujeitas a análise. Landry (2003) define as categorias como “classes que caracterizam de uma mesma forma, a variedade das unidades de análise dos seus elementos”. Vala (1986), esclarece que, uma categoria é habitualmente composta por uma palavra-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito.

As categorias devem também possuir determinadas qualidades, nomeadamente: exclusão mútua, ou seja, as categorias devem ser construídas de modo a que um elemento não possua aspectos susceptíveis de fazerem com que seja classificado em duas ou mais categorias; homogeneidade, o que leva ao princípio da exclusão mútua; pertinência; objectividade; exaustivas e produtividade (no sentido em que uma categoria é produtiva, se fornece resultados férteis em índices de inferência, hipóteses novas e dados exactos). As categorias podem ser

¹⁰ Bardin (1979), Carmo e Ferreira (1998), Landry (2003), Vala (1986), Serrano (1998)

estabelecidas *à priori*, ou então serem estabelecidas *à posteriori*, designando-se esta análise por “procedimentos exploratório”, devendo neste caso, ter-se sempre presente os objectivos do estudo, com a preocupação de não se definirem demasiadas ou insuficientes categorias, para que estas não se tornem demasiadamente exclusivas ou demasiadamente abrangentes.

Segue-se depois a definição das unidades de análise, que podem ser de três tipos, segundo Carmo e Ferreira (1998) e Vala (1986): unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração.

Posteriormente procede-se à avaliação da fiabilidade e validade dos dados. A fiabilidade assegura que as mesmas regras de codificação, utilizadas em determinado instrumento, produzem os mesmos resultados, reais e inequívocos, independentemente de quem os utiliza. A validade permite verificar se um instrumento de medida mede, o que realmente deveria medir, ou seja, se existe adequação entre as variáveis escolhidas e o conceito a medir.

Por último temos a inferência, que não é mais do que a análise e a interpretação dos resultados, e que deve ser feita à luz dos objectivos estabelecidos e por consequente, do enquadramento teórico. De acordo com Landry (2003), as inferências são obtidas com recurso à análise de dados para estudos qualitativos, baseados na utilização de dados verbais. Citando Yin (1989) este autor propõe três modelos de análise e de interpretação, sendo uma delas o modelo interactivo, onde na ausência de teoria, o investigador constrói, passo a passo, uma exploração do fenómeno estudado. O objectivo desta fase é inevitavelmente o de contribuir para o avançar dos conhecimentos, fornecendo novas inferências e novas interpretações, quer no plano teórico, quer no plano empírico.

Segundo Nieto (1993), citado por Serrano (1998), uma análise de conteúdo é válida, na medida em que as suas inferências se sustentem frente a outros dados obtidos de forma independente.

Bardin (1979) vai ainda mais longe definindo duas funções na análise de conteúdo: uma função *heurística* e uma função de “*administração de prova*”. Esta última remete para hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias que, ao servirem de directrizes, precisam de ser verificadas de modo a serem ou não confirmadas.

A função heurística é a que directamente está relacionada com este trabalho, visto que a análise de conteúdo feita, enriquece a tentativa exploratória, aumentando assim as hipóteses de novas descobertas.

3.4.1.1 ANÁLISE CATEGORIAL

A análise categorial foi cronologicamente o primeiro tipo de análise a ser transmitido e generalizado e é na prática a mais utilizada.

Para Guerra (2006), a análise categorial é considerada uma análise descritiva, mas ainda não interpretativa, onde se identificam as variáveis cuja dinâmica são potencialmente explicativas do fenómeno que o investigador pretende explicar, fazendo uma medição para uma explicação e para a construção ideal típica que se quer ver aprofundada.

Segundo Bardin (1979), a análise categorial pretende tomar em consideração a totalidade de um “texto” que posteriormente é sujeito a uma classificação e a um recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de *items* de sentido. Trata-se assim de um método taxonómico, uma vez que as categorias permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem. Assim, funciona por operações de divisão do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos, sendo a análise temática a mais rápida e eficaz, dentro das diferentes possibilidades de categorização existentes, aplicando-se a discursos directos e simples.

Para que se pudesse assegurar a qualidade dos discursos e para que, na altura da sua transcrição, o investigador pudesse ser o mais fidedigno possível, optou-se pela gravação áudio da entrevista. Posteriormente, procedeu-se à transcrição das mesmas para papel, utilizando-se para o efeito o processador de texto *Word 97 (Windows XP)*, para que estas pudessem ser impressas e lidas de modo legível.

Seguiu-se a perspectiva de Guerra (2006) e Savoie-Zajc (2003) e uma vez que todos os entrevistados falaram na primeira pessoa, a transcrição efectuada foi completamente fiel e fidedigna ao dito pelos mesmos e realizada de modo integral, sendo este o modo ideal de proceder ao tratamento da informação recolhida, ou seja, realizar uma transcrição *verbatim* da entrevista (palavra a palavra). Dado que os dados transcritos são o espelho da entrevista, estes podem ser tratados de um modo mais fino.

Conforme dito anteriormente, os princípios de questão ética e de confidencialidade foram respeitados, mantendo-se assim no anonimato a identidade dos entrevistados, pelo que, para que os entrevistados não pudessem ser identificados, os seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios, na transcrição das entrevistas.

No quadro seguinte, encontram-se esquematizadas as codificações realizadas para cada um dos entrevistados:

	Entrevistado	Nome Atribuído
<i>Focus Group</i>	TR1	Maria
	TR2	Helena
	TR3	Filipa
	TR4	Mariana
	TR5	Joana
Entrevista 1	E1	Rui
Entrevista 2	E2	Nuno
Entrevista 3	E3	André

Quadro 3 – Codificação dos entrevistados

Para simplificar o processo de transcrição das entrevistas e a sua posterior análise, codificaram-se também alguns termos, nomeadamente:

Técnico de Radiologia - TR

Médico Radiologista – MR

Relatório Técnico – RT

Posteriormente procedeu-se a uma primeira leitura profunda e cuidada das entrevistas, onde se identificaram as áreas temáticas pré-estabelecidas, e dado tratarem-se de entrevistas semi-dirigidas, identificaram-se também as áreas sub-temáticas que foram surgindo no decorrer das entrevistas, com o objectivo de organizar o texto obtido.

Como resultado, elaborou-se uma Grelha de Análise Inicial, com a identificação das quatro áreas temáticas principais, que se pode consultar no Apêndice 4.

Posteriormente, foram construídas as sinopses das entrevistas em formato de grelha vertical, (Apêndice 5) cuja primeira coluna representa as grandes temáticas identificadas no guião da entrevista e na Grelha de Análise Inicial.

Para Guerra (2006), as sinopses não são mais do que sínteses dos discursos proferidos, contendo a mensagem essencial da entrevista, sendo ainda literalmente fieis ao proferido pelos mesmos. Não é mais do que material descritivo, onde se consegue identificar as temáticas e problemáticas da entrevista.

De modo a compreender melhor as categorias que irão ser sujeitas a análise, o investigador optou por construir uma grelha geral com as categorias e respectivas subcategorias (Apêndice 6).

Posteriormente a ter toda a informação compilada e sumariada, procedeu-se à sua análise, de modo a reduzir e seleccionar a informação obtida. Assim sendo, procedeu-se à sua análise descritiva.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo encontra-se dividido em três partes principais: a caracterização da amostra, a análise da informação recolhida e por último a discussão dos resultados.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ENTREVISTADOS

A amostra inicial é constituída por 9 elementos, mas a amostra efectiva, ou seja, sobre a qual recaíram a recolha dos dados é de 8 elementos, visto que um elemento não pode estar presente no momento da entrevista, bem como o seu substituto. Assim, a amostra é constituída por 3 elementos do sexo masculino e 5 do sexo feminino, situando a média de idades pelos 38 anos.

“Técnico de Radiologia” é a habilitação profissional em maior número, visto que 6 entrevistados a possuem, apesar de um deles no momento da entrevista não estar a exercer e possuir simultaneamente a habilitação de “Docente do Ensino Superior”. Os outros dois entrevistados são respectivamente “Médico Radiologista” e “Técnico de Farmácia”.

Os TR apresentam uma média de aproximadamente 12 anos de experiência profissional, onde cerca de 4,5 anos são de experiência em urgência.

A caracterização da amostra foi esquematizada numa tabela, no Apêndice 7.

4.2. ANÁLISE DA INFORMAÇÃO RECOLHIDA

De modo a efectuar uma análise mais sistematizada, optou-se por dividir a análise da informação recolhida em quatro áreas. Na primeira analisa-se a informação relativa ao estado actual dos Serviços de Radiologia num DU, segue-se a análise da informação relacionada com o Técnico de Radiologia, na terceira a informação relativa ao relatório técnico e por último analisam-se os aspectos mais importantes e as sugestões.

4.2.1. O ESTADO ACTUAL DOS SERVIÇOS DE RADIOLOGIA NUM DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA

4.2.1.1. COMO SÃO GERIDOS OS MEIOS E OS RECURSOS?

Um SR, num DU, está sujeito às exigências e demandas inerentes às tensões provocadas pela busca incessante de melhoria da qualidade dos serviços prestados a um custo cada vez mais reduzido, exigência de uma sociedade cada vez mais competitiva.

Várias são as alterações que os meios e os recursos sofrem, ao longo do percurso para a adaptação progressiva a estas mudanças.

Deste modo, como categoria principal identificaram-se os **meios** e os **recursos**, e duas subcategorias: os meios/recursos humanos e os meios/recursos tecnológicos e materiais.

Analisando a subcategoria dos **recursos humanos**, os entrevistados não são muito expressivos quanto a este ponto, verificando-se no entanto algumas divergências de opinião. Uns consideram que existe falta de pessoal, nomeadamente a nível de Técnicos de Radiologia, em oposição à má gestão destes recursos, conforme exemplificado nas citações:

"[...]nos próprios SU, nós sabemos que há diminuição ao máximo das equipas[...]" E2

"Há certos dias em que mais um não fazia falta nenhuma." TR3

"Eu acho que na urgência nunca houve poucos Técnicos. Sempre houve os suficientes. Continua a haver os suficientes." TR1

"[...]na minha opinião existem as pessoas suficientes... há má organização do serviço...." TR1

Também a classe dos Médicos Radiologista sofre pressões com as sucessivas alterações na área da gestão da saúde:

"[...]infelizmente, porque o tempo é pouco, reduzimos ainda por cima as nossas equipas também, portanto... nós reduzimos equipas quando aumenta o trabalho [...]" E1

"[...]há urgências que não tem MR em permanência, durante o tempo em que funciona a Urgência em Radiologia." E2

Relativamente aos meios **tecnológicos e materiais**, apenas dois dos entrevistados foram capazes de emitir a sua opinião, não tendo os restantes identificado qualquer problema a este nível. A opinião emitida foi a de que existe uma falha grave a nível do planeamento de investimento a nível das tecnologias, por se verificar equipamento demasiado complexo tecnicamente, instalado em locais onde essa exigência não é significativa. Deste modo, estamos perante uma má gestão e governação dos equipamentos, conforme ilustrado nos excertos:

“ De facto aquilo que me parece é que há uma falta de eficiência enorme ao nível dos SR, ou seja, acho que Portugal tem demasiado equipamento instalado... equipamento demasiado evoluído tecnicamente para os serviços que presta e isto tudo por falta de planeamento eficaz do nosso país.” E3

“[...] portanto o que interessa é que há uma completa desgovernação relativamente àquilo que é o planeamento de investimento ao nível das tecnologias.” E3

“[...] resumindo e concluindo, demasiado equipamento, ou pelo menos mal distribuído do ponto de vista geográfico, falta clara de planeamento! Equipamento demasiado sofisticado para aquilo que se faz, e portanto investimentos avultados em área, e obviamente também aqui muito por pressão das empresas que querem é colocar equipamento topo de gama [...]” E3

“Temos demasiada oferta em algumas áreas e nalgumas localizações geográficas, temos hospitais que investiram em equipamento que nunca chegou a funcionar... hospitais novos...” E3

“[...] nos próprios SU, nós sabemos que há diminuição ao máximo [...] dos meios às vezes materiais [...] a Radiologia sempre foi vista como tendo sempre equipamento de ponta, quer dizer, de última geração... quer-se sempre mais” E2

4.2.1.2. QUAIS AS PROBLEMÁTICAS E TENSÕES IDENTIFICADAS?

Como consequência das constantes alterações que o SR na Urgência sofre, devido as adaptações que o sistema de saúde é sujeito ao longo dos tempos e como meio de resposta adequado às exigências da sociedade, muitos são os problemas e tensões que se originam, na tentativa de acompanhamento destas adaptações, surgindo inevitavelmente algumas necessidades de mudança.

A categoria em estudo são os “**problemas/tensões**”, vistos como necessidades de mudanças.

Através da análise das entrevistas podemos verificar que, os problemas e tensões identificados podem ser agrupados em diversas subcategorias para melhor sistematizar as opiniões dadas pelos entrevistado, nomeadamente: volume de trabalho, triagem, custos, brio profissional e qualidade.

Na actualidade tem-se verificado um acesso indiscriminado aos SU, o que também promove um aumento de acesso, quando necessário, ao SR¹¹. Como consequência, este acesso indiscriminado, provoca uma série de eventos em cascata como por exemplo, o excesso de exames pedidos para serem realizados no SR. Este aumento de **volume de trabalho** é causados por diversos factores, entre eles a pressão que a sociedade, de um modo directo ou indirecto

¹¹ Fugindo estas razões ao âmbito deste trabalho.

causa aos prestadores de saúde para não errarem, e que é seguida, por vezes de modo incessante pelos meios de comunicação social, que apenas procuram o mediatismo na falha dos outros... Deste modo, os prescritores de exames vêm-se como que “obrigados” a proteger as suas decisões, receando futuras represálias, de acordo com a ideia transmitida e citada por dois dos entrevistados:

“[...] não há , não é... eu digo coragem, mas não sei se é coragem, para mandar embora um doente, que se nós estamos a pensar que a situação não é uma situação para ser vista na urgência, mas que se vem a revelar ao fim de meia hora que era uma situação de urgência!” E1

“[...] responsabilidade dos meios de comunicação social, que também não protegem...portanto, eles próprios são responsável pelo grande aumento de consumo dos serviços de saúde.” E1

“[...]para além de ser um trabalho muitíssimo exigente, do ponto de vista físico, porque não há períodos de alguma acalmia [...]” E1

“[...]demasiados exames, porque há demasiada prescrição quer ao nível dos cuidados de saúde primários e muito em concreto ao nível das urgências.” E3

“[...] 60% dos exames são prescritos no SU, ou estão mal prescritos ou estão em demasia.” E3

Assim, com a facilidade de acesso às urgências por parte do utente, e a existência de uma **triagem** ineficiente por parte de alguns profissionais, o SR fica sobrecarregado com trabalho, muitas vezes, desnecessário, de acordo com dois dos entrevistados:

“[...] é exagerada a facilidade com que se acede e que se podem pedir os exames. [...] não tem a ver com os Técnicos, tem que ver talvez com um melhor ensinamento dos Médicos e das outras pessoas que podem pedir os exames.” E1

“[...]para fazer uma triagem mais eficaz dos exames que se podem pedir na urgência... embora hajam guidelines internacionais em relação àquilo que é urgente e que não é urgente, o facto é que o SU do Hospital X funciona como uma consulta mais rápida, com todos os exames disponíveis quer de imagem quer de laboratório, e desse facto resulta que, a parte da Radiologia é sobrecarregadíssima... [...]” E1

“[...] acho que a intensidade de trabalho é muito grande, e isso talvez se deva ao facto de o acesso à urgência ser pouco limitado, ou nada... [...]” E1

“São prescritos directamente na triagem do doente e não depois da avaliação do respectivo especialista!” E3

Os SR têm de se adaptar às exigências das entidades de saúde onde estão inseridos, e uma das exigências mais comuns na área da saúde, prende-se com a contenção de despesas e por isso a diminuição dos **custos**. Este factor é assim um factor de tensões e conseqüente de problemas, conforme é identificado pelo entrevistado:

“[...] uma pressão enorme, sobre os Serviços, sobre os próprios organismos, no sentido de reduzir os custos ao mínimo possível para garantir uma prestação direi, minimamente eficaz... que eu acho que ela pode estar posta em causa, por vezes... por vezes, a dita qualidade que seria sempre necessária estar sempre latente quando se está na prestação de cuidados, ou quando se está a fazer uma prestação de cuidados de saúde.” E2

Mas não são os custos o único factor a ter de diminuir, também os recursos são alvo de tensões:

“ Temos situações no interior em que há Hospitais que a Urgência da Radiologia nem sequer funciona as 24 horas.” E2

Um outro problema existente entre os TR, prende-se com a falta do seu **brio profissional**. Esta ideia é generalizada aos TR entrevistados, mas apenas serão dados como exemplo, as citações de dois:

“Não se ouve a nível do médicos a falarem mal uns dos outros, enquanto que nível dos Técnicos a gente sabe... falam...” TR5

“Mas eu também acho que para além da falta de união dos Técnicos, há falta de brio profissional nos Técnicos, porque nós vimos muitas vezes radiografias[...]” TR5

“[...]mas mesmo as pessoas mais velhas que nos ensinaram [...] tinham mais brio [...] do que as pessoas que estão hoje lá e são todas licenciadas. Sem dúvida nenhuma! [...] Hoje em dia eu acho que a nível a urgência [...] há muito pouco brio...” TR1

Todos estes factores estão intimamente ligados a uma outra subcategoria que é a **qualidade**, pois esta está intimamente ligada às subcategorias enunciadas anteriormente.

Porque se verifica um aumento de volume de trabalho, sem que haja diminuição de pressões, nomeadamente de tempo... a qualidade da prestação do TR acaba por ficar em falta, bem como se começam a verificar ausências de padrões da qualidade, conforme se verifica nos seguintes extractos:

“...mas quando há um determinado tipo de pressão, de tempo [...] acontece muitas vezes que tem de se fazer frente a uma série de pedidos, portanto... eu acho que as coisas até de uma forma quase, digamos, mecânica... há se calhar procedimento que têm de ver com qualidade e se calhar não... ficam... ficam, para trás!” E2

“[...] o trabalho é muito, muitíssimo e a qualidade provavelmente poderá reflectir-se nisso, embora eu ache que de forma geral a qualidade é boa, mas é feita à custa do suor de quem lá está a trabalhar!” E1

“[...] em Radiologia, como noutra função qualquer, não é simplesmente fazer só a imagem, há uma série de coisas... a experiência das pessoas às vezes[...] me aperceber que aquela imagem até não está muito correcta e portanto é melhor repetir [...] ou até falar, por exemplo, com o clínico que fez a requisição de um determinado exame [...] e a pressão do tempo no SU, depois também depende muito do SU, pode fazer com que isto, não aconteça!” E2

“[...] aquele conceito, agora muito em moda, que os serviços inventaram, que é ter um Técnico a produzir “chapas” nas salas e outro Técnico numa consola qualquer a ditar se aquilo está com qualidade ou não, ou a fazer o pós-processamento, ou a meter

radiografias num envelope! [...] Porque quem manda nos hospitais acha que faz melhor figura se demonstrar à administração que produz 20 exames em vez de 10, não se preocupando como é que esses 20 exames estão a ser produzidos. ” E3

Uma outra questão que está ligada à qualidade, é levantada por um entrevistado, quando diz que existe nos SR “Teoria do Eu”, ou seja, cada profissional desenvolve as suas funções, pensando no que ele acha melhor individualmente. Não existe uma linha de orientação geral, logo regras de boas práticas para todos os TR no Serviço, mas sim metodologias de trabalho individualizadas, pensadas na comodidade de cada um: “Teoria do Eu”. Deste modo, torna-se impossível assistir a padrões da qualidade, conforme ressalva o terceiro entrevistado:

“[...] não sistematizamos a profissão, a prática.... Está tudo baseado na “Teoria do Eu”. Eu faço porque quero e porque gosto, eu faço porque me dá jeito, eu faço assim porque o Director me obriga, eu faço assim porque o Director não me deixa, ou eu não faço assim porque o Coordenador não quer, ou eu faço assim porque o Coordenador quer! É a história da nossa vida profissional, do norte ao sul do país é a “Teoria do Eu”, não sistematizamos a prática, que é aquilo que as outras profissões [...] que fizeram um percurso semelhante fizeram! Introduziram a sistematização da prática, ou seja, seja no norte ou seja no sul, aquilo é feito assim, à americana “by the book”. Quem não faz “by the book” não está a fazer de acordo com a lei exactis.... com a boa prática. [...]” E3

“[...] cada um tem a sua “Teoria do Eu”. Cada um faz melhor, cada um é que sabe, cada um é que... é a “Teoria do Eu”. [...] cada um faz à sua maneira... é a “Teoria do Eu”... [...] mas depois se perguntarem em concreto: evidência, não há!” E3

Um problema que se tem vindo a acentuar, segundo o mesmo entrevistado, prende-se com o facto de que, devido ao egoísmo egocêntrico e medo dos MR em serem ultrapassados pelos TR, assiste-se hoje a uma dissolução de valências radiológicas por especialidades que nada têm a ver com a Radiologia, ou seja, determinados exames radiológicos estão na actualidade a serem efectuados por médicos não radiologistas e não especializados em radiações, devido ao receio constante dos MR em que os TR lhes “roubassem” as suas funções. Este receio não fundamentado, segundo o entrevistado, fez com que outras especialidades começassem a formar os seus médicos a realizarem esses exames. Deste modo, as funções do MR foram “usurpadas”, por colegas não especializados em radiações, conforme se pode ler nas citações:

“Hoje a ecografia está mais fora da Radiologia do que está na Radiologia! Obstetrícia, a ecografia renal e prostática, trans-esofágica, cardíaca, vascular... toda esta ecografia saiu da Radiologia! [...] Porque obviamente há muitos doentes a fazer exames e a Radiologia não dava resposta! [...] Os serviços começaram a especializar médicos, da especialidade deles, na área da imagem que lhe interessava! E claro, os Radiologistas perderam esta... este terreno que era deles... sempre com medo que os TR lhes pudessem roubar a profissão!” E3

*“[...] os TR nunca quiseram roubar o campo de intervenção do MR, mas também não foi preciso, porque os outros especialistas encarregaram-se de roubar aquilo que era deles. E portanto hoje estão resumidos a, a ...chamemos assim a Técnicos mais diferenciados.”
E3*

Quando o entrevistador faz, no decorrer de todas as entrevistas, a observação de que a gestão do sistema de saúde se encontra numa plataforma cada vez mais empresarial e centrada no utente, apenas um dos entrevistados discordou com o entrevistador e apresentou a sua ideia: o marketing que é realizado não está centrado no utente mas sim nos prescritores de exames, contrariamente ao que se deveria de esperar. Como consequência deste *marketing*, a decisão por parte do prescritor, do número e o tipo de exames que o utente deve realizar, é manipulada e condicionada, verificando-se assim, um aumento do número de exames pedidos, um aumento da diversidade de exames pedidos e um aumento na manipulação e tratamento de imagem, dos quais resultam uma maior exposição do utente às radiações, na maior parte das vezes para que o prescritor e o clínico possam ter protegidas as suas opiniões e decisões, conforme a citação do entrevistados nos esclarece:

“[...] deveria ser centrado no doente... Não é centrado no doente! É centrado num marketing agressivo para o clínico que é quem prescreve os exames! Portanto por quem faz a escolha , ou por outra, estes sectores condicionam a escolha ao clínico e não ao doente... [...]” E3

Realizam-se assim mais exames, do que aqueles que efectivamente são necessários:

“[...] estamos a fazer demasiado para o diagnóstico que está a ser feito.” E3

“[...] expõem-se os doentes mais vezes, a mais exames, e porque hoje, por causa, e também de uma certa pressão da comunicação social e da questão do erro, digamos, o clínico hoje pede primeiro e avaliar depois.” E3

4.2.1.3. EXISTE UM RELATÓRIO RADIOLÓGICO A ACOMPANHAR AS RADIOGRAFIAS OSTEO-ARTICULARES, REALIZADAS NO SERVIÇO DE RADIOLOGIA, NO DEPARTAMENTO DA URGÊNCIA?

Segundo alguns autores como Brealey (2001) e Rudd (2003), o exame radiológico só fica completo quando este é acompanhado por um relatório descritivo desse mesmo exame. Optou-se por definir como **Relatório Radiológico**, a categoria a estudar. O relatório

radiológico pode no entanto ser um relatório clínico (elaborado por um clínico) ou um relatório técnico (elaborado por um técnico). Assim, definiu-se como a **existência de relatório técnico**, a subcategoria a estudar.

Quando questionados sobre a existência de um relatório técnico a acompanhar os exames radiológicos osteo-articulares na urgência, as intervenções feitas pelos entrevistados são unânimes e negativas. Tendo em consideração os extractos seguintes, rapidamente se verifica que nenhum exame radiológico sai do DU, acompanhado por um relatório técnico:

“ Os exames da chamada RG... não saiem com relatório, nenhum sai com relatório.” E1

“[...] na Radiologia feita num SU, não errarei muito se disser que 99% dos exames não são relatados. Não têm nenhum relatório.” E3

Um dos entrevistados acrescenta ainda, que para além do utente não levar o respectivo relatório, em alguns locais não leva também o exame:

“Até à urgências que funcionam... que vão fazer o raio-X e o doente não leva o raio-X com ele...é material... do hospital. Pertence ao hospital, não pertence ao doente. E o doente não recebe nada...” TR4

Dois dos entrevistados esclarecem ainda que, do seu conhecimento, mesmo os exames osteo-articulares realizados com recurso à radiologia digital, em sistema informático, o exame permanecia sem ir acompanhado do respectivo relatório técnico.

Poderia colocar-se a hipótese de, mesmo que os exames não fossem acompanhados pelo relatório técnico, poderiam sê-lo pelo relatório clínico. Optou-se deste modo por estudar como subcategoria, a **existência do relatório clínico**. As intervenções do MR entrevistado são no entanto, claras quanto a este ponto, conforme ilustram os extractos:

“O MR de urgência só faz relatórios de TAC's, Ecos ou ressonâncias... Radiologia Convencional não faz. Pelo menos, neste hospital.” TR1

“[...] não existe MR, e portanto a questão do relatório, é uma questão que fica posta, digamos em segundo plano.” E2

“[...] mas com o número de exames que são feitos, que são um número absurdo... [...] sobretudo da urgência... e com o trabalho que os médicos que estão de urgência têm no que diz respeito às outras técnicas, nomeadamente ecografia e TAC, cujos relatórios são feitos à mão, era impossível isso acontecer...impossível! Não é possível isso... Ninguém conseguirá faz... e no dia em que pedirem para fazer, ninguém vai fazer.” E1

“Não vai o respectivo relatório com o exame, porque na maior parte dos casos não há MR de serviço. Ou estando de serviço está de prevenção, e estando de prevenção está de prevenção para as ecografias ou para a radiologia de intervenção e portanto não está para fazer aqueles exames!” E3

No entanto, se o exame em questão deixar de ser convencional e passarmos a fazer referência a um relatório clínico a acompanhar exames diferenciados como a Ressonância

Magnética, Tomografia Computorizada, Angiografia.... então a existência de um relatório já se comprova:

“Os exames de [...] TAC, tomografia computadorizada ou ecografia, saiem todos com relatório. Se houver um digestivo, sai com relatório. Se houver uma angiografia, sai com relatório.” E1

Quando questionado porque razão é que os exames radiológicos osteo-articulares na urgência não eram acompanhados pelos respectivos relatórios (a subcategoria em estudo são as **razões para a ausência do relatório clínico**), o MR foi quem forneceu mais informação, esclarecendo que os MR não vêm sequer os exames osteo-articulares e que estes são vistos posteriormente pelo médico prescriptor, que em regra geral são os Médicos Ortopedistas. Por este facto, o Médico entrevistado, questiona também a necessidade, neste caso de exames, de o exame ser visto pelo Radiologista, conforme explicita nos extractos:

“[...] o médico não vê os exames... o MR nem sequer os vê.... são vistos normalmente pelos médicos que pediram os exames, sejam da especialidade de medicina, da cirurgia, ou de qualquer outra especialidade que esteja a urgência, e aqueles de que falámos mais, que são os osteo-articulares são geralmente vistos pelo ortopedista, por isso mesmo talvez nem seja necessário.” E1

Segundo a opinião de um dos entrevistados, o médico prescriptor de um exame osteo-articular é, na grande maioria dos casos, um Ortopedista, que não necessita que o exame seja acompanhado pelo respectivo relatório médico, pois para eles (Ortopedistas) este relatório não tem qualquer valor. A interpretação do exame é assim realizada pelos próprios.

Esta ideia está explícita nas palavras do entrevistado:

“ Os próprios médicos, o próprio clínico que solicitou o exame, muitas vezes ele [...] assume que não necessita do relatório do colega dele enquanto MR [...] os Ortopedista pura e simplesmente ignoram o relatório [...]” E2

Por outro lado, o MR entrevistado, esclarece também que, dado ao volume de trabalho que estes profissionais têm na urgência, não é viável a sua ocupação de tempo a relatar exames osteo-articulares neste departamento, percebendo no entanto, e até defendendo a existência e a necessidade deste relatório:

“[...]se me diz que eles deveriam sair com relatório... eu acho que deveriam, mas com as condições que existem neste momento, era absolutamente impossível, que isso acontecesse [...]” E1

“ Nestas condições em que existe, ninguém vai fazer...não vão fazer... a não ser que ponham equipas com o triplo das pessoas e depois terem também auxiliares para essas tarefas e, administrativos para passarem os relatórios... isso aí é possível!” E1

“[...]sei que chega a ser 120 – 130 doentes com muitos exames de RG por dia, portanto isso é impossível.” E1

“Em Inglaterra e nos Estados Unidos [...] existe uma maior triagem e o acesso não será tão fácil, portanto em vez de fazerem 100 doentes fazem 15, e aí já é possível...” E1

Um dos entrevistados, opina que, se o exame radiológico não se faz acompanhar do RT (sub-catgoria **razão para ausência do relatório técnico**), em parte, as culpas podem ser inculcadas à gestão dos serviço, na pessoa dos Coordenadores, por não permitirem a evolução da profissão, ao não implementarem este processo nos DU:

“[...]a meu ver, aquilo que falhou no processo de evolução dos TR em Portugal, foi uma falha grave ao nível das chefias dos TR, porque era às chefias dos TR que deveria competir ter implementado estas coisas, e ter acompanhado a evolução da profissão e ter implementado isto nos serviços.” E3

Os entrevistados, apesar da realidade vivida nas urgências, têm noção da necessidade e importância da existência do RT, bem explicita na intervenção de um dos entrevistados, de acordo com os seguintes extractos:

“[...] uma questão que é concreta e eu penso que, tem sido bastante debatida, mas continua a não existir, que é a existência de um RT. Não havendo o relatório do MR, o Técnico que executa a imagem [...] também deveria fazer um RT. Independentemente do relatório do clínico que depois é feito pelo MR.” E2

“[...] a questão do RT, que eu acho que é uma coisa que deveria ser nitidamente uma realidade existente.” E2

“[...] as próprias organizações, que depois têm também algum papel no sentido de fazer alguma pressão futura, na necessidade do RT.” E2

4.2.1.4. O TÉCNICO DE RADIOLOGIA, NO DEPARTAMENTO DA URGÊNCIA, TEM CAPACIDADES (SKILL-MIX) PARA RELATAR EXAMES OSTEO-ARTICULARES?

Para que possa relatar exames osteo-articulares, o TR deve possuir um conjunto de saberes que lhe permitam desempenhar esta tarefa com o maior rigor e segurança possível.

A categoria em estudo é a **capacidade (skill-mix) do Técnico de Radiologia** para relatar exames, e todos os entrevistados são de opinião de que o TR tem as capacidades necessárias para poder relatar exames radiográficos de radiologia convencional osteo-articulares realizados no DU. De um modo consensual, os TR entrevistados e o MR, defendem

que o profissional antes de começar a relatar deveria ser submetido previamente a uma formação mais específica e intensiva para melhor poder relatar.

No entanto, surgem apenas duas pequenas observações levantadas por dois entrevistados. Um TR questiona a formação académica dada pelas escolas privadas, pondo em causa, se os profissionais formados nestas escolas terão desenvolvidas essas capacidades¹², conforme se ilustra com a citação:

“ Eu acho que os Técnicos em Portugal, hoje em dia, estão mais do que habilitados a fazer um RT, pelos menos das escolas públicas estarão, das escolas privadas não me prenuncio...” TR1

Outro entrevistado, de um modo indirecto, questiona as capacidades profissionais do próprio TR, argumentando que, para que este profissional relate os exames por si efectuados, não pode perder a evolução do exame, desde o chamar do utente até que este saia do departamento. Desde modo, e conforme o excerto seguinte explicita, para que o TR possa desempenhar bem as suas funções, tem que desempenhar bem todas as suas funções (de um modo global):

“ Como é que podemos nós querer, estar a falar de RT se quando na ... em muitos serviços, o Técnico até perde a evolução do exame.... chama o doente (quando chama! Em alguns locais, nem é ele que o chama!), faz a exposição, e manda o doente embora e chama logo imediatamente outro a seguir.[...] E isto é... deveria ser abolido do sistema!” E3

Sintetizando a perspectiva dos entrevistados, quanto ao estado actual dos SR num DU, a gestão dos meios e recursos, é um factor que não gera grandes opiniões por parte dos mesmos. Se, na opinião de uns, existe falta de recursos humanos, para outros, o que existe é uma má gestão dos mesmos. Foi também identificado pelos entrevistados, uma falta grave a nível do planeamento dos investimentos a nível das tecnologias, verificando-se assim uma assimetria nas suas instalações, o que promove uma má gestão e governação dos equipamentos. Quanto às problemáticas e as tensões identificadas pelos entrevistados, é possível proceder ao seu enquadramento em sete categorias: volume de trabalho, triagem, custos, recursos, competências, brio-profissional e qualidade, intimamente ligadas entre elas. Devido ao acesso indiscriminado à urgência hospitalar, verifica-se um aumento de volume de trabalho, provocado pela realização de uma triagem ineficiente e devido ao sentimento constante entre os prescritores de quererem ver o seu trabalho bem documentado, de modo a proteger as suas opiniões.

¹² Esta temática sai fora do âmbito deste trabalho, no entanto poderá ser uma sugestão para uma investigação futura, no sentido de comparar a formação académica de base, fornecida por uma entidade pública *versus* privada

As exigências da própria sociedade são controversas. Por um lado, esta exige qualidade na prestação dos recursos, entre eles o humano. Deste modo, o número de profissionais a assegurar o trabalho é diminuto face ao volume de trabalho, o que provoca uma diminuição do próprio brio profissional, de modo a que se consiga assegurar os cuidados exigidos.

Sobre a existência de um RT, verifica-se que, apesar de existirem recomendações para a existência de um a acompanhar todos os exames radiológicos, inclusivamente os exames osteo-articulares no DU, tal não se verifica na generalidade (ou talvez totalidade) das urgências em Portugal, tendo em consideração as informações fornecidas pelos entrevistados. Esta situação mantém-se mesmo tratando-se da realização de exames com recurso à radiologia digital, com visualização das imagens por via informática.

Para além dos RT, os exames radiológicos osteo-articulares realizados em urgência, também não são acompanhados pelo respectivo relatório clínico. Esta situação é gerada pelo elevado volume de trabalho que os MR têm, não sendo assim possível a ocupação do seu tempo com uma tarefa, que até nem é valorizada pela maioria dos prescritores. Em regra geral, são os Ortopedistas os maiores prescritores de exames radiológicos osteo-articulares na urgência. Estes profissionais desvalorizam os relatórios clínicos que eventualmente acompanham o exame em regime de ambulatório, pelo que a mesma desvalorização é extrapolada para a urgência.

Apesar de não existir o relatório técnico implementado nos DU, a importância da sua existência é bem defendida pelos entrevistados.

Quanto às capacidades do TR, este possui as capacidades e a formação para poder relatar exames osteo-articulares, realizados no DU. Estas capacidades são inicialmente fornecidas pelos estabelecimentos de ensino. Para que possam exercer um trabalho de melhor qualidade, os TR devem previamente ser submetidos a uma formação mais específica e intensiva nesta área.

4.2.2. SER TÉCNICO DE RADIOLOGIA NO CONTEXTO DA URGÊNCIA, NUM HOSPITAL CENTRAL, E OS RELATÓRIOS TÉCNICOS.

4.2.2.1. QUAIS AS COMPETÊNCIAS ASSOCIADAS À PROFISSÃO DE TÉCNICO DE RADIOLOGIA?

A profissão TR, integra a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutico, cujo conteúdo funcional, através do Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro, estabelece 14 competências.

A “**competência**” é assim a categoria a analisar.

A partir das intervenções dos entrevistados, quando questionados sobre as competências dos TR para elaborarem um RT, verificou-se que, os TR entrevistados, apesar de reconhecerem competências ao profissional para poder realizar os RT, não identificam concretamente que competências são essas. O segundo entrevistado também reconhece competências ao profissional, porque na sua perspectiva este possui os conhecimentos e na lei nada há que o impeça de realizar esta tarefa, no entanto, também não identifica concretamente qualquer competência.

Assim, identificaram-se vários excertos, fornecidos pelo MR. Nestes extractos, verificamos que as competências em questão, prendem-se com a capacidade na identificação de patologias ou imagens fora da normalidade:

“[...] não tenho dúvidas que a maior parte dos Técnicos que eu conheço e trabalham nas urgências, e não só nas urgências, portanto pessoas com experiência têm capacidade para ver... se existe patologia...[...].” E1

“[...] não tenho qualquer dúvida que a maior parte dos Técnicos que trabalha na urgência sabe ver fracturas, bastante bem, portanto pode relatar por isso, não estará ao nível...[...].” E1

“[...] os Técnicos de Radiologia identificam com mais... com facilidade, por vezes, fracturas e outra patologia osteo-articular, mais rápido... que os não radiologistas, com excepção dos Ortopedistas, que também têm muita experiência.” E1

O terceiro entrevistado, defende a obrigatoriedade que o TR tem em distinguir uma imagem padrão ou normal, de uma patológica ou fora da normalidade. Para ele, esta competência tem que lhe ser inerente, a partir do momento que termina a sua formação. Complementa ainda mais a sua intervenção, baseando-se no decreto-lei, acima citado, dizendo que a este profissional ainda compete planejar, executar e realizar o exame radiológico (até à sua fase terminal que é a elaboração do respectivo RT):

“Seja a parte de traumatologia, seja da parte da ortopedia, seja da parte torácica-abdominal, qual é a diferença? A diferença é zero! O TR tem a obrigação de saber o que é uma imagem, chamamos de “padrão”, “imagem normal”, e deve saber tudo o que tem a ver com desvios desse padrão.” E3

“[...] ele tem a obrigação, quer na parte osteo-articular, seja traumática, traumatologia ou ortopedia, portanto doenças do foro músculo-esquelético... Ele tem obrigação de saber se é uma artrose, se é uma artrite, se é uma coisa qualquer se é uma fractura... tem obrigação de saber!” E3

“[...]a ele compete planejar, executar, realizar, de acordo com a indicação clínica.” E3

Foram também identificadas outras competências, que passam pela realização do próprio relatório técnico e pela existência de autonomia, de acordo com os seguintes extractos:

“[...] possibilidade, no futuro, que pode ser a curto prazo ou a médio prazo, algumas das competências, sem a sobreposição de competências [...] nomeadamente da Radiologia osteo-articular e outros que poderão discutir, de alguns aspectos serem descrito inicialmente, ou de terem um relatório inicial, ou preliminar, que poderá ser definido, pelo Técnico Radiologista... [...]” E1

“[...] se tenho uma formação de base de licenciatura, que me permite ter e me dá conhecimentos para eu ter autonomia técnica e científica, ou seja, eu sou responsável por aquilo que executo, pelo que faço... se eu posso elaborar um determinado exame, é porque eu tenho determinados conhecimentos para o fazer, e portanto tenho o conhecimento para identificar aquilo que eu estou a fazer.” E2

“[...] no futuro nós teremos que até que olhar para isto de uma forma diferente e se calhar, o que é importante é “eu tenho os conhecimentos técnicos e científicos, eu faço o meu trabalho e faz parte do meu trabalho fazer o relatório que eu preencho e entrego”. E2

“ Eu tinha autonomia....quando eu visse algum exame, que eu achasse que era prioritário ser entregue, chamar a atenção do doente para ir logo ao médico, ou então...” TR5

“Como nós sabíamos, quando era um poli traumatizado, aquilo ia sempre para a Ortopedia, nós já sabíamos quais é que eram os parâmetros dos Ortopedistas e não fazíamos nem metade!” TR3

“Nós fazíamos uma triagem, uma boa triagem dos exames de raio-X. Tanto que hoje, muitas vezes, agente pergunta ao doente onde dói e ele diz “dói-me aqui” e nós temos uma perna ou um braço... e nós limitamo-nos muitas vezes à queixa do doente e muitas vezes temos o Sr. Dr. Ortopedista bater-nos à porta a perguntar porque é que nós fizemos aquilo e não fizemos o outro, e agente justifica e eles agradecem e vão-se embora, certo! Outros dizem “à mas devia ter feito e agora faz” e a gente diz “tudo bem”...” TR3

“Em S. Francisco há triagem feita pelos Técnicos.” TR2

A questão da autonomia, teve o seu caminho facilitado, com a introdução de uma alteração ao decreto-lei que rege a carreira do TR. A alteração prende-se apenas com a substituição de uma palavra: “prescrição” foi substituída por “indicação”. Deste modo, segundo o entrevistado, o TR ganhou alguma autonomia, pois deixou de ser um mero executante:

“[...] lei em 1999 [...] Antigamente dizia que o Técnico desempenhava a sua função de acordo com a prescrição clínica, e a prescrição clínica, subentende-se que está prescrito, tem de ser feito! [...] Em 99 essa alteração passou de prescrição para indicação clínica. Mudou só uma palavra, de facto! Mas esta mudança desta palavra, altera completamente de facto, o sentido da profissão.” E3

No entanto, em algumas situações, o TR é visto como um profissional com competências, conforme a citação seguinte, feita por um TR, mas por outro lado, existem ainda profissionais que não respeitam nem identificam competências, nesse mesmo profissional:

“E era o médico que vinha ter comigo e dizia-me “Técnica Maria, eu pedi-lhe o exame X, se fosse achar que está lá algo suspeito, ou me venha trazer o exame ou ponha-me lá a vermelho uma setinha, ou não sei quê... para me chamar a atenção!” Isto é pôr nas minhas mãos... [...] a responsabilidade...” TR1

“Eu já vi um Ortopedista de cá dizer a uma colega nossa “ Você não está cá para pensar, está cá para fazer o que eu mando!”.” TR2

A competência é algo que a pessoa tem de fazer por desenvolver. Ao TR, são-lhe dadas as ferramentas e incentivadas as capacidades, no entanto, tem de ser o individuo a lutar por conquistar a sua competência nas diversas áreas (temos como exemplo as citadas por Abreu (2001)). Este postura é defendida por um dos entrevistados:

*“[...] não posso responder que TODOS os Técnicos têm competência, o que eu estou a dizer é que o profissional, tem competências para o fazer, se não faz é porque não quer!”
E3*

4.2.2.2. DEVEM SER REALIZADAS AUDITORIAS AO DESEMPENHO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA?

Para que se possa garantir que a qualidade está presente na função de relatar por parte do TR, quando este rediz um relatório técnico, torna-se necessário avaliar o seu desempenho, medindo-o através de indicadores pré-estabelecidos da qualidade.

Uma categoria criada para que se possa estudar esta temática foi a categoria **“auditoria”**.

Para melhor sistematização das ideias, optou-se por ainda serem criados três subcategorias, nomeadamente as opiniões à sua realização, auditores e indicadores da qualidade.

A **opinião** dos entrevistados, quanto à necessidade de se realizarem auditorias ao desempenho do TR é unânime e é dada pela positiva, ou seja, defendem, uns mais acérrimos que outros, que as auditorias são importantes e devem ser realizadas., conforme extractos seguintes, dados pelo entrevistado mais expressivo:

“ Mas eu acho muito bem que devem ser avaliados e sou a favor que o TR deve ser avaliado.” E3

“[...] a implementação de um sistema de avaliação, aquilo que deveria fazer era com que melhorasse a acção do serviço, levando a diminuir a margem de erro. E portanto, auditorias, claro!” E3

“[...] sabe que a lei da EURATOM, obriga a auditorias! Tá lá! Define o que é auditoria, mas em Portugal, curiosamente só define o que é auditoria.... nunca mais passou do papel!” E3

“[...] sou a favor das auditorias clínicas, sim... mas essas auditorias clínicas serem multidisciplinares no âmbito de saber, se estão a fazer de acordo com a lei, de acordo com os parâmetros internacionais e se de acordo com o Manual de Boas Práticas, que em Portugal é outra vergonha, mas pronto...” E3

4.2.2.2.1. QUEM PODERÃO SER OS AUDITORES NO PROCESSO DE AUDITORIA AO DESEMPENHO DO TÉCNICO DE RADIOLOGIA?

Os **auditores** são uma subcategoria criada para estudar mais em profundidade este tema.

Os entrevistados no *Focus Group* e o MR, não conseguem transmitir uma resposta objectiva a esta questão. Por outro lado, os outros dois entrevistados arriscam uma resposta: um, de um modo mais comedido do que outro. Assim, ambos os entrevistados defendem que a auditoria deve ser levada a cabo pelos pares ou, sobre outro ponto de vista é que deverá existir uma equipa multidisciplinar para realizar a auditoria, de acordo com as citações:

“A avaliação do TR, deveria ser feita pelos pares, que é isso que se faz em qualquer parte do mundo desenvolvido, o chamado peer review... mais velhos... maior categoria...[...] Porque as pessoas deveriam progredir pela competência...[...]” E3

“[...] no modelo em que as pessoas [...] de maior categoria eram ou seriam efectivamente as mais competentes... é a este chamado peer review que competiria avaliar os mais novos... [...]” E3

“Eu acho que tem de ser Técnico. [...] Desde que seja, não queria dizer habilitado, não é esse o termo correcto... desde que ele tenha reconhecidamente as capacidades para o fazer.” E2

“Se nós estamos a isolar simplesmente o TR, só na sua função concreta de Técnico, eu por principio por norma é outro Técnico que audita”. E2

“[...] estamos a falar de um processo multi profissional.” E3

“[...] é obrigatório a auditoria! Multidisciplinar! E lá tem um Físico, um Médico, um Técnico. Deveria ter lá isto! Sem medo! E deveria servir para saber, se estamos a fazer exames dentro de um determinado padrão.” E3

4.2.2.2.2. COMO PODE O SEU DESEMPENHO, ENQUANTO RELATOR DE RELATÓRIOS TÉCNICOS, SER MEDIDO? QUE INDICADORES DA QUALIDADE DEVEM EXISTIR?

Para que efectivamente se possa medir algo, devem existir indicadores que servirão de base e de termo de comparação para essa medição.

A subcategoria a ser analisada neste ponto são os **indicadores da qualidade**, para o desempenho do TR quando este realiza relatório técnicos.

Quando questionados sobre a temática, os entrevistados de um modo geral tiveram imensa dificuldade em ser objectivos na resposta à questão colocada. Por sua vez, dos elementos do *Focus Group* apenas um, conseguiu fornecer uma resposta adequada à pergunta colocada.

Como indicadores da qualidade enumerados pelos entrevistados são: o relatório clínico correspondente ao relatório técnico (que lhe servirá de termo de comparação)

“Comparando depois com o relatório que o médico depois faria.” TR2

“ E hoje, a grande vantagem dos sistemas de informação é que permitem fazer uma avaliação praticamente em tempo real, mas podemos ter indicadores, métricas instaladas, sei lá... mensais, em que se pode compatibilizar aquilo que foi, digamos a indicação do TR e aquilo que foi a decisão clínica no fim do processo todo. E comparar...” E3

“Deve haver com certeza indicadores que [...] facilmente identificáveis, quando ele está a elaborar o relatório [...]. Estou a falar do próprio relatório, quer dizer, executa a imagem, tem de fazer o relatório dentro de determinados parâmetros... Acho que isso deve... poderá estar perfeitamente, digamos, padronizado [...]” E2

A resposta fornecida pelo MR adequa-se mais a indicadores da qualidade aplicados à função prática da realização do exame radiológico do que ao RT propriamente dito, apesar de este entrevistado também não conseguir fornecer um indicador objectivo, conforme a citação:

“[...]o Técnico está a fazer bem a suas funções, quando os exames saiem com qualidade adequada, para serem lidos por quem o vai ler... é esse o trabalho do Técnico, e não é fácil... é fazer um exame com qualidade e que tenha leitura para dar resposta à pergunta clínica que foi formulada pela pessoa, neste caso com certeza o médico que receitou os exames... [...]” E1

4.2.2.3. QUE RESPONSABILIZAÇÃO ESTÁ ASSOCIADA A ESTE PROFISSIONAL, NA ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS TÉCNICOS?

Ao redigir um relatório e assiná-lo, o seu autor, depois de devidamente identificado, possui responsabilização sobre o seu acto e sobre os actos que advém posteriormente e como consequência do seu.

Deste modo, após a análise das respostas dadas pelos entrevistadores e para melhor sistematização do trabalho, optou-se por criar uma categoria denominada **responsabilização** e duas subcategorias denominadas respectivamente, legal e clínica.

Das resposta fornecidas pelos entrevistados, rapidamente nos apercebemos que os entrevistadores que estão mais em contacto com a legislação, são os que conseguem fornecer respostas plausíveis para serem consideradas na subcategoria “**legal**”. As suas respostas

elucidam que nada consta na legislação sobre a legalidade ou não dos TR em puderem elaborar RT. Deste modo, sendo a legislação omissa, é uma questão de bom senso, e ter como base o conteúdo funcional do profissional, de acordo com as citações, onde os entrevistados defendem que o TR deve relatar os exames:

"[...] a lei não refere em concreto a questão do RT..." E2

"Não há nada que impeça." E2

"Agora, não há nada na lei que o impeça de o fazer!" E3

"Legalmente o Técnico não pode! Deve!" E3

"Não há nada na lei que... [...] que o impeça. Há uma coisa que na lei diz, que a ele "compete avaliar"! Se a ele compete avaliar, essa avaliação deveria estar escrita! Até para própria protecção do TR! [...] Até para própria protecção do doente e do próprio MR!" E3

"[...] do ponto de vista legal, se existe algo... não existe. Pura e simplesmente, não existe, como se costuma dizer... não existe. O que existe é, e podemos até ler o conteúdo funcional existente na lei..." E2

"[...] a legislação não aborda esta temática [...] Eu não concebo que um profissional altamente qualificado ao fazer, neste caso na imagem, ele não possa... não possa dizer o que vê naquela imagem e assinar." E2

"E o facto da lei não referir, muitas vezes a lei também não tem de referir tudo, é uma questão de bom senso" E2

Um dos entrevistados, defende a obrigatoriedade do TR em elaborar os relatórios técnicos, não só como um meio de protecção para o doente, mas também para o próprio profissional e para o próprio sistema de saúde:

"[...] estamos num país de brandos costumes e não há advogados à porta dos hospitais como há nos Estados Unidos! Porque se houvesse, advogados à porta... ah, não tenho a menor dúvida que os Técnicos iriam fazer RT, iam, iam! Até para própria protecção do sistema! Mas como o sistema não funciona... o doente não tem um sistema de protecção, não é... a justiça não funciona, é morosa [...] enquanto isto não mudar, as coisas vão andar assim!" E3

Quando questionados sobre a responsabilização na gestão de cuidados do utente (responsabilização **clínica**), que poderia ser inculcada ao TR pela seu compromisso em redigir os relatórios técnicos, a opinião dos TR e do MR é divergente da dos outros entrevistados. Para os Técnicos e para o Médico, os TR não têm qualquer responsabilização da gestão dos cuidados de saúde ao utente, que podem advir como resultado da elaboração do relatório técnico por si redigido.

“ O Técnico não tem a responsabilidade da gestão clínica do doente.” E1

“ A decisão final é sempre do médico! [...] Só o médico é que prescreve os tratamentos e... nós não prescrevemos nada!” TR2

“ Não... não.... nunca...” TR1, TR2 e TR3

Contrariamente, os outros dois entrevistados, fazem referência ao aumento da responsabilidade como consequência do aumento da competência, pelo que o TR tem responsabilidades na gestão dos cuidados do utente:

“ É que na evolução das profissões, há coisas que também são perigosas! E que são más... que é o aumento da responsabilidade! É que nós para termos mais competências, temos de ter mais responsabilidades!” E3

“[...] se se aceita que a pessoa tem capacidade, prova que se aceita a responsabilidade.. não podemos estar agora a querer fazer... a prestar um serviço, mas que depois não somos responsável por ele... isso não vale apenas faze-lo...” E1

“ Relativamente à Cardio-pneumologia, aquilo que é o meu conhecimento é que de facto existem Técnicos que também fazem relatórios, e que os assinam... Portanto, responsabilizam-se por aquilo que fazem [...]” E2

“Tem de ter [...] então não teria a autonomia suficiente para me responsabilizar por aquilo que estou a fazer. A autonomia tem o seu preço. E o preço que ela tem é esse. Como é que eu posso inclusive, querer que cada vez mais o TR, seja um profissional que apresenta o seu trabalho e se responsabiliza por ele, não podendo depois estar a passar essa responsabilidade para terceiros.” E2

“[...] mas pode também ser imputado ao Técnico, a responsabilidade de não ter feito a sua tarefa convenientemente. Se lhe escapou qualquer coisa, se ele não pôs algo que seria extremamente importante.” E2

4.2.2.4. QUAL A FORMAÇÃO NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DOS RELATÓRIOS TÉCNICOS? QUE NECESSIDADES?

Para melhor compreender esta temática criou-se a categoria **formação** para sistematização das ideias.

Quando o MR foi questionado sobre a formação que o TR precisaria ter para poder redigir relatórios, este é bastante explícito quando expõe as suas ideias. Na sua opinião, o TR tem competências para realizar tal tarefa, necessita apenas de alguma formação mais específica, conforme explicam as citações:

“[...] o trabalho do Radiologista há uns anos era um, hoje em dia é outro, as técnicas evoluíram muito, portanto, é natural que haja espaço, como estávamos a falar de competências, para outras pessoas, que antes só faziam determinadas coisas determinado tipo de trabalho, tendo a formação adequada, possam fazer outro [...]” E1

“[...] a verdade é que o TR de hoje não é o mesmo TR de há 20 anos, como os médicos também não, mas a formação, que eu vejo perfeitamente, tenho consciência disso, a formação dos médicos... dos TR actual é bastante superior àquela [...] é mais fácil aceitar uma formação melhor e competências que antes não tinham... [...] desde que as pessoas tenham formação, podem fazer e sabem até onde podem ir as suas capacidades e quais são as limitações e habilitações [...]” E1

“[...] talvez não possam, porque não têm essa formação, às vezes coisas mais finas, mais detalhadas, não têm porque não têm experiência e provavelmente não têm formação... se calhar começamos por aí, não têm formação, portanto não podem ter experiência [...]” E1

“[...] aceito que tendo a formação adequada, possam fazer... possam e devam... e no futuro isso vai acontecer... queiram ou não queiram... Queiram ou não queiram os Técnicos, queiram ou não queiram os Médicos. Vai ser independente, porque isso vai sempre acontecer.” E1

Na opinião de um outro entrevistado, o TR quando termina a sua formação de base tem já a formação e os conhecimentos e as ferramentas (dadas pela entidade de ensino) necessárias para que possa desde logo a começar a relatar exames radiológicos. Esclarece ainda que, se torna no entanto necessário que este profissional, posteriormente, aposte na sua formação ao longo da vida (formação contínua) de modo a manter actualizados os seus conhecimentos, tendo em conta as citações, que se enquadram na subcategoria criada, a das necessidades de formação:

“[...] não é uma questão de ter competências, ou não ter competências. O ponto número um para mim é a relação: se o TR na formação que existe em Portugal, se ele tem ferramentas ou skills para o poder fazer. Sem dúvida nenhuma que tem. Tem conhecimentos para tal na sua formação.” E2

“[...] na altura em que estamos a fazer esta entrevista, continuamos por clarificar, como é que vai ser a aplicação do processo de Bolonha ao ensino das Tecnologias da Saúde e, neste caso concreto, aos TR. [...] Não me parece, se incluirmos estágio clínico, nas 180 horas... nos 180 ECTS... não me parece que esse profissional técnico tenha capacidade para determinado tipo de tarefas, e onde poderá estar incluído a questão do relatório, porque se calhar não teve, digamos, não teve os conhecimentos todos necessários... porque é um tempo demasiado curto para essa formação. [...] A licenciatura que nós temos é uma licenciatura de quatro anos, portanto 240 ECTS.” E2

“[...] o desenvolvimento de capacidades faz-se sempre e não só, nos TR e em qualquer área de actividade, faz-se pelo, pela aquisição de conhecimentos e pela formação. Quer seja pela formação ao longo da vida quer seja na formação de base.” E2

“[...] há vários tipos de formação que se podem fazer ao longo da vida, e que todas elas, penso eu, serão necessárias, têm o seu cabimento e são de vital importância para que o profissional se mantenha actualizado.” E2

As respostas dada pelo terceiro entrevistado, talvez possam ser mais facilmente enquadradas na realidade vivenciada pelos TR, uma vez que este entrevistado é Presidente do Conselho Científico de uma Escola Superior e simultaneamente Professor Coordenador do

Curso Superior de Radiologia nessa mesma Escola, pelo que a sua visão é talvez uma visão mais abrangente e mais realista, pelo conhecimento que tem do terreno. Assim, este entrevistado defende que o profissional quando termina os seus estudos e alcança o seu diploma, está apto a realizar as suas tarefas profissionais entre elas, como já vimos anteriormente relatar exames. No entanto, a perspectiva deste entrevistado vai um pouco mais longe e apresenta um dado inovador que é a defesa da re-certificação profissional.

Dado que a profissão TR é uma profissão em constante mudança, o profissional tem de ser submetido, após um período de tempo que pode ir dos 2 ou 5 anos, o profissional deverá ser submetido a um exame de modo a re-certificar os seus conhecimentos e deste modo, revalidar a sua cédula profissional. Para tal, a formação continua deve ser obrigatória e o profissional deve apostar nela, realizando-a em locais de formação acreditados e certificados para tal.

A formação continua deveria ser repensada em Portugal, uma vez que não está dirigida concretamente para as necessidades sentidas pelos profissionais, nem para as dimensões e realidades dos SR, conforme excertos:

“A Escola emite um diploma. Com esse diploma o aluno... o profissional tem direito a pedir uma cédula profissional. Mas na minha opinião, e aquilo que eu defendo, é que a cada 3 ou 5 anos o profissional deveria ser novamente re-certificado. E pelo que para ter uma nova cédula profissional revalidada, deveria fazer prova de que fez formação profissional, nas áreas onde que está a desempenhar a sua função [...]” E3

“Portanto a formação profissional continua deveria ser OBRIGATORIO. Mais! Eu defendo que deveria ser obrigatória até para a re-certificação profissional. Eu sou um defensor acérrimo da re-certificação profissional.” E3

“[...] a formação continua deveria ser algo também aqui, em Portugal, em todas as profissões [...] deveria ser algo repensado, porque não há formação profissional continua em Portugal. O que há é uma invenção! Enquanto houver fundos, gastam-se os fundos. Nunca a formação foi feita de acordo com a dimensão e as necessidades do serviço.” E3

“[...] mas formação profissional certificada, por organismos competentes, que é aquilo que fazem os países desenvolvidos e se nós quisermos aproximar dos países desenvolvidos, é esta lógica que temos de fazer. É formação para desenvolver o indivíduo, para melhorar aquilo que é o seu desempenho profissional, naquilo que faz e não noutra coisa qualquer.” E3

Uma realidade sentida de um modo completamente diferente é-nos dada pelos TR entrevistados. Nas suas opiniões, que são convergentes, existe uma falha na formação de base, a nível das escolas, para que os profissionais possam terminar o seu curso e estejam aptos a redigir um relatório técnico. No seu entender existe mesmo uma falha a nível do curso, nomeadamente na gestão de algumas cadeiras que não estão bem equilibradas a nível de conteúdos programáticos, de acordo com os extractos:

“penso que se insistissem na formação mais um pouco, não fazia mal nenhum, então com essa historio do “red”... da bolinha vermelha, eu acho que qualquer um de nós estaria minimamente apto a fazê-lo.” TR1

“Temos uma falha a nível básico e é no nosso curso...” TR1

“mas a escola dá-te pouco nesse sentido...” TR1

“Mas temos muito pouca formação em patologia radiológica. Damos a anatomia radiológica mas e depois e a patologia radiológica? [...]” TR2

“Para que os RT sejam implementados com segurança, para que ninguém duvide de um RT é, iniciar formação na escola a quem lá está agora.” TR1

Um outro TR, defende uma ideia um pouco diferente: ao invés de dotarem os alunos que acabam os seus estudos com capacidades para poderem realizar os RT, esta deve ser dada em primeiro lugar a profissionais mais experientes para que depois possam transmitir esses conhecimentos aos mais novos:

“Primeiro formar um grupo mais velho... mais velho, pronto... dentro das possibilidades, não é? Não vamos formar tipo, uma pessoa, que está com os pés para reforma! Mas uma pessoa... alguns anos de prática, de idade. Começar a dar essa formação, mas uma formação boa.” TR3

“esta primeira vaga de conhecimento tem de ser dada a quem forma: os professores, os Técnicos Coordenadores, que têm habilidade, que é para depois mais tarde virem as auditorias.” TR3

De um modo geral, as citações seguintes demonstram as **necessidades sentidas** (subcategoria) por estes profissionais em terem mais formação contínua, sob o formatos de pós-graduações..., e formação vocacionada para quem já está formado à mais tempo:

“ Cursos para nós que já estamos formados!” TR1

“ Acho que teriam de fazer uma formação especifica... Talvez não uma coisa muito longa, muito extensa, mas...” TR2

“era muito importante estarem a haver cursos pós-graduados, quer dizer... há imensa gente... há imensos Técnicos que precisam dessa formação e não a têm. Os Técnicos novos!” TR2

“Tinha de haver uma formação continua.... haver a de base e depois haver cursos que se pudessem frequentar...” TR2

“Eu acho que quanto mais nos mostrarmos competentes, só por aí é que conseguimos que nos dê mais alguma valência, mais algum...” TR2

4.2.2.5. QUEM SÃO OS RESPONSÁVEIS POR ESSA FORMAÇÃO? QUE FORMADORES?

For criada a subcategoria **formadores** para analisar este ponto.

As opiniões quanto a esta temática divergem um pouco.

Objectivamente, apenas um dos entrevistados referenciou os locais de trabalho como sendo o local onde o profissional deveria receber a formação necessária para que possa relatar relatórios técnicos, conforme citação:

“ De certeza que haverá uma forma da Instituição poder ajudar, [...] basta dizer que é o local de trabalho das pessoas e é onde [...] surjam os problemas e as [...] onde surge a possibilidade de fazer os tais RT se é no local de trabalho, na Instituição também, a própria Instituição poderia ajudar até, não só mais capacidade como alguma obrigação até no sentido de tirar mais partido das competências que os Técnicos têm e eventualmente não estarão exploradas ao máximo. [...]” E1

Outros entrevistados, vêm nas Escolas o papel de formadores:

“[...] os estabelecimentos de ensino superior têm de ter sempre uma grande ligação ao terreno, à realidade, àquilo que são as necessidades e se não têm, têm de fazer um grande esforço para o ter, porque há na formação dos profissionais de saúde, além da componente consoante o profissional de que estamos a falar das ciências de base, há depois uma grande componente clínica que é necessária [...] componente que as pessoas têm de estar constantemente a actualizar [...].E eu acho que elas têm de ser feitas mesmo, nos estabelecimentos que estejam ligados à formação de base destes profissionais.” E2

“Por isso mesmo a escola tem que apostar nesse sentido, a nível da formação.” TR1

“ E a própria faculdade também devia ter uma cadeira...” TR5

Um dos entrevistados avança até com a divulgação de projectos que estão a ser desenvolvidos, exactamente nesta área, e com vista à formação dos TR para a realização dos RT:

“ Uma das coisas que estamos a pensar fazer, era juntamente com as escolas desenvolver programas de pós-graduação só nessa área. É uma área onde nós devemos apostar. Portanto já temos mais ou menos programadas, até para fazer pós-graduações em parceria com Universidades Inglesas, para exclusivamente Relatórios Osteo-Articulares.” E3

A ideia de que a formação só poderia ser dada por entidades competentes e reconhecidas, é uma ideia geral aos entrevistados e exemplificada nos extractos:

“ Sempre as instituições reconhecidas...” E2

“[...] pode ser feita nos estabelecimentos de ensino, como pode ser feito por entidades reconhecidas para tal.” E2

Os TR entrevistados, partilham ainda uma ideia diferente. Para eles quem começaria por ser formador dos TR, para que estes pudessem elaborar os relatórios técnicos, seriam, numa primeira fase, os MR. Posteriormente seriam os TR, que ensinariam os seus pares, de acordo com os extractos:

“Quem está habilitado, neste momento são os médicos.” TR2

“Para mim os médicos.” TR3

“Daqui a uns anos provavelmente seriam os Técnicos, agora numa primeira fase os médicos.” TR5

Sintetizando, as opiniões dos entrevistados, quanto ao ser TR no contexto de urgência, e os RT, verifica-se que, quando se remete para as competências deste profissional, existe uma tendência de predominância de estilos acomodativos e convergentes e por isso, uma tendência para o desenvolvimento de competências na área de acção (estilo acomodativo) e também de experimentação (estilo convergente).

Quanto à realização de auditorias ao desempenho do TR, de um modo geral, os entrevistados são a favor da realização das mesmas e relativamente aos auditores que deverão levar a cabo estas auditorias, apenas dois dos entrevistados forneceram uma resposta. Assim, as auditorias realizadas aos TR, quando este relata um relatório técnico poderão ser feitas ou pelos pares ou por uma equipa multidisciplinar. Relativamente aos indicadores da qualidade que deverão estar presentes nestas auditorias, os entrevistados apresentaram maior ou menor dificuldade em identificar estes indicadores, tendo apenas sido identificado correctamente um indicador: o relatório clínico (que servirá de termo de comparação para o RT).

A legislação é omissa no que concerne à legalidade dos TR elaborarem os relatórios técnicos, devendo por isso existir bom senso no que concerne a este ponto, devendo por isso ser consultado o conteúdo funcional do TR.

Apesar desta omissão, um dos entrevistados tem a opinião de que, a existência dos relatórios técnicos deveria ser obrigatória, como meio de protecção para o utente e para o próprio profissional de saúde.

Relativamente à responsabilização atribuída ao TR pelas consequências que poderão advir das suas opiniões no relatório técnico, estas dividem-se. Para os TR e para os MR, nenhuma responsabilização pode ser exigida pelas consequências clínicas relativas à informação constante nos RT, mas para os restantes entrevistados, à realização do RT está inerente um aumento de responsabilização. Deste modo, não se podem separar estes dois factores, pelo que competência implica responsabilização.

No que toca à formação, se para uns é necessário que o TR desenvolva um pouco mais as suas competências para poder relatar exames, para outros essas competências, assim como algumas ferramentas são lhes dadas aquando da sua formação base. A formação continua, conforme opinião de um entrevistado, não deve no entanto ser descurada. Para os TR existe

uma falha na sua formação de base, pois para eles, deveria ser ponderada a hipótese de reformulação do curso, no sentido dos profissionais ficarem mais dotados destas competências. Os TR sentem assim necessidades de uma formação contínua, mais vocacionada para relatar exames.

É nítido que são tomadas duas posições distintas entre os entrevistados. Se por um lado, os TR identificam os MR como os responsáveis, numa primeira instância (até que se verifique que os próprios TR possam executar este papel de formador, substituindo-os) pela formação a dar aos TR relativamente à elaboração dos RT, os restantes entrevistados atribuem às Escolas, a responsabilidade desta formação, apesar de somente um entrevistado ter atribuído esta responsabilização ao local de trabalho, do próprio profissional.

O entrevistado E3, salienta que a associação profissional que representa, está a pensar desenvolver projectos nesta área, conferindo também à associação alguma responsabilização nesta área de formação.

4.2.3. O RELATÓRIO TÉCNICO DE EXAMES OSTEO-ARTICULARES, REALIZADO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA, NUM HOSPITAL CENTRAL.

2.4.3.1. QUAL A DEFINIÇÃO DE “RELATÓRIO TÉCNICO”?

A **definição** do relatório técnico foi a subcategoria identificada, sendo o **relatório técnico** a categoria em estudo.

No decorrer deste trabalho, não se conseguiu encontrar uma definição formal de “relatório técnico”, em nenhum documento oficial português.

Ao longo das entrevistas, verificou-se que, de um modo geral, os entrevistados tiveram muitas dificuldades em definir o conceito de RT, havendo inclusivamente um deles que o desconhecia:

“[...] ia-lhe perguntar exactamente o que é que entende por RT. Porque já me falou já duas ou três vezes...e eu não sei...” E1

“ Não tenho know-how para isso.” E1

A questão do RT enquadrada no *clinical governance* é igualmente desconhecido no seu todo. Na verdade, os entrevistados definem apenas o “relatório técnico” como, um relatório elaborado pelo Técnico de Radiologia, onde este descreve, para além de parâmetros de realização do exame, as estruturas que visualiza, como resultado desse mesmo exame, ou seja, o

Técnico de Radiologia faz a descrição objectiva do que observa na radiografia que realizou. Trata-se de uma mera visão instrumental do RT.

No âmbito geral, os TR ressaltam que não compete ao profissional fazer o diagnóstico do exame, quando este elabora o respectivo relatório técnico. Realizar o diagnóstico compete ao MR, ou outro, sendo de considerar que “foge” esta função fora do âmbito das do TR.

Para os entrevistados, o relatório não é mais do que uma descrição objectiva e sucinta, da interpretação do exame realizado pelo TR, conforme explícito nas citações:

“[...] tem características técnicas e científicas porque ele faz o reconhecimento, como eu lhe disse [...] daquilo que ele vê na imagem.” E2

“ Até porque o relatório identifica e depois os clínico que tirem as conclusões que quiserem.” Nuno

“[...] o Técnico termina a sua função descrevendo aquilo que está na imagem e no fundo assinando, responsabilizando-se por aquilo que está a fazer.” E2

“ RT seja em que modalidade for, deve ser algo em que o Técnico avalia condições técnica, posicionamento do doente e a indicação de alterações de imagens que ele julgue pertinentes e dignas de registo. Chamar a atenção, localizá-las e dizer que tipo de densidade é que têm , para que, para que depois se possa haver então aí, digamos, uma chamada de atenção para o médico.” E3

“RT é algo que, digamos, regista a realização e a avaliação que o TR faz. Não faz diagnóstico! Para isso é o relatório médico. Se o especialista perante o RT, achar que deve pedir o relatório médico ao Radiologista, isso é um problema deles! [...] Agora o RT é: o que é eu fiz, como é que fiz e o que é que vi!” E3

“[...] na minha opinião, um RT, elaborado obviamente pelo Técnico, será um primeiro relatório, uma primeira avaliação da radiografia, ou do exame em si, para, digamos...” TRI

De um modo geral, o relatório técnico é entendido como um elo de uma cadeia de eventos que constituem no seu todo a gestão de saúde do utente.

Se para um entrevistado, o relatório é visto como um relatório formal definitivo, para outros (TR e MR) é visto como um “antecessor” do relatório clínico:

“[...] para protecção do Técnico, deveria ser mais um relatório de auxílio e de alertar para patologia, devendo deixar ou transferir a responsabilidade de o aceitar na sua totalidade para o médico assistente que vai receber o exame... [...] E1

“eu acho que o RT seria na minha opinião, não um relatório definitivo, que esse seria feito só para avaliação médica. É um, digamos uma triagem do relatório... é como se fosse uma primeira triagem, uma primeira avaliação... [...]” TRI

“um relatório inicial, um relatório de triagem, digamos. Para levar logo o médico naquele sentido, e então depois o médico poderia complementar, entendes. É a minha ideia! Não feito um relatório definitivo...” TRI

4.2.3.2. A ESTRUTURA GERAL DO RELATÓRIO TÉCNICO

4.2.3.2.1. QUAL O SEU FORMATO E O QUE DEVE CONTER?

Como qualquer relatório, também o relatório técnico pressupõe uma estrutura formal.

Optou-se por identificar o **formato/conteúdo** do RT como uma subcategoria a analisar

Questionados sobre o formato/conteúdo do RT, os entrevistados tiveram imensa dificuldade em expor as suas ideias sobre este ponto, sendo pouco objectivos.

As ideias expostas foram muito vagas, tendo em comum a ideia de que o relatório técnico deve descrever apenas, e de um modo muito sucinto, aquilo que o TR efectivamente vê na radiografia, ou seja, a identificação objectiva da imagem normal e as alterações da imagem, sem que o Técnico tenha a responsabilidade de definir a patologia correspondente, conforme ilustram os extractos:

“[...] eu sei como é que deve ser feito o relatório médico. O RT... não estou preparado para lhe dizer... [...] eu acho que o RT devia descrever o tipo de exame que foi feito, que incidência é que foi feita no caso da Radiologia Geral osteo-articular [...] a região que naturalmente foi radiografada... uma coisa... uma coisa sumária.... [...]” E1

“[...] eu, enquanto Técnico, acho que tenho conhecimentos técnicos e científicos que me permitem [...] do ponto de vista anatomo-formológico [...] identificar situações anómalas. Portanto... e eu devia, obrigatoriamente relatar imediatamente isso... não me perguntem de que formas, mas eu devia escrever num relatório “Nesta imagem, eu vejo isto, isto e isto.” Não tenho que tirar conclusões, não é... Nem tenho que estar a fazer digamos, diagnósticos, eu relato aquilo.... [...]” Nuno

“[...] ele não tem que estar a fazer o diagnóstico, mas eu acho que ele tem que relatar, tudo aquilo que ele vê.” Nuno

“[...] no fundo é a descrição e mais qualquer coisa que nos surja... que nos pareça anómalo, mas que não... pode perfeitamente pôr: “Observa-se algo... [...] para depois os próprios clínicos tirarem as suas próprias conclusões.” Nuno

“[...] uma coisa muito rápida, sucinta, digamos, já pré-estabelecida, com grelhas de avaliação perfeitamente definidas, escrever aquilo que viu. Escrever aquilo que viu no exame, chamar a atenção para aquilo que viu, se é normal ou não normal, posicionamento.... às vezes à exames tão maus, tão... realizados que é com critérios de qualidade, enfim... fora daquilo que são os standards, mas até podem ter alguma justificação.” E3

“Não precisava de ser uma coisa muito detalhada...” TR2

“[...] que seja uma pneumonia... mas isto é uma componente clínica . Acho é que se o Técnico disser que existe uma opacidade, o médico...” E1

“[...] pela radiografia é possível dizer que existe um aumento de volume e por isso chamar a atenção para uma determinada zona que não está normal, por exemplo isso é possível.” E1

Existem no entanto algumas opiniões divergentes quanto ao que relatar: se somente o que está normal ou se apenas as alterações identificadas. Apenas um TR manifestou a ideia que o TR apenas deve relatar o que identificar como patologia, ou desvios à normalidade:

“Não muito detalhada... Dizer tudo o que tivesse patologia... TR2

“[...] é mais importante ainda relatar quando se vê patologia, do que quando não se vê! Se calhar, na parte do não ter patologia é que podia não relatar... se não está a ver à partida, não tem de estar a descrever o que está normal, não é...” TR2

“Sim... deixávamos o normal para o Médico depois.... [...] porque o normal ele tem de descrever porque é anatomia...” TR2

Contrariando esta ideia, outro TR, defende que também a imagem normal deve ser relatada:

“Mas mesmo estando normal, acho que devias sempre escrever... se está normal achas que está normal.... [...] Mas tinha que ir lá a tua palavra... tu achas que está normal! Eu é que fiz o exame.... eu acho... visualizei e acho que está normal.” TR1

Quando foi pedido, para que de modo mais estruturado, identificassem os componentes do relatório técnico, poucos entrevistados arriscaram responder. Juntando todas as respostas dadas, conforme as citações, verifica-se que esta estrutura passa por: identificação do utente, identificação do prescritor do exame, descrição das estruturas observadas, descrição das técnicas utilizadas para a realização do exame, justificação da repetição do exame (caso exista), parâmetros de realização para a obtenção do exame (dose de exposição), desvios à normalidade identificados e assinatura de quem relata:

“[...] identificação normal que tem que ter do utente [...] todos os dados relativos ao doente, quem é que solicita o exame, quem é o prescritor do exame e depois entramos na parte do próprio relatório, que eu acho que ele deve ter... este relatório... “este exame incidiu sobre”.... não sei como... [...] que está a ser examinada...” E2 (a estrutura a ser examinada)

“Depois assinando... identificando quais foram as técnicas que se utilizou [...] acho que às vezes é importante dizer que técnicas é que utilizou, ou porque é que... porque é que se fez mais uma imagem, ou porque é que se repetiu... no caso da...” E2

“[...] Identificação do doente. Parâmetros de realização. Técnica realizada. Ah... Anomalias detectadas, e aqui anomalias leia-se desvios do padrão. Aquilo que me interessa num TR é que ele saiba ver o que é que não está bem... algo que está fora do padrão [...]” E3

“[...] uma das coisas que obrigatoriamente o RT deveria ter era: qual foi a exposição a que o doente foi sujeito.” E3

O MR frisa a distinção entre o RT e o relatório clínico, defendendo que o grau de exigência entre os dois não pode ser o mesmo, conforme citação:

“[...] não posso exigir a um RT, [...] tenha o mesmo que o relatório clínico[...].” E1

4.2.3.2.2. *QUE ESTRUTURAS ANATÓMICAS DEVE O TÉCNICO DE RADIOLOGIA RELATAR?*

Relativamente à questão das estruturas que o TR poderia relatar, apesar da pergunta ter sido feita aos entrevistados no âmbito dos exames osteo-articulares da radiologia convencional, as suas respostas fugiram um pouco ao âmbito do trabalho, mas mesmo assim foram consideradas, por contribuírem para a elucidação desta ponto. Assim, como subcategoria, identificou-se as **estruturas a relatar**.

É curioso que os entrevistados que mais poderiam contribuir com as suas respostas seria os TR, por terem contacto directo com o “terreno” e terem uma melhor noção da realidade vivida no dia-a-dia, podendo ter assim uma visão mais próxima da realidade do que os outros entrevistados, no entanto, contrariamente ao esperado, as suas intervenções foram muito sucintas, e não responderam directamente à questão colocada, conforme ilustra a transcrição:

“Convencional...” TR1, TR2 e TR5

Dois entrevistados partilham ideias muito próximas, dizendo que o TR deve relatar todo e qualquer exame radiológico que realize:

“[...] e existe determinado tipo de exame, na área da imagem ou na área da imagiologia, que um Técnico não possa fazer o seu RT, eu só concebo essa ideia se o TR não realiza o exame.. [...]” E2

“[...] tratando-se de um RT e de uma avaliação do exame, o Técnico deveria relatar todo e qualquer exame que ele fizesse. É obvio que ele não vai relatar um exame feito por outro!” E3

“[...] deveriam ser todos relatados. [...] Porque é disso que se cria a sistematização. Se está tudo relatado já estamos a entrar em algo de subjectivo, portanto, o doente entrou, fez o exame radiológico e ele só tem que dizer: a) se tem qualquer coisa, se não tem o que é que viu, em todos os exames.” E3

Nota-se que, ao dar a sua resposta, o MR apesar de parecer hesitar um pouco, devido à dificuldade que algumas estruturas apresentam em serem relatadas, consegue perceber qual o objectivo do RT e admitir que o Técnico as poderia relatar, conforme extractos:

“[...] o pulmão poderia também fazer.” E1

“As fracturas é um caso, as pneumonias não sei se o Técnico terá competências para chamar uma pneumonia a uma opacidade, porque uma opacidade num pulmão pode ser uma pneumonia ou pode ser uma neoplasia e podem ser outras coisas. Mas pode chamar à atenção que existe de facto um alterações, e que a alteração se traduz por um aumento

da transparência ou diminuição e da transparência, localizá-la e portanto, depois o clínico até com essa informação, interpretar, ajudar a interpretar... a enquadrar o quadro clínico, portanto o quadro clínico...[...]" E1

"Abdómen é muito difícil." E1

"[...] um TR está habituado a ver imagens, tal como os MR, está habituado a ver imagens, mas facilmente treina a vista para as alterações, se calhar também poderia fazer, chamar a atenção ... o tal RT que falamos inicialmente, no abdómen!" E1

4.2.3.2.3. QUEM DEVE ASSINAR O RELATÓRIO TÉCNICO?

A assinatura num documento é considerado como um compromisso formal de quem assina, em fazer ou declarar algo, ou tornar-se responsável pelo que vem escrito no documento.

A **assinatura** que deve constar no relatório técnico, foi considerada como uma subcategoria de análise.

A problemática levantada pelo investigador aos entrevistados sobre quem deve assinar o relatório, teve três interpretações diferentes. Assim, um dos entrevistados, defende que o relatório técnico deve ser assinado pelo Técnico de Radiologia que o rediz, no entanto, se este solicitar a colaboração do MR para esclarecimento de alguma dúvida, etc, e desde que o MR concorde com o que o TR já escreveu sobre o assunto, a assinatura de ambos deve constar no relatório técnico, conforme citação dada pelo MR:

"Se é o RT vai ser assinado pelo Técnico." E1

" se foi consultado... então nesse caso o Radiologista deverá assinar [...] portanto se existe responsabilidade, também do radiologista, mantendo a assinatura [...] se estiver de acordo, como é obvio." E1

"[...] também deve assinar, porque se o Radiologista está a dar a sua opinião, está a responsabilizar-se também sobre o relatório." E1

"[...] a partir do momento em que o Radiologista dá o seu apoio e concorda com o que foi feito anteriormente, então assinariam os dois." E1

Outro entrevistado contribuiu com um ponto de vista ligeiramente diferente do anterior, no sentido em que só TR que elabora o RT deve assinar o relatório. Mesmo que o Técnico peça ajudar a um outro profissional, nomeadamente a um MR, este não deve fazer constar a sua assinatura no relatório, porque pedidos de auxílio são um factor sistemático na Radiologia como meio esclarecedor de dúvidas, não ficando de modo algum quem esclarece ou auxilia, responsável pelo que o foi escrito. Este entrevistado, vai mais longe, defendendo que o Técnico

de Radiologia quando assina o RT, deve também fazer constar no documento o número da sua cédula profissional, conforme citação:

“ O Técnico que o fez! Como é obvio! Com a assinatura legível! E o número da Cédula Profissional!” E3

“RT é RT! E RT tem por... assumido uma questão chamada da responsabilidade. E portanto é ao Técnico que compete assinar! [...] é ele que assume a responsabilidade daquilo que escreve.” E3

Três outros entrevistados continuam a defender a ideia de que o relatório deve ser sempre assinado pelo Técnico de Radiologia que o fez:

“O RT deve ser assinado por um Técnico... se foi ele que o fez! O médico assina o seu próprio relatório...” E2

“O Técnico.” TR5

“Quem o fez... Sim o Técnico.” TR2

Um entrevistado, TR, surge com um opinião ligeiramente diferente, visto que acha que no relatório técnico devem constar duas assinaturas: a do Técnico que realiza o exame e o Técnico que rediz o próprio relatório:

“Quem fez o relatório! Assinaria o Técnico executante da radiografia e o Técnico que fez o relatório. Ai levaria as duas assinaturas.” TR1

Esta posição é totalmente contrária à apresentada pelo Presidente da Associação e pelo membro do Sindicato, que defendem , conforme citações anteriores, que o TR só deve relatar exames realizados por si:

“[...]e existe determinado tipo de exame, na área da imagem ou na área da imagiologia, que um Técnico não possa fazer o seu RT, eu só concebo essa ideia se o TR não realiza o exame.. [...]” E2

“[...]tratando-se de um RT e de uma avaliação do exame, o Técnico deveria relatar todo e qualquer exame que ele fizesse. É obvio que ele não vai relatar um exame feito por outro!” E3

4.2.3.3. QUE CRITÉRIOS DA QUALIDADE E RESPECTIVOS INDICADORES DEVEM PRESIDIR À REALIZAÇÃO DE UM RELATÓRIO TÉCNICO?

Os RT para que se possam considerar bem feitos e rigorosos, devem obedecer a um conjunto de critérios, entre eles critérios de qualidade, de modo a que alcancem altos padrões de rigor e enquadráveis num lógica de *clinical governance*.

A subcategoria em análise serão os **indicadores da qualidade**.

Mais uma vez, os entrevistados não conseguiram identificar nenhum critério específico e demonstraram claro desconhecimento quanto às temáticas que envolvem critérios e indicadores da qualidade.

Apesar de um dos entrevistados não conseguir ser objectivo e definir um critério ou indicador da qualidade, manifesta a importância destes factores estarem devidamente estabelecidos, conforme excerto:

“[...] tem que haver uma norma, portanto um normativo a seguir, do que é que deve estar no relatório. Se ele até protocolarmente está ser feito conforme aquilo que está definido, e que portanto, isso tem que estar com certeza escrito, e a pessoa sabe que o tipo de terminologia, de linguagem... esse tipo de coisas têm de estar tudo...” E2

“[...] têm que haver normativos porque senão o relatório que é feito num determinado serviço é completamente diferente de outro relatório... [...] tem que haver mesmo normas para isso [...]” E2

Um dos entrevistados identifica a dose de exposição como um critério de qualidade para o relatório técnico e juntamente com outro entrevistados, define indicador da qualidade como: adequação da informação descrita pelo profissional com a informação real da radiografia e as normas de boa realização da radiografia:

“Indicadores da qualidade dos relatório, seriam um indicador que enumerou: se a informação... se a informação vai ao encontro da imagem... se a informação que o Técnico descreve no relatório, vai ao encontro da imagem. E daí seria um indicador da qualidade.” E1

“Pode ser dose de exposição, a outra podia ser a concordância ou não... ou por outra, a consequência que a observação do Técnico... que o Técnico fez no relatório teve, ou o contributo que teve...” E3

“aquelas regras, aquelas normas, aqueles testes de boa realização de um exame radiográfico...” TR3

De um modo geral a ideia que vigora entre os TR é que os critérios e os indicadores da qualidade para o relatório técnico passariam por uma adaptação do que existe para os relatórios clínicos¹³, conforme explicito nas transcrições:

“ a adaptação do outro que já existe... da do médico...” TR2

“ Em critérios que têm de estar pré-estabelecidos...” TR1

¹³ Do que foi possível apurar no decorrer desta investigação, os relatórios radiológicos elaborados por Médicos Radiologistas não estão sujeitos a nenhum controlo de qualidade, nem tão pouco foi possível encontrar critérios e indicadores de qualidade previamente estabelecidos por qualquer entidade credível.

4.2.3.4. DEVEM OS RELATÓRIOS TÉCNICOS SER SUJEITOS A AUDITORIAS? QUEM DEVERÃO SER OS AUDITORES?

Para que posteriormente possam ser devidamente avaliados, os relatórios técnicos devem ser sujeitos a auditorias. Neste ponto, a categorias a analisar serão as **auditorias**. Como subcategoria as opiniões dos entrevistados, quanto à sua **necessidade de existência**.

Os entrevistados vêm a necessidade de se realizarem este tipo de auditorias aos Relatórios, conforme explícitos nos extractos:

“Deviam-se de se fazer.” E1

“ Sim... Que deve ser feita!” TR1

Contudo não conseguem explicitar muito bem, como fariam essas auditorias:

“[...] via só se realmente estava descrito correctamente [...] que tipo de exame é que estava feito, como é que estava feito... como é que foi feito e se... qual é que era a informação... [...]” E1

“[...] a minha resposta assim, imediata, e na conversa era agarrar nos exames e ver se aquilo correspondia [...] começava a ver os exames e via em 100 exame... X, não sei qual o valor razoável, e via se X % estava certo ou tinha uma informação clínica adequada, para a urgência.... [...]” E1

“ Da mesma forma que as auditorias às pessoas e aos serviços. Ou seja, eu entendo a auditoria como um processo que vai averiguar e avaliar determinadas...determinados parâmetros, determinados... o relatório também pode ser perfeitamente auditado.” E2

“ Tem de haver critério do que a gente tem de escrever no relatório! [...] e depois é ver se a pessoa se respondeu ou não respondeu a todos os critérios e depois se respondeu acertadamente em ...” TR2

“Em todo o caso não se pode fugir à norma.” TR1

“Como está na grelha.... Ora se eu seguir a grelha, para eu própria elaborar aquilo, ele vai ter de seguir a grelha para ver se aqueles os relatórios estão dentro dos parâmetros. Não estão? Este Técnico fugiu ao parâmetros... à que tomar medidas!” TR1

Relativamente às pessoas que deveriam levar a cabo essas auditorias, ou seja os **auditores** (sendo esta a subcategoria a estudar) verifica-se uma uniformidade de pensamento entre os entrevistados, uma vez que todos defendem que quem deve realizar a auditoria ao relatório técnico, elaborado por um TR deve ser outro TR, devidamente credenciado, detentor de uma habilitação profissional e académica superior, de acordo com o extractos:

“[...] estando a falar do RT a avaliação deve ser feita por Técnico!” E3

“ Pelos pares! [...] devemos acabar com esse estigma... os outros avaliam-se eles para nos avaliar a nós temos que pedir a outros.... isso, isso é uma questão de princípio. É uma questão de princípio!” E3

“ Quem deve fazer, na minha opinião, nunca será o MR, será o TR superior existente, quer no Serviço ou não do Serviço, tal como se faz nos concursos, vem um Técnico não sei de onde para ser presidente e não sei quê... [...] O mais habilitado.... [...] Não tenho é que ser avaliada pelo médico! Eu não estou a fazer um relatório médico, estou a fazer um RT!” TR1

“Pelo Técnico mais competente...” TR2

“Os Técnicos Coordenadores... O Técnico mais habilitado...” TR2

“Mas essa auditoria é uma auditoria que não é feita diariamente... as auditorias são feitas, sei lá... uma vez ao ano, ou de seis em seis meses, e como eu disse à pouco, tem de ser feito pelo Técnico mais habilitado existente nesse serviço.” TR1

O MR vai um pouco ao início da questão e diz que enquanto não houverem TR com capacidades para serem auditores dos RT então neste período de transição, deveriam estar os MR:

“Enquanto, não houver Técnicos com capacidade para fazer auditoria aos outros Técnicos, deveria ser feita pelos MR [...] credenciados, de preferência com alguns anos de experiência [...]” E1

Um dos entrevistados, pondera ainda a hipótese da existência de uma grupo multidisciplinar para levar a cabo as auditoria, desde que, o seio desse grupo se encontre um TR:

“ Pelo Técnico ou por um conjunto de pessoas.[...] se vamos auditar trabalho feito por TR, têm que estar TR na auditoria. Eu nunca ponho de fora a hipótese de haver equipas multidisciplinares quando estamos a auditar, porque às vezes as auditorias não são assim tão específicas [...]” E2

4.2.3.5. QUAL A SUA VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO?

Sempre que uma nova tarefa complementa o rol de tarefas de um profissional, as perspectivas futuras que lhe estão inerentes dependem do ponto de vista de cada indivíduo. Deste modo, as **perspectivas futuras** são a categoria em estudo.

Quando falamos em perspectivas futuras, falamos inevitavelmente em **viabilidade**, pelo que esta será a subcategoria em análise. Deste modo, questionaram-se os entrevistados logo no início da suas entrevistas e posteriormente no seu terminus, com o objectivo de verificar se o decorrer normal da conversa, teria feito algum dos entrevistados alterar a sua opinião sobre a referida viabilidade. Como resultado, nenhum dos entrevistados alterou a sua postura e a sua opinião, em relação a esta matéria.

Assim, com exceção dos TR entrevistados no *Focus Group*, os entrevistados mostram positivismo e até mesmo uma certa obrigação para a introdução dos RT em Portugal, conforme confirmam as citações:

“...isso é viável...” E1

“Eu acho que sim, se não existem... têm de se criar!” Nuno

“[...]acho que é um caminho que tem de se percorrer[...].” Nuno

“O RT devia ser obrigatório em cada exame radiológico feito por um Técnico.” E3

O entrevistado que é simultaneamente o Presidente de uma associação profissional e Presidente do Conselho Científico de uma Escola Superior vai mais longe e defende inclusive que o sistema *Red-Dot* já se encontra há muito implementado em Portugal, simplesmente sem que tenha essa denominação, e que o relatório técnico até está contemplado em legislação, no entanto com outra designação, de acordo com as excitações bem explícitas:

“ O RT, curiosamente já está definido na lei... Não está com essa designação mas o que diz na lei, no conteúdo funcional do TR, nomeadamente, na carreira, diz que compete ao Técnico a avaliação! Ora para ele poder fazer uma avaliação, ele deveria registar essa avaliação! Portanto, a avaliação de um exame radiológico, não passa exclusivamente por passar os olhos ou por um monitor ou por um negatoscópio e na sua cabeça dizer “Isto está bem” ou “Isto está mal”, portanto, deveria haver um suporte físico escrito, de prova que o individuo que fez o exame... o TR que fez o exame avaliou o exame e o escreveu!” E3

“ Curiosamente em Portugal, sempre houve o Red-Dot System! Não tivemos foi nunca a capacidade de lhe chamar esse nome, nem nunca o formalizamos, por que no dia-a-dia da vida de um TR, ele é muitas vezes chamado a dar a sua opinião, muitas vezes ele fala com o MR do Serviço [...]. Fala com os outros especialistas [...]. Muitas vezes os médicos especialistas vêm perguntar a opinião portanto, isto já é um sistema Red-Dot! [...]Não é é formal! Mas sempre existiu!” E3

“Eu não concebo um exame radiológico, seja ele qual for, e em que serviço for, que não envolve: uma realização por parte de um TR, um RT feito por um TR e um relatório médico feito por um MR. E para mim um exame radiológico só está completo quando tenho todas estas etapas completas: Doente, Técnico, Médico, Relatório. Se este círculo não for cumprido, não está a ser cumprida a legislação internacional, relativamente à questão de emissão da radiação ionizante.” E3

Este entrevistado esclarece ainda que, se o relatório técnico ainda não se encontra formalmente implementado em Portugal, em parte a culpa deve ser atribuída aos próprios TR, que não se empenham para ver esta realidade concretizar-se, tomando contrariamente ao esperado, uma postura de resistência, por não quererem ver aumentadas as suas responsabilidades enquanto profissionais da saúde e por não quererem ver o seu volume de trabalho aumentado:

“[...] os RT não existem porque os Técnico não querem que exista! [...] Os Técnicos deveriam fazê-los! Mesmo que fossem para o lixo!” E3

“[...] mas porque é que não fazem? Porque dá trabalho, porque têm de perder tempo, porque têm de criar um mecanismo interno para... para, para o efeito!” E3

“Sempre que um grupo profissional tende a implementar qualquer coisa que vá no sentido do seu desenvolvimento, hão-de haver sempre obstáculos. [...] eu acho que os obstáculos não devem servir como desculpa para nós não fazermos. Ok? O que nós devíamos fazer é provar que temos razão, essa é a primeira questão importante.” E3

“Eu não tenho a maior dúvida em afirmar que a maior resistências vão vir dos próprio profissionais! As pessoas não querem responsabilidades! Querem estatuto, querem dinheiro, querem progressão, mas não querem mais responsabilidades.... se possível, não ter nenhuma responsabilidade! E não é possível evoluir a profissão sem fazer aumentar o grau de responsabilidade.” E3

Ainda segundo este entrevistado, não é possível fazer crescer a profissão, sem se assumir o compromisso de um aumento de responsabilidades profissionais e um empenhamento e entrega profissional, no sentido de ver o próprio profissional ser respeitado. Neste sentido está inerente a toda esta problemática uma alteração das mentalidades dos próprios profissionais, que funcionará num primeiro plano, como obstáculo à implementação dos RT. Este ponto de vista é defendido também por outros entrevistados:

“[...] para mim, a coisa mais importante é a formação, nova postura profissional e uma nova mentalidade da profissão. Na minha cabeça está claro, que nada evolui e nada vai ser possível, se não, enquanto não alterarmos a mentalidade dos profissionais!” E3

“[...] nada disto faz sentido se não houver uma consciencialização por parte dos profissionais que digamos que [...] estas pequenas coisas... vão fortalecer a profissão.” E3

“Não, eu acho que não... Eu acho que isto é a mentalidade portuguesa, a nível de medicina... médicos... diz tudo!” TR4

“É a atitude, é a mentalidade [...] não só dos outros mas também a nossa...” TR3

“Com a mentalidade portuguesa não vai ser fácil...” TR1

“Também a nossa atitude” TR1 e TR2

Os TR comentam as consequências da introdução dos RT, referenciam que se para uns esta tarefa iria ser encarada como um fardo e não seria motivo para melhorarem a sua prestação, para outros poderia ser encarado como um reconhecimento, autonomia e responsabilidades acrescidas:

“Alguns Técnicos enchiam o ego... [...] a outros Técnicos eu acho que iam dizer “que chatice... já tínhamos trabalho suficiente, ainda nos foram arranjar...”” TR5

“Eu acho que enchiam o ego e continuavam a trabalhar mal...” TR4

“Havia outros que não... iriam achar porreiro... estão a dar-nos mais responsabilidade, mais autonomia, mas a maioria não...” TR5

Os TR parecem mais renitentes quanto à viabilidade de introdução dos RT, encarando a sua introdução não como um dever inerente ao profissional e à legislação que o suporta, mas devido à falta de interesse que os MR parecem ter em relação ao relatório clínico. O relatório técnico é, de algum modo encarado como um possível substituto do relatório clínico. Outros Técnicos pensam que será mesmo inviável a introdução dos relatórios técnicos em Portugal, apesar de acharem que este deveria existir, conforme exposto na citação seguinte:

“Eu acho que é possível. Cada vez mais os Radiologista não querem saber do raio-X. Eles não querem perder tempo a relatar...” TR2

“[...] há-de haver uma grande luta ou se for implementado, há-de haver muita gente contra... não sei bem se será possível...” TR2

“Não me acredito que nos próximos 20 anos, em Portugal seja implementado essa esquema.” TR1

“Sim... num futuro próximo não.... Sim, vai haver muita gente contra...” TR3

“É... não é viável...” TR5

“se vai ser ou não, acho que já vai ser difícil ser... mas que deveria ser deveria!” TR1

4.2.3.6. QUE CONFLITOS PODEM SURTIR COM A SUA IMPLEMENTAÇÃO?

Como acontece a qualquer mudança, também a implementação dos relatórios técnicos irá originar os seus conflitos. Os **conflitos** serão deste modo a subcategoria em análise.

Um conflito que poderá surgir, é identificado de modo comum pelos entrevistados e prende-se com o conflito entre duas classes profissionais: os TR e os MR. A introdução desta função de relatar por parte do Técnico pode ser encarada por alguns Médicos como um usurpar das suas funções, dado que a ele compete fazer o relatório clínico, conforme receia um Técnico de Radiologia, na seguinte citação:

“Mas eles não nos querem deixar avançar. [...] Eles não iriam gostar...” TR5

No entanto, outros Médicos poderão encarar de modo diferente esta mudança. Podem encara-la como um alívio ao seu volume de trabalho e não como sobreposição de competências:

“[...] É e não tira o trabalho do médico! Não há qualquer problema, não há confusão de interesses, digamos assim [...] talvez algumas situações dessas é o facto de haver receio

que uns tirem competências aos outros...mas não tiram. Pelo contrário, até podem aliviar, a carga de trabalho, portanto, um Técnico pode perfeitamente... [...]” E1

“[...]pode haver aquele receio de sobreposição de competências, que não existe, mas eu penso que isso se deve ao facto de as pessoas que apoiem mais isso ou são mais críticas dessa situação... talvez sejam as pessoas mais velhas... [...]” E1

Outro entrevistado esclarece ainda o que se passou em Inglaterra, onde os MR tivera de ter uma consciencialização da problemática que estava a decorrer e perceber que se não tomassem uma atitude esta função iria mais dia, menos dia, a ser realizada por uma outro profissional que não um pertencente à “família dar Radiologia”:

“[...]em Inglaterra, houve uma consciência profissional por parte dos Radiologistas, dos MR, de perceberem, que não... que tinham de fazer qualquer coisa para salvaguardar a especialidade e a profissão deles.” E3

Um dos entrevistados, esclarece ainda que um relatório técnico nada tem haver com o Relatório Clínico e por consequência, um não substitui o outro:

“ Não há nada na minha estrutura mental que diga que o RT substituiu o Relatório Médico.” E3

Fazer um RT não é fazer um relatório clínico. Um dos entrevistados tenta demonstrar isso mesmo, expondo a ideia de que ao fazer o seu relatório, o TR não tem a intenção de fazer o diagnóstico (conforme outras citações expostas em cima), por isso não está a entrar naquilo que poderão ser consideradas as competências clínicas (médicas).

“[...] ao identificar uma determinada patologia, de alguma maneira estou a fazer um determinado diagnóstico, mas... mas eu ao fazer aquilo... não é essa a minha intenção! [...] Eu estou a identificar o que existe. É a terminologia...” E2

“Até porque ele não está de facto a, digamos, a entrar naquilo que são as competências do médico.” E2

Sintetizando, relativamente ao RT de exames osteo-articulares, realizados em contexto de Urgência, apesar dos entrevistados de um modo geral, terem tido muita dificuldade em definirem o conceito “relatório técnico” (um dos entrevistados desconhecia inclusivamente o conceito), conseguem-no definir como um relatório elaborado pelo TR, onde este descreve, para além dos parâmetros de realização do exame, as estruturas que visualiza nesse exame. Os entrevistados ressaltam que ao redigir o relatório o TR não faz o diagnóstico, apenas uma descrição objectiva e sucinta do que observa.

De um modo geral, o RT é entendido como parte de uma cadeia de eventos que se sucedem naturalmente na prestação de cuidados ao utente, no entanto, um dos TR e o MR não lhe atribuem formalização, ou seja, não o percebem como um relatório formal definitivo.

Quanto ao seu formato, os entrevistados apresentam ideias muito vagas quanto ao formato /conteúdo que poderá ter o RT, no entanto têm a noção de que o relatório deverá conter apenas aquilo que o TR efectivamente visualiza na radiografia. O TR fará assim uma descrição objectiva da imagem no caso de esta ser normal e a descrição apenas das anomalias ou patologias, sem no entanto ter de definir o tipo de patologia em questão. Existe no então um pouco de discordância sobre se deverá relatar apenas a patologia ou se deverá também relatar a que está normal. De um modo mais estruturado, e reunindo todas as respostas dadas, o formato do RT passa por conter: identificação do utente, identificação do prescritor do exame, descrição das estruturas observadas, descrição das técnicas utilizadas para a realização do exame, justificação da repetição do exame (caso exista), parâmetros de realização para a obtenção do exame (dose de exposição), desvios à normalidade identificados e assinatura de quem relata.

Pegando neste último item, a assinatura a constar no RT, são três as perspectivas fornecidas pelos entrevistados, relativamente a este ponto. Assim, deverá constar no relatório técnico a assinatura do Técnico de Radiologia que rediz o relatório e do MR a quem seja solicitada ajuda; somente a assinatura do TR, mesmo que este solicite ajuda a outro profissional (Médico Radiologista ou não) e numa terceira perspectiva a assinatura do Técnico de Radiologia que rediz o relatório e a do Técnico de Radiologia que executa o exame (caso sejam profissionais diferentes).

No que concerne às estruturas anatómicas que poderá relatar, os TR partilham a ideia que serão as estruturas estudadas em radiologia convencional, no entanto o Presidente da Associação e o membro do sindicato defendem que o TR deve relatar todas as estruturas existentes nos exames que realiza. O MR é um pouco mais renitente, acabando por se contradizer um pouco, pois no seu entender existem estruturas demasiadamente complexas para o TR as relatar, no entanto acaba por identificar competências no TR que lhes permite relatar essas estruturas (deu como exemplo o pulmão e o abdómen). Este entrevistado faz uma ressalva, defendendo que o grau de exigência do RT não poderá ser o mesmo que o de um relatório clínico.

Quanto aos critérios de qualidade e os seus indicadores, os entrevistados demonstram de um modo geral, clara falta de conhecimento mais técnico, relativamente à temática da qualidade, nomeadamente critérios e indicadores da qualidade, apesar de conseguirem identificar a sua importância. Um entrevistado referiu no entanto a dose de exposição, e outro a

adequação da informação descrita pelo profissional com a informação real da radiografia, assim como as normas de boa realização da radiografia. Os TR defendem que os critérios e indicadores da qualidade para o RT passam por uma adaptação dos existentes para o relatório clínico.

A auditoria ao RT é vista por todos os entrevistados como uma necessidade, apesar de não conseguirem explicar em que moldes poderá esta auditoria ser realizada. Quanto aos auditores, a opinião dos entrevistados é unânime, devendo o auditor ser um TR credenciado, detentor de habilitações profissionais e académicas para desempenhar a função. O MR acrescenta que enquanto não existirem TR com estas qualificações deveria ser um MR a realizar estas auditorias. Outro entrevistado, avança com a ideia de que poderia ser criado um grupo multidisciplinar para realizar a auditoria, tendo no entanto de existir um TR no seu seio.

Quanto à perspectiva futura relativamente à implementação do RT, e possíveis conflitos, o entrevistado E3 esclarece que, o sistema *Red Dot* já se encontra implementado em Portugal, no entanto não apresenta esta designação formal e que o RT está contemplado na legislação portuguesa, também ele com outra designação. Para este entrevistado os próprios TR são os primeiros a serem culpabilizados pela inexistência de um RT formal implementado em Portugal. A mentalidade destes profissionais, bem como a dificuldade em aceitar um aumento de responsabilidades profissionais, serão, numa primeira instância os primeiros obstáculos à implementação do RT, segundo a generalidade dos entrevistados. As consequências passaram por possíveis conflitos entre duas classes profissionais: TR e MR, mas no fundo, o maior conflito de todos será a mentalidade de cada interveniente no processo.

4.2.4. ASPECTOS MAIS IMPORTANTES E SUGESTÕES

Na parte final das quatro entrevistas, foi questionado aos entrevistados, quais teriam sido as temáticas (os aspectos) mais importantes focadas em cada entrevista, respectivamente.

Uma temática comum a algum dos entrevistados é a competência associada ao profissional TR, a sua evolução e a sobreposição de competências com outros profissionais, nomeadamente os MR, conforme ilustram as seguintes citações:

"[...] possibilidade, no futuro, que pode ser a curto prazo ou a médio prazo, algumas das competências, sem a sobreposição de competências (...) nomeadamente da Radiologia osteo-articular e outros que poderão discutir, de alguns aspectos serem descrito inicialmente, ou de terem um relatório inicial, ou preliminar, que poderá ser definido, pelo Técnico Radiologista... [...]"E1

"[...] obviamente que é toda esta questão das funções do TR e quando ele está perante uma tal situação de... o RT."E2

“Eu não concebo que um profissional altamente qualificado ao fazer, neste caso na imagem, ele não possa... não possa dizer o que vê naquela imagem e assinar.” E2

A competência esta associada à formação, sendo este factor um outro factor importante apontado por dois TR:

“E a formação...”TR2

“Com base em formação...”TR1

E também ao brio profissional:

“[...] ajudar a que as pessoas tenham mais brio profissional.” TR5

O factor mais defendido como sendo o mais importante é a necessidade da implementação do RT, associada não só a um aumento de competências e melhoria na formação, conforme enunciado anteriormente, mas também associado a uma mudança de mentalidade por parte dos próprio TR, bem patentes nas citações:

“[...] os aspectos mais importantes é em relação ao futuro da profissão nesse aspecto. Era muito importante poder-se implementar o RT.” TR1

“Agora, acho que é um caminho que tem de se percorrer (...)”E2

“[...] nada disto faz sentido se não houver uma consciencialização por parte dos profissionais que digamos que estas pequenas.. nós chamamos... estas pequenas coisas... vão fortalecer a profissão. E portanto para mim, a coisa mais importante é a formação, nova postura profissional e uma nova mentalidade da profissão. Na minha cabeça está claro, que nada evolui e nada vai ser possível, se não, enquanto não alterarmos a mentalidade dos profissionais! E3

O entrevistado André chama ainda a atenção para o facto da legislação não ser um impedimento para a implementação do RT, apesar de omissa, relativamente a esta matéria:

“E o facto da lei não referir , muitas vezes a lei também não tem de referir tudo, é uma questão de bom senso” E2

Relativamente às sugestões, apenas um dos entrevistados ousou fazê-la, já que os restantes decidiram não se pronunciar, e a sua intervenção diz respeito à necessidade das organizações, no seu entender, intervirem no que diz respeito à introdução do RT, conforme citação:

“[...] as próprias organizações, que depois têm também algum papel no sentido de fazer alguma pressão futura, na necessidade do RT.” E2

As respostas fornecidas relativamente aos aspectos mais importantes e às sugestões, foram agrupadas e esquematizadas num quadro resumo representado no Apêndice 8.

4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos resultados, optou-se por realizar uma divisão dos mesmos, segundo as temáticas apresentadas na análise dos dados.

4.3.1. PERCEPÇÃO DO ESTADO ACTUAL DOS SERVIÇOS DE RADIOLOGIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

De um modo geral, os serviços integrados num hospital, procuram cada vez mais melhorar a qualidade dos serviços que prestam, assim como diminuir os custos que lhes estão associados.

Um SR deve ter em consideração a gestão dos recursos humanos, matérias e tecnológicos que lhe estão associados.

Relativamente à gestão dos recursos humanos, no departamento de urgência, a opinião dos entrevistados é um pouco divergente, no sentido em que, se para uns existe uma diminuição dos recursos humanos relativamente ao que seria ideal, nomeadamente a falta de TR, para outros o que realmente existe é uma má gestão dos recursos existentes. No entanto, por um ou por outro motivo, o que se verifica é uma diminuição do número de elementos que compõe uma equipa de TR. Mas também a classe dos MR sofre do mesmo problema, uma vez que o MR entrevistado esclarece que também as equipas médicas estão reduzidas, existindo inclusivamente urgências onde não existe permanência do MR, durante o período de funcionamento da urgência de Radiologia, o que contrasta com o aumento do volume de trabalho que estes profissionais enfrentam. Esta realidade é o espelho do que existe um pouco por todo o Portugal. Efectivamente, poderão existir casos onde o número de profissionais é efectivamente diminuto, no entanto, em outros, o que existe é uma clara falta de boa gestão por parte dos coordenadores dos serviços de Radiologia.

Relativamente ao cenário dos meios tecnológicos e materiais, é curioso verificar que os TR entrevistados, que são os profissionais que estão e lidam no terreno com questões relacionadas com este tipo de meio, nada têm a observar. É o membro do sindicato e o presidente da associação profissional que opinam, e estão de acordo relativamente à existência de má gestão dos equipamentos, no que se prende com o planeamento de investimentos de equipamentos.

Há que ter em consideração a realidade da Coordenação existente nos Serviços de Radiologia, ou seja, a grande maioria dos Coordenadores existentes não possui qualquer

habilitação a nível da gestão ou tem noções de gestão. O cargo de Coordenador é um cargo, em regra geral, ocupado por profissionais formados há muito tempo (existem ainda Coordenadores que obtiveram equivalência de curso, para se poderem equiparar ao bacharelato em Radiologia). Pode até considerar-se até que, na maioria dos Serviços se trata de um posto e não de um cargo.

Convém também referir que, existe uma assimetria na distribuição dos equipamentos radiológicos ao longo dos departamentos de urgência, nos hospitais centrais. Por vezes encontramos equipamento de ponta instalado em serviços, onde o volume de trabalho não o justifica, se comparado com outro, abrangido por uma maior população. Efectivamente existem assimetrias a nível de equipamentos, nos departamentos de urgência. Mas esta falha não pode ser centralizada no Coordenador, pois esta temática diz respeito mais à agenda política do que necessariamente aos interesses profissionais de cada Coordenador.

A gestão de recursos materiais, tecnológicos e humanos é um dos pilares da GC como visto anteriormente. Se se verifica uma gestão deficitária a este nível (de recursos), situação que coloca a procura da filosofia de uma gestão pela qualidade contínua, defendida por Bugada (2006), como algo que fica fragilizada, uma vez que a satisfação do utente é posta em causa, sendo que este é outro dos pilares onde a CG assenta que parece não estar presente no SR.

Sendo a satisfação dos utentes um dos objectivos principais na gestão dos serviços de saúde, facilmente verificamos que se existe insatisfação por parte destes, então a gestão que está em prática não é a mais correcta.

Promover cuidados de saúde com a máxima qualidade possível é também promover a qualidade do desempenho dos profissionais que asseguram esses cuidados. No estado actual dos Serviços de Radiologia, nos departamentos de urgência, esta intenção está a ser posta em causa, logo também o modo da GC se questiona como eficiente.

Para além da questão da gestão dos meios e dos recursos, os entrevistados identificaram várias problemáticas e/ou tensões existentes nas urgências da Radiologia. Um dos factos prende-se com a existência de uma triagem ineficaz, nas urgências, associada ao fácil acesso que os utentes têm a este departamento. A triagem ineficaz prende-se, na maioria das situações, com pedido exacerbado de exames, por parte dos médicos, devido por um lado, aos desconhecimento da justificação efectiva para um pedido de radiografia a determinada zona anatómica, e por outro à tentativa de protecção profissional pessoal que estes profissionais efectuem, de modo a evitarem eventuais problemas e conflitos. Por outro lado, a triagem é ineficaz por existir uma formação débil, por parte de quem realiza a referida triagem. Como

consequência desta situação, verifica-se um aumento indevido de exames a realizar na Radiologia de Urgência, o que aliado à má gestão de recursos humanos provoca, um aumento de volume de trabalho, visto que os TR não conseguem por vezes dar vazão ao número de exames que têm de realizar, o que provoca um atraso na realização dos mesmos.

Esta temática, foge no entanto ao âmbito deste trabalho, pelo que carece de uma investigação própria.

Outra problemática identificada pelos entrevistados prende-se com a diminuição dos custos, por parte do Serviço. Este problema é identificado como um problema transversal a todos os serviços, onde a Radiologia não é excepção. Assim sendo, verifica-se que a diminuição dos custos é feita em várias vertentes, nomeadamente a nível material e também a nível de recursos humanos.

Só o grupo de TR mencionou como tensão, a falta de brio profissional que se vem assistindo na realização dos exames, por parte dos TR. A falta de brio profissional poderá estar associada aos factores anteriormente mencionados, considerando-se que estes podem ser descritos com factores em cadeia, no sentido em que, devido à falta de uma triagem eficiente, o número de exames radiográficos aumenta, aumentando assim o volume de trabalho dos TR, mas como os TR encontram-se em número reduzido, face à necessidade de diminuir os custos, a necessidade de rapidamente efectuar o exame é imensa, pelo que muitas das vezes, o TR não tem em consideração o que está na base dos critérios para uma boa realização dos seus exames e da sua conduta profissional.

Se continuarmos a analisar estes acontecimentos em cadeia, veremos que todos elas nos encaminham para a qualidade, ou neste caso para a falta dela. O TR a desempenhar as suas funções nestas circunstâncias, não tem em consideração padrões de qualidade estabelecidos pela sua conduta profissional, conforme documento da ATARP, desde o momento em que recebe o doente para realizar o exame, até à altura em que se despede do mesmo.

Assim, as tensões ou conflitos identificados passam por: aumento do volume de trabalho, existência de uma triagem ineficiente, redução de custos com diminuição dos recursos, diminuição do “brio-profissional” (entenda-se prestígio), diminuição da qualidade do trabalho prestado pelo TR.

Apenas o presidente da associação profissional, identificou um problema adicional, ao qual denominou de a “Teoria do EU”. Passa pelo individualismo do desempenho do TR, em prol do grupo, ou seja, cada vez mais os TR actuam pensando no que acham que é o mais correcto, sem terem em consideração o que já está estabelecido para o grupo dos profissionais

TR. A boa prática e as linhas de orientação são ditadas e seguidas pela consciência e cada um, e não pelo que já está estabelecido dentro da organização (quer seja a do serviço, quer seja a da profissão). Na verdade, este é exactamente o contexto que se vive na realidade. Raras são (quer oficialmente, através de associações, sindicatos ou escolas) as *guidelines* ou orientações sobre o desempenho do TR, e a melhor conduta ou normas para que este possa realizar as suas tarefas. Excepcionalmente, alguns serviços estabelecem normas de orientação para a realização de alguns exames. No entanto, independentemente desta realidade, a verdade é que a maioria dos TR tende a realizar as suas tarefas, tendo em consideração o que acha estar mais correcto e não tendo em consideração o que já está pré-estabelecido.

Provavelmente, esta realidade será sentida, na função de relatar do TR, ou seja, no momento de relatar o TR terá em consideração o que a sua consciência ditar e não o que estará previamente estabelecido. Deste modo, a necessidade de mudança de mentalidades, com o aumento de *skill-mix*, é imperativo para os TR, que necessitam de se assumir como um grande grupo e não como personalidades individuais.

O mesmo entrevistado chamou também a atenção, para a existência de uma outra problemática. O facto de exames da área da Radiologia estarem a ser efectuados por profissionais exteriores a esta valência. Este acontecimento é de facto uma realidade generalizada. Devido à escassez de tempo para realizarem todos os exames, dado o aumento do número de exames e relatórios clínicos que têm de efectuar, os MR foram perdendo terreno na realização de alguns exames. Existem exames que têm de ser realizados em tempo útil, e os MR não estão a ser capazes de dar essa resposta. Esta perda teria sentido, se os exames em questão estivessem a ser realizados por profissionais qualificados na área da Radiologia na sua formação base, no entanto, o que se verifica é que são outros médicos, das mais diversas áreas, que estão a realizar estes exames. Estes clínicos, submetem-se a uma formação na área imagiológica de curta duração e asseguram, à semelhança dos MR a realização desses exames.

Esta situação é semelhante à que se vivência em relação aos relatórios de radiografias osteo-articulares de urgência. A diferença é que, contrariamente aos outros clínicos, a formação base do TR é na área da Radiologia e ao longo da sua formação são-lhe facultados os meios para desenvolver e aumentar as suas competências e de desenvolverem os seus saberes, de modo a permitir que, de um modo eficaz se verifique o seu *skill-mix*, conforme defendido por Irving (1996) citado por Rudd (2003) e Friedenberg (2000).

Relativamente a esta realidade, quando questionados sobre a existência de relatórios radiológico a acompanhar as radiografias, as respostas foram unânimes: um exame osteo-articular, realizado na urgência não é acompanhado pelo respectivo relatório radiológico, o que

contraria todas as recomendações existentes, nomeadamente por parte do COR (1997). O relatório radiológico em questão diz respeito, tanto ao relatório clínico como ao RT.

Entre as razões apontadas para o facto de não existir um relatório clínico, a resposta dada pelo MR é plausível e já comprovada por Swinburne (1971) confirmado por Rudd (2003), no sentido em que, segundo o mesmo, não é viável a ocupação do tempo do MR a relatar exames desta natureza, apesar deste profissional defender a existência e a necessidade do mesmo.

Também os restantes profissionais identificam a necessidade da existência do RT, indo ao encontro das perspectivas e trabalhos defendidos por De Lacey *et al.* (1980), Friedenberg (2000) e Clayton e Piper (1997) confirmado por Brayley (2000), por exemplo.

Do ponto de vista de todos os entrevistados, o TR tem as capacidades e competências necessárias para poder relatar exames osteo-articulares, realizados na urgência. Deste modo, após um período de formação específica, o TR poderia realizar esta tarefa. Não se trata de usurpar funções, mas sim aproveitar ao máximo as capacidades e competências de um profissional.

Verificou-se no entanto, uma certa confusão por parte dos entrevistados, relativamente ao seguinte: todos eles defendem que na prática do RT, o TR não faz o diagnóstico do exame. Dada a as restantes intervenções dos entrevistados e dada as suas posições em relação à temática, parece claro ao investigador que existe falta de distinção entre os diferentes diagnósticos, ou seja, por desconhecimento da distinção entre diagnóstico radiológico e diagnóstico clínico, os entrevistados optam pela segurança e defendem que o TR não realiza o diagnóstico, na prática dos RT. No entanto, dado que os entrevistados têm noção do profissional como TDT, parece que se soubessem distinguir estes dois diagnósticos, reformulariam a suas intervenções e diriam que os TR, na prática dos RT, não fazem diagnóstico clínico. Este aspecto mais uma vez vai ao encontro da falta de informação sobre este tipo de temática, no seio dos entrevistados.

Dado todos estes factos, facilmente se verifica que existe a necessidade de uma clara re-estruturação, no modo de governação existente, especificamente para a área da Radiologia. Torna-se necessário criar novas condições sócio-organizacionais de modo a receber sem hesitação novas mudanças.

As resistências à mudança devem ser contempladas, na implementação desta nova etapa de gestão. A satisfação do utente, em todas as suas vertentes é, em última instância, o que se procura alcançar com a GC pelo que é emergente a introdução de novas metodologias de trabalho.

Tendo em consideração as categorias identificadas no tratamento e análise da informação recolhida, para este ponto, foi possível esquematizar o resumo da sua discussão, na seguinte figura:

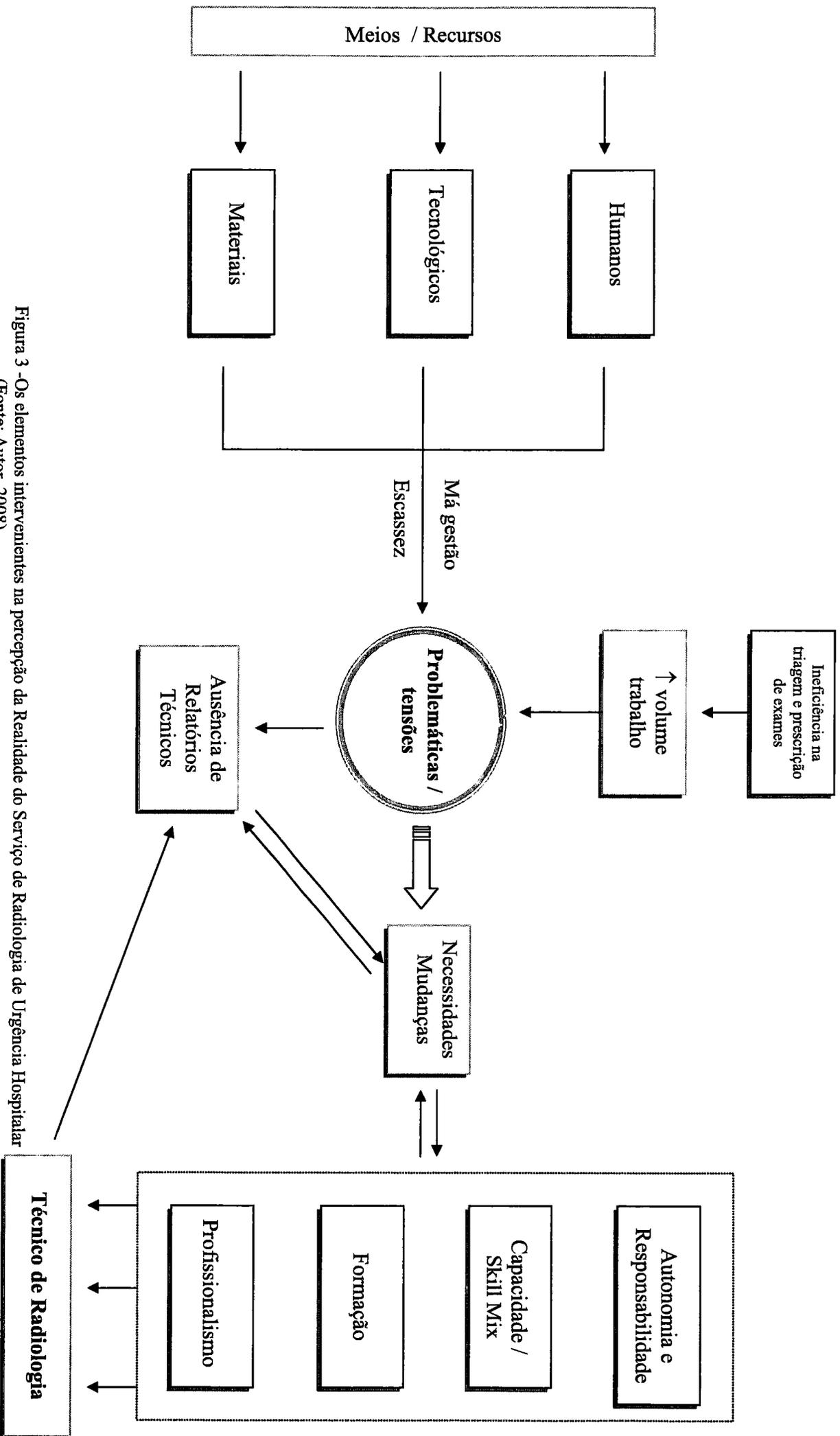


Figura 3 - Os elementos intervenientes na percepção da Realidade do Serviço de Radiologia de Urgência Hospitalar
 (Fonte: Autor, 2008)

4.3.2. SER TÉCNICO DE RADIOLOGIA, NO CONTEXTO DA URGÊNCIA, NUM HOSPITAL CENTRAL E OS RELATÓRIO TÉCNICOS

O TR é um profissional detentor de diversas competências e de um conjunto vasto de saberes adquiridos pela consequência de uma formação especializada. Para que possa garantir a qualidade da sua prestação, torna-se necessário avaliar as suas competências e o seu desempenho na prática dos RT.

De acordo com os resultados obtidos, e tendo em consideração a perspectiva de Kolb (1984), citado em Abreu (2001), verificamos que, dentro das quatro competências enunciadas, os entrevistados apenas identificam duas dessas competências. Assim, tendo em consideração as respostas dadas, existe uma tendência predominante para os estilos acomodativo e convergente, e por isso uma tendência para o desenvolvimento de competências na área da acção (estilo acomodativo) e também de experimentação (estilo convergente). Tal facto é esperado, tendo em consideração que estas competências são as que mais estão ligadas ao assunto em discussão na entrevista, pelo que seria de esperar que os entrevistados identificassem apenas estas.

As competências do TR não podem no entanto estagnar, visto que estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento profissional do próprio TR.

A formação contínua, como o próprio nome indica, deve acompanhar o profissional ao longo da sua carreira, conforme explanado no Decreto –Lei, que estabelece o estatuto legal da carreira do TR (1999), o *The Quality Assurance Agency for Higher Education* (2001), o grupo de trabalho de Radiologia para a implementação do processo de Bolonha (2004) e o COR (1997).

Para dois dos entrevistados (André e Nuno) , os TR recém formados possuem as competências para poderem relatar, no entanto é legítimo, para os TR entrevistados e que já estão formados à mais tempo, que sintam a necessidade de se submeterem a uma formação mais específica, sob a forma de formação contínua. O MR habituado a lidar com os TR no seu dia-a-dia, encara-os como executantes de exames, no entanto reconhece nos TR as competências para relatar, função que poderão realizar após um período de formação adequada, conforme já defendido por Rudd (2003) e concluído nos estudos levados a cabo por Loughran (1994), Robinson (1996 e 1998), Callaway et al. (1997) confirma Rudd (2003), Brealey (2001) citando Robinson (1996), entre outros.

É opinião comum entre os entrevistados que a formação deve ser dada exclusivamente por entidades credíveis e certificadas para o efeito, nomeadamente as entidades de ensino,

associadas ou não a Associações Profissionais. Os TR defendem que a formação deverá ser dada por outros TR. Um grupo inicial de TR é submetido a uma formação intensiva (dada inicialmente pelo MR) formando posteriormente os seus pares. As ideias defendidas não se afastam muito da realidade vivida, na medida em que, nas instituições de ensino, quem lecciona a maioria das aulas são efectivamente TR.

Assim, para que se consiga efectivamente avaliar o seu desempenho, o TR deve relatar os exames osteo-articulares que realizar, pois só assim consegue ter um instrumento palpável que possa ser submetido a essa avaliação.

A realização de auditorias ao desempenho do TR é uma ideia defendida de modo unânime pelos entrevistados, que identificam a necessidade da sua existência. Esta perspectiva vai ao encontro, das já defendidas por Robinson (1998), Manning (2000) e Brealey (2001).

Quanto à identificação dos respectivos auditores, as respostas tornam-se mais vagas. O MR e os TR entrevistados não conseguem fornecer uma resposta objectiva, fruto do desconhecimento em relação às auditorias. Já os restantes entrevistados, defendem novamente que deverão ser sempre os TR os auditores ao trabalho dos pares, ou isoladamente, ou inseridos num grupo de trabalho, interdisciplinar. Dados os cargos que estes dois entrevistados ocupam, e devido ao teor das respostas fornecidas, verifica-se que se conseguem enquadrar na temática, ao demonstrarem algum à vontade nas respostas dadas.

Relativamente aos indicadores da qualidade que devem estar na base à auditoria a realizar ao TR, quando este relata exames de radiologia convencional osteo-articulares, é notória a dificuldade sentida pelos entrevistados em fornecerem uma resposta válida. Verifica-se que, ao partir da generalidade que são as auditorias ao desempenho, para a especificidade que é a enumeração dos indicadores da qualidade que lhe estão na base, até os entrevistados que anteriormente conseguiram responder a questões mais técnicas e específicas, tiveram muita dificuldade em fornecer uma resposta adequada. Deste modo, o único indicador plausível identificado é o relatório clínico, correspondente ao relatório técnico em análise onde, para que se possa fazer a avaliação teria de se realizar uma comparação entre os dois. A resposta dada claramente foge ao domínio da pergunta, no sentido em que foi questionada a avaliação para o desempenho e a resposta dada vai ao encontro da avaliação do próprio RT.

Pelo menos um dos entrevistados apresentou como indicadores ao desempenho do TR, na função de relatar exames, indicadores da qualidade para a realização das radiografias que estão na base do próprio RT. Mais uma vez apesar de ser fornecida uma resposta, esta não se encontra enquadrada na temática. Os indicadores da qualidade para a realização de uma boa radiografia, são os referentes e observáveis na própria radiografia, já os indicadores da

qualidade ao desempenho do TR podem estar espelhados no resultado do trabalho em avaliação que é o RT.

Relativamente à existência ou não de responsabilização a atribuir ao TR, como consequência associada ao facto de redigir RT, verificamos que esta pode ser analisada sob dois prismas: o da responsabilidade “lega” e o da responsabilidade “clínica”.

Mais uma vez, são os entrevistados que mais contacto têm com a legislação que referem, que nada existe na lei portuguesa sobre a legalidade ou não dos TR redigirem os RT, pelo que o TR pode elaborar o RT.

Efectivamente após uma exaustiva pesquisa bibliográfica realizada no decurso da pesquisa realizada, nada consta na legislação portuguesa sobre este assunto, apesar de a bibliografia estrangeira ser diversa, estar publicada e posta em prática, no que se refere a esta temática. O facto é que a legislação portuguesa é omissa quanto a esta questão. Não proíbe, mas também não diz explicitamente que o TR deve relatar os exames de radiologia convencional que realiza em contexto de urgência. O que vem referido é que o TR deve avaliar as suas competências e o seu desempenho, no entanto, como verificamos ao longo do trabalho, para que o mesmo possa avaliar, ele tem de medir, e para medir tem de ter um suporte válido passível de ter indicadores mensuráveis.

O RT pode ser um meio de formalização das competências e do desempenho do TR. Assim sendo, não parece que o TR não possa relatar exames.

Mais uma vez o grupo de TR não conseguiu fornecer uma resposta concisa, o que reforça a ideia de que os TR não estão preparados para falarem de questões que envolvam legislação, mesmo que esta seja específica da sua área.

Curiosamente, os TR forneceram uma resposta pela negativa, relativamente à responsabilização que o TR teria, ao relatar um exame, ou seja, para estes entrevistados, ao TR não pode ser atribuída qualquer responsabilidade clínica que advir na gestão de cuidados fornecidas ao utente, derivada ao conteúdo do RT que elaborar. Esta posição é igualmente partilhada pelo MR.

Numa posição completamente oposta, encontram-se os outros dois entrevistados, que defendem que o TR deve assumir a responsabilidade pela execução dos seus actos.

Desenvolver e fazer progredir as funções de um profissional, ou seja, aumentar o leque das suas competências, é aceitar as consequências que poderão advir dessa evolução. Assim, com o aumento de competências, aumenta irreversivelmente a responsabilização por parte do profissional, quando faz uso das mesmas.

Toda a acção tem uma reacção, segundo as leis da física. Paralelamente, toda a acção de um profissional terá as suas repercussões, boas ou más. O profissional deve assim assumi-las e responder por elas, visto que deve ser responsabilizado pelas repercussões que poderão advir, na gestão clínica do utente, a partir do RT que elaborou, contudo, a responsabilização de realizar o último diagnóstico, ou seja, o diagnóstico do qual dependerá a gestão do processo do utente, deve permanecer do clínico, conforme trabalhos realizados por Berman *et al.* (1985) confirmado por Rudd (2003), por Brayley (2000) e por Robinson (1998).

Tendo em consideração as categorias identificadas no tratamento e análise da informação recolhida, para este ponto, foi possível esquematizar o resumo da sua discussão, na seguinte figura:

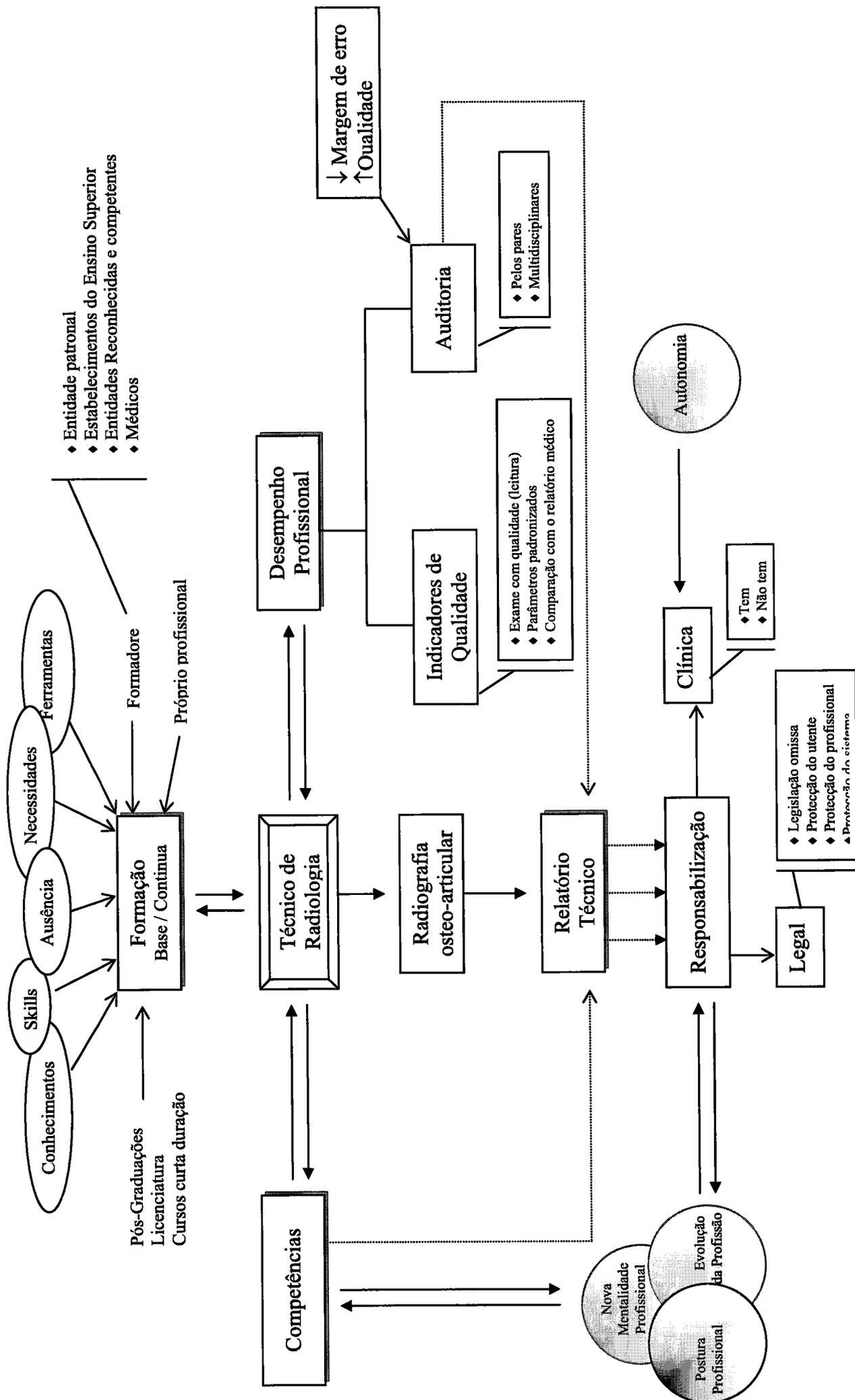


Figura 4 - Os elementos intervenientes na percepção do Técnico de Radiologia quando realiza Relatórios Técnicos (Fonte: Autor, 2008)

4.3.3. PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS RELATÓRIOS TÉCNICOS DE EXAMES OSTEO-ARTICULARES, REALIZADOS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA, NUM HOSPITAL CENTRAL

Para que se possa contextualizar toda a temática da qualidade dos RT e tudo o que lhe está associada, torna-se importante definir o RT.

Em Portugal, não foi possível encontrar nenhuma documentação onde constasse a definição de “RT”. A prática do RT é inexistente em Portugal, a nível da Radiologia.

Subsiste no ar a ideia de que pode eventualmente ser feito, mas formalmente não há nada que o caracterize ou identifique.

Somente em dois documentos foi possível verificar-se alguma alusão a esta temática, nomeadamente no Código Deontológico elaborado pela ATARP e no Decreto-Lei que rege a carreira dos TDT.

Por esta razão talvez e por ser uma temática da qual não se fala no quotidiano profissional, a definição de RT não é fácil, podendo mesmo ser desconhecida a sua existência. Apesar das limitações, os entrevistados recorrem um pouco à origem da palavra, para dizerem que o RT, é um relatório elaborado pelo TR, onde este descreve objectivamente o que visualiza na radiografia., mas não realiza o diagnóstico, devendo essa tarefa permanecer para o MR.

O RT é visto como um elo, numa cadeia de eventos. Para o MR e para os TR , o RT desempenha um papel informal, ou seja acessório, na gestão dos cuidados prestados ao utente. Já para o presidente da associação profissional, o RT é encarado com um papel mais formal, obrigatório nas tarefas do TR. No entanto, para todos funciona como que um antecessor a relatório clínico, que é elaborado pelo MR, ou seja , como que uma chamada de atenção para o MR.

Quanto ao formato que o RT poderá adoptar, verificamos que não existe um modelo único e que segundo algumas entidades, este formato deve ser adaptado à realidade de cada instituição. Por ser mais completo e esquematizado, o investigador avança com o modelo apresentado pelo ACR (2005) para um exame radiológico.

Tendo em consideração as intervenções dos entrevistados, verificamos que novamente são os TR que apresentam mais dificuldades em operacionalizar as suas ideias, pouco contribuindo com as suas opiniões. Nitidamente se verifica que em geral, todos os entrevistados conseguem identificar o conteúdo do RT, que passa pela descrição objectiva do que o TR visualiza na radiografia. Dividem-se um pouco as opiniões se a descrição deverá ser apenas de imagens patológicas, ou aparentemente patológicas, ou se também de imagens normais, sem

que no entanto o TR, tenha a obrigação de identificar as patologias associadas. O relato de somente imagens patológicas ou susceptíveis de alguma patologia associada é somente defendido por um TR, contrapondo-se à opinião de outro TR que defende a descrição de todas as imagens patológicas ou normais.

Somente com a reunião de todas as ideias fornecidas é que se conseguem chegar a um formato/conteúdo de RT. As opiniões isoladas são vagas e inseguras e não muito sistematizadas, os TR são os menos contribuíram para a esquematização do seguinte formato:

- identificação do utente;
- identificação do prescritor do exame;
- descrição das estruturas observadas;
- descrição das técnicas utilizadas para execução do exame;
- justificação da repetição do exame (caso exista);
- dose de exposição;
- desvios à normalidade identificados;
- assinatura de quem relata.

Relativamente a este último aspecto, ou seja, a assinatura, para o ACR (2004), como vimos anteriormente, todos os relatórios têm de ser assinados pelo profissional que realiza e/ou interpreta o exame ou pelo MR.

Na apresentação dos dados, verificamos que as ideias defendidas pelos entrevistados vão ao encontro do que é defendido pela sua própria profissão.

Verifica-se que o RCR defende a delegação de tarefas, mas com continuidade da responsabilização da gestão de cuidados do utente e a responsabilização incutida ao MR que faz uma má delegação de tarefas. Mesmo que seja o TR a realizar o RT, existirá sempre uma simbiose, ou seja, um elo que prenda o TR ao MR e que por isso não o deixa ser autónomo. Esta perspectiva está esplanada na opinião dada pelo MR, quando defende que o RT deverá ser assinado pelo TR, mas caso este peça ajuda a um MR, então a sua assinatura do outro profissional também deverá constar no documento.

Uma perspectiva bem diferente é apresentada pelo entrevistado E3, que explora bem a defesa contínua da autonomia do TR, defendendo acerrimamente que apenas a assinatura do TR deve constar no RT, independentemente do facto de se este procurou ou não ajuda para o fazer. Esta perspectiva mais autónoma, é também defendida pelos TR. Apesar da falta de segurança constante sentida pelos TR entrevistados no decorrer do FG quando abordadas questões mais específicas e inerentes à profissão, estes entrevistados atribuem ao TR alguma autonomia e

competência ao defenderem que somente deve constar no RT a assinatura do TR que rediz o RT, mesmo que este procure ajuda.

Dada as re-estruturações constantes que por vezes se verificam nos SR, uma outra perspectiva defendida por estes entrevistados é a de que eventualmente pode surgir no RT duas assinaturas: a do TR que rediz o relatório e a do TR que executa o exame, caso este não seja realizado pelo mesmo profissional. Este aspecto deve no entanto ser bem considerado, pois nem todas as re-estruturações são vantajosas. Executar uma radiografia não é uma tarefa padrão, ou seja, cada utente é um caso específico e, apesar de existirem normas orientadoras de execução para exames radiológicos, como visto noutras áreas, as normas são apenas orientadoras e não leis para se cumprirem, de um modo rígido. Porque cada utente é uma individualidade distinta um dos outros, cada exame tem de ser adaptado às limitações inerentes a cada um. O TR que executa a radiografia tem a noção de como executou o exame e porque motivo o fez, ou seja, porque razão contornou as normas orientadoras. Esta informação deve estar contemplada no RT. Contudo ela pode desvanecer ou ser omitida, caso quem relate não seja o mesmo profissional quem executou a radiografia.

Acresce o facto de que, o trabalho do TR deve ser um trabalho contínuo. Desde a recepção do utente ao *terminus* do exame. Se o exame termina com a realização do respectivo RT, então cada TR que executa uma radiografia, deve ser responsabilizado pelo seu trabalho, redigindo e assinando o respectivo RT dessa radiografia. Esta é a perspectiva defendida pelos entrevistados André e Nuno.

Uma assinatura legível, que não deixe qualquer tipo de dúvida sobre quem relatou o exame, é o que se pretende num documento legal. De modo a aumentar e garantir a total responsabilização do TR na prática do RT, o entrevistado André, acrescenta ainda que, a assinatura deste profissional deveria ser acompanhada pelo número da cédula profissional do mesmo. Este dado acrescido faz desvanecer qualquer réstia de dúvida e faz aumentar o papel de responsabilização do profissional.

Quanto às estruturas anatómicas que o TR pode relatar, verificamos que, em Inglaterra, após um período de treino adequado, conforme defende Friedenberg (2000) e Robinson (1998) citado por este, os TR ficam aptos a relatar imagens de fracturas no SU, em exames de ultrassonografia, exames do intestino grosso (clister opaco), exames do aparelho gastrointestinal superior e mamografias. Robinson (1998) vai mais longe avançando também com exames de tomografia computadorizada crânio-encefálicas e de trauma osteo-articulares. Na perspectiva destes autores, o TR apresenta maior sucesso a relatar exames, quando a estrutura

em análise se encontra bem delimitada e circunscrita, sem relação com estruturas adjacente, e onde a variabilidade de possíveis patologias seja mais limitada.

As opiniões dos entrevistados quanto a este ponto são divergente e é curioso verificar que os TR são mais limitativo, por apenas considerarem que o TR só deve relatar exames osteo-articulares.

O MR apesar de também ser um pouco limitativo no tipo de estruturas que o TR pode relatar, é um pouco mais abrangente que os TR entrevistados, pois acrescenta exames aos pulmões e abdómen. Apesar de demonstrar alguma insegurança na identificação destas estruturas, reconhece, ao contrário dos TR, capacidades neste profissional para relatar diversos exames.

O reconhecimento das capacidades do TR em relatar está mais patente nas intervenções dos restantes entrevistados, já que ambos são da mesma opinião que os autores identificados anteriormente, mas talvez um pouco mais ousados, no sentido de darem credibilidade às competências do TR para que este possa e deva relatar todo e qualquer exame que ele próprio realize.

Para manter altos os níveis de qualidade do RT, este tem de ser avaliado e medido, através da realização de auditorias. O COR, citado por Brealey (2001) e o SIGRR (2002), explanam bem a necessidade de auditoria ao RT. Esta necessidade é também expressa pela generalidade dos entrevistados, no entanto as suas intervenções pouca, ou nenhuma mais informação acrescentam a esta temática, no sentido em que não conseguem fornecer dados concretos em como esta auditoria poderá ocorrer. Trata-se de uma temática mais específica, que envolve algumas noções de gestão e administração de processos, para os quais mais uma vez, os entrevistados não souberam responder, visto não ser uma temática na qual se sentem confortáveis para abordar. No entanto manifestam a ideia de que a auditoria terá de ser uma comparação feita com um referencial escolhido. Esta ideia vai ao encontro da perspectiva de Robinson (1998), do ACR (2005) e dos trabalhos desenvolvidos por Barrau *et al.* (2002).

O cenário muda, ao mencionarem quem seriam os auditores. A postura dos próprios TR também muda e é notória a defesa da autonomia do profissional, no sentido em que a auditoria ao TR só poderá ser feita por um outro TR e nunca por um MR, pois em análise está um procedimento técnico e não um procedimento clínico, segundo os entrevistados. Os TR, assim como o entrevistado André, não colocam a hipótese da auditoria ser levada a cabo por outra entidade que não o TR, ou até por uma equipa multidisciplinar, como defende o COR (1997), por exemplo, e é também o ponto de vista do entrevistado Nuno.

Para o MR também deverão ser os TR os auditores, no entanto, até que estejas não tenham as competências necessárias para fazer auditorias, essa função deve ser levada a cabo por MR. Novamente subsiste a ideia de dependência, mesmo que inicial, dos TR em relação aos MR.

Os critérios ou indicadores da qualidade são um outro ponto onde é notória a dificuldade dos entrevistados em responderem a questões mais direccionadas para a gestão e para a qualidade. É facilmente identificado o desconforto na tentativa de respostas dadas e através da análise das mesmas, a sua inadequação à questão colocada. Os entrevistados tendem a confundir os critérios de qualidade do relatório com os critérios de qualidade para a realização de radiografias.

Exemplos como: tempo de entrega do relatório, precisão, clareza, brevidade, correlação clínica, existência de assinatura, conclusão ou síntese, indicados pelo SIGRR (2002) ou pela Comissão de Auditoria (1995) de Inglaterra e Lafortune *et al.* (1988) segundo Brealey (2001), não são referenciados pelos entrevistados. Apenas o MR consegue fornecer um exemplo plausível de indicador, enumerando a adequação da descrição feita pelo TR à imagem real.

Os TR resumem a identificação dos indicadores a uma adaptação do que já existe para os relatórios clínicos, demonstrando novamente falta de conhecimento sobre a temática.

Os estudos efectuados e as posições defendidas pelo COR, pelo SIGRR, por Brealey, por Benger e Lyburn, por Piper *et al.*, e por tantos outros investigadores e entidades citadas ao longo deste trabalho, vão ao encontro da exigência e necessidades da introdução de RT nos SU dos SR. Também esta perspectiva é corroborada por todos os entrevistados que vêm no RT uma realidade necessária. Contudo, os TR entrevistados vêm com muita dificuldade a implementação do RT nos SU em Portugal.

O presidente da associação profissional, o membro do sindicato e até o MR (que há primeira vista poderia ser o profissional que mais entraves poderia colocar à introdução dos RT em Portugal, com receio da usurpação de funções, inicialmente abordadas no trabalho), vêm viabilidade na introdução dos RT.

De um modo mais acérrimo, talvez como consequência das funções que têm vindo a desempenhar nos seus cargos, tanto o presidente da associação como o membro do sindicato vêm uma obrigatoriedade nesta realidade, com a necessidade da criação de condições para o conseguir.

Salienta-se o contributo dado pelo entrevistado E3 (presidente da associação profissional) quando elucida que, conforme verificado anteriormente no enquadramento teórico, o relatório técnico fornecido de forma oral sempre existiu em Portugal, mas de um modo

sempre informal. O TR desde sempre emitiu a sua opinião sobre os exames que realizou e desde sempre que comenta os aspectos radiológicos normais e patológicos que identifica nas estruturas realizadas com os seus pares ou com outros profissionais, nomeadamente médicos, sempre que solicitado. Atribui aos TR, a culpa por este sistema continuar a ser informal, dado que apenas e só apenas compete aos TR lutar pela sua implementação oficial, no entanto, esta realidade é inexistente, porque os TR não querem ver aumentadas as suas responsabilidades assim como o seu volume de trabalho. Dado que, na opinião deste entrevistado, a profissão só pode evoluir se aumentar a responsabilidade do profissional, dada a postura actual dos TR, a profissão não vai tão cedo caminhar para a evolução, sendo que, a maior resistência à mudança, logo à implementação dos RT, virá por parte dos próprios TR.

Interessante é agora analisar a postura dos TR entrevistados. No seu entender duas posturas poderão verificar-se no seio dos TR com a introdução dos RT: por um lado a postura da resistência à sua introdução, por considerarem que os RT serão um fardo para as suas funções, não vislumbrando nenhuma vantagem na sua existência, por outro lado, e numa postura completamente oposta, os TR veriam os RT como uma reconhecimento, uma maior autonomia e responsabilidade no desempenho das suas funções. No entanto, quando questionados sobre a viabilidade da sua introdução todos se apresentam renitentes, considerando que, se os RT passarem a ser efectivamente uma realidade será, mais por desinteresse por parte dos MR em realizarem os seus relatórios clínicos do que propriamente um dever inerente ao profissional que até tem suporte legislativo para o fazer. É inclusive questionada a viabilidade da introdução dos RT, por parte de alguns entrevistados.

Quanto aos conflitos identificados pelos entrevistados, eles não são muito diferentes dos identificados no estrangeiro, onde a prática dos RT é já uma realidade. No decorrer deste trabalho foram identificados alguns conflitos entre as classes profissionais de TR e MR com a introdução do RT, e se foi também o conflito de maior destaque dado pelos entrevistados, principalmente pelos TR. No entanto a postura do MR entrevistado é bem diferente, encarando esta possível realidade como um alívio ao trabalho do MR e inclusivamente referenciando que não existiriam sobreposições de competências.

Ficou bem explicito pelos entrevistados (com excepção dos TR), à semelhança do que também se verificou ao longo deste trabalho, que o RT não substitui o relatório clínico, elaborado pelo MR.

Tendo em consideração as categorias identificadas no tratamento e análise da informação recolhida, para este ponto, foi possível esquematizar o resumo da sua discussão, na seguinte figura:

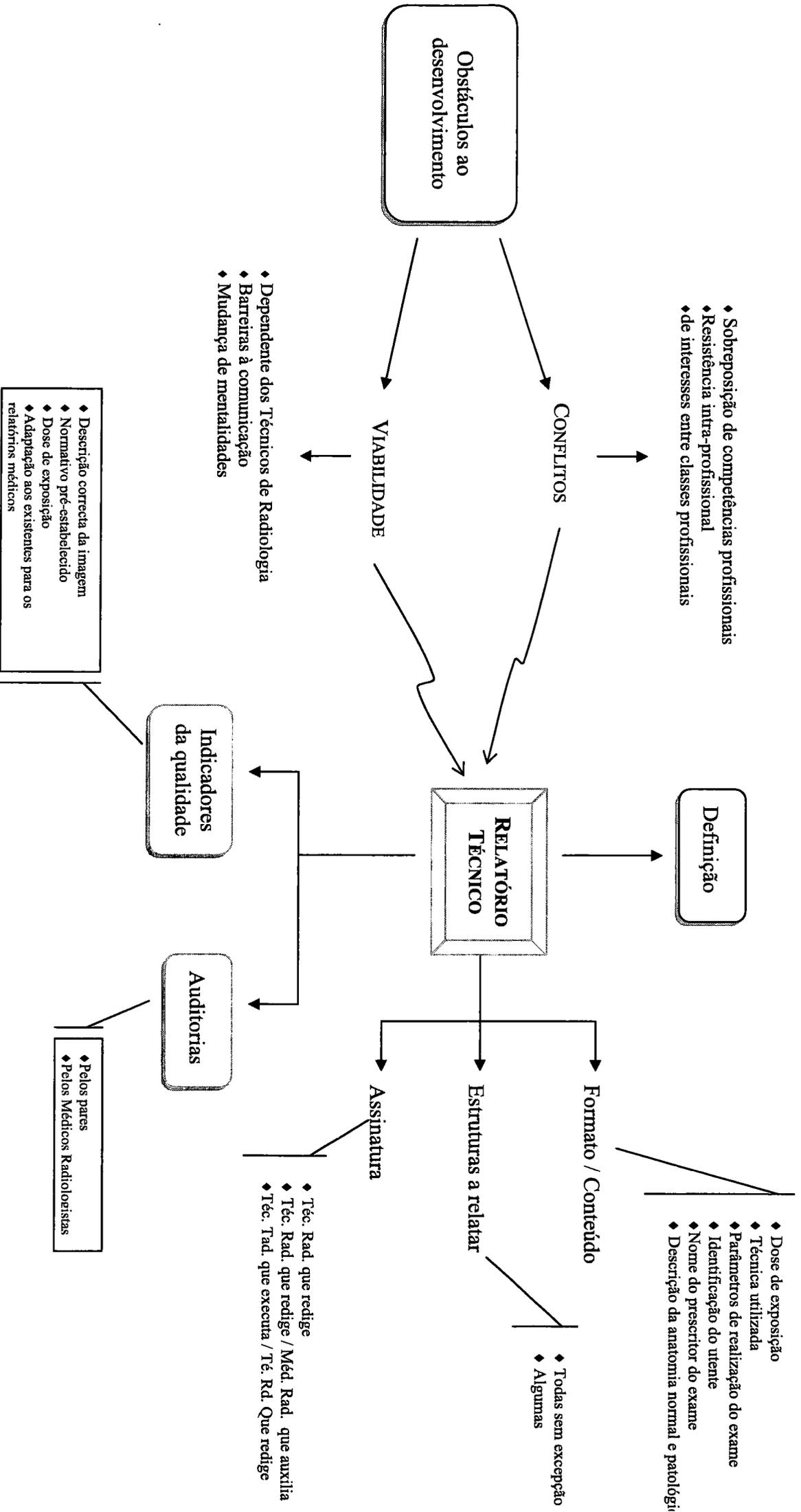


Figura 5 - Os elementos intervenientes na percepção do Relatório Técnico
(Fonte: Autor, 2008)

4.3.4. ASPECTOS MAIS IMPORTANTES E SUGESTÕES

Para a implementação dos RT, os aspectos mais importantes referenciados prendem-se com os aspectos inerentes à implementação de qualquer mudança, nomeadamente a resistência à mudança, e por isso a necessidade de uma nova “mentalidade” profissional, onde fosse realizado um trabalho de suporte para uma maior consciencialização por parte dos profissionais dos benefícios do RT como elemento de fortalecimento da profissão, logo a necessidade de uma nova postura profissional que permita adoptar o CG nos SR.

De modo a sustentar todo o ganho do novo *skill-mix*, e como visto anteriormente defendido por Bugada (2006), Cardoso (2005) e Scally e Donaldson (1998) a educação e o desenvolvimento contínuo do profissional teriam de ser uma realidade com posterior afirmação profissional perante a detenção dos conhecimentos técnicos e científicos por parte do TR.

As sugestões fornecidas passam pela base onde assenta a GC, nomeadamente pelo envolvimento da gestão de topo e um compromisso por parte das organizações para uma eficaz implementação do RT.

Após a discussão de todos os resultados, foi possível representar, através de uma esquematização, todos os elementos intervenientes na temática dos RT, conforme Figura 6:

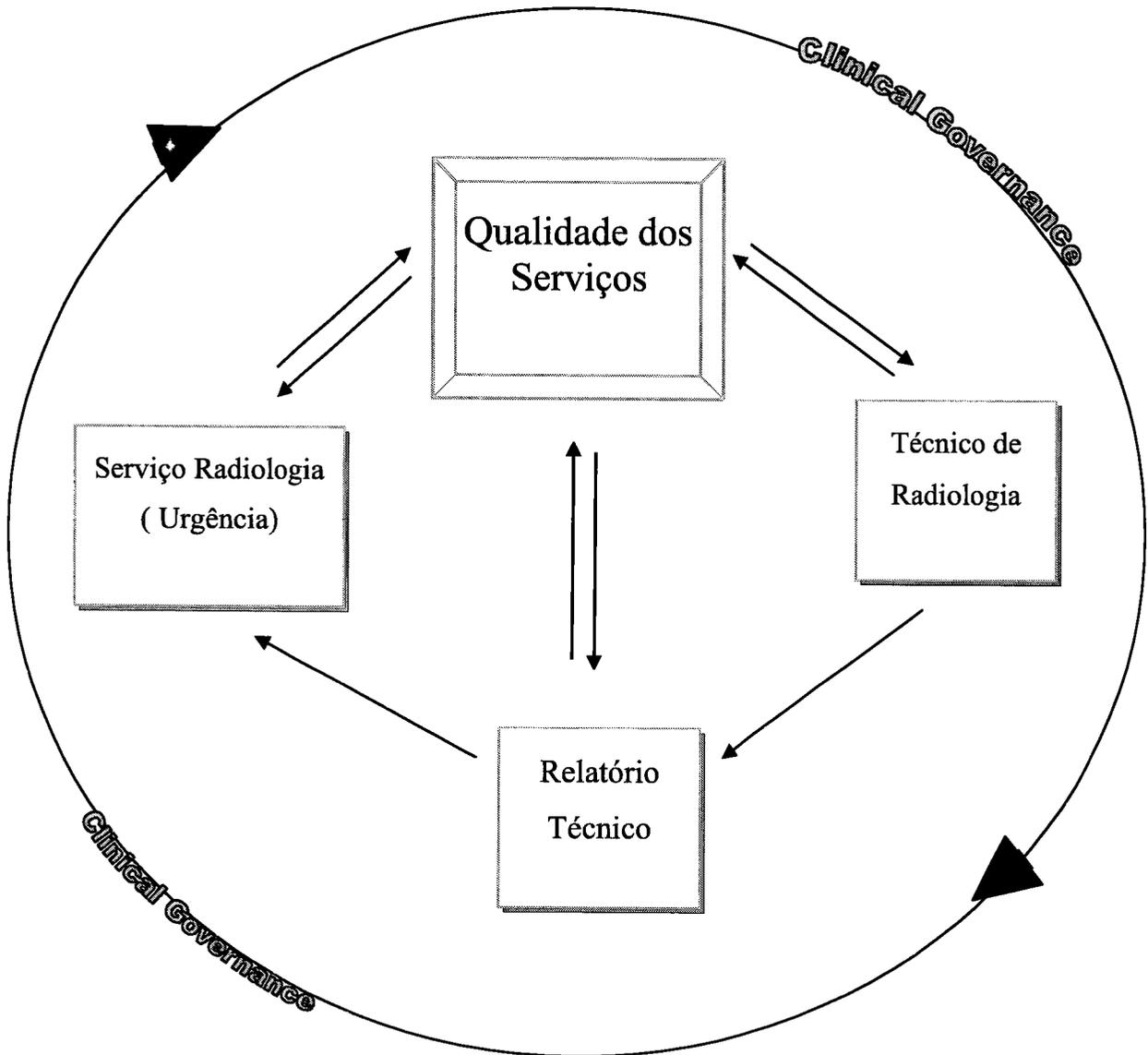


Figura 6 – Representação dos elementos intervenientes na temática dos Relatórios Técnicos no Contexto da Qualidade dos Serviços de Radiologia num Serviço de Urgência Hospitalar (Fonte: Autor, 2008)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os objectivos principais, em torno dos quais se desenvolveu este trabalho são: conhecer o grau de importância dos RT elaborados pelos TR num SR hospitalar e contribuir para o aprofundamento do conhecimento das práticas dos TR para a melhoria das condições de desenvolvimento profissional, da qualidade dos serviços prestados e da “*clinical governance*” em Radiologia. Para tal, tentou compreender-se os pontos de vista dos entrevistados, de modo a situar as suas opiniões, para que posteriormente se pudessem compreender, de um modo mais aprofundado, os objectivos propostos.

Assim, verifica-se que a sociedade e mais especificamente, a área da saúde, exige cada vez mais respostas atempadas e inovadoras, às diversas solicitações, fruto da nova era de gestão e avanços tecnológico, logo estímulos diferenciados com que se depara no dia-a-dia.

A Qualidade e a Excelência são na actualidade palavras-chave que colocam as organizações num patamar superior, tendo em consideração o ambiente cada vez mais exigente e de mudanças constantes por si vivenciado. Quando bem geridas, trazem acopladas a inovação, a motivação, a competitividade e a valorização do capital humano com o objectivo de alcançar uma gestão mais participativa e objectiva, capaz de ser avaliada.

Na actualidade, nos SR, nos SU, não se verifica a aplicação de nenhum modelo, como o que Bugada (2006) defende, ou seja, um modelo cujo objectivo é o de alcançar uma conduta de excelência sustentável nos resultados da actividade e que forneça uma visão de sucesso à organização. Os recursos humanos não estão a ser geridos convenientemente, visto que o seu potencial não está a ser libertado e aplicado na melhoria contínua do próprio serviço e não está a ter em consideração a satisfação das necessidades e expectativas dos próprios profissionais. Nestas condições encontram-se, tanto os TR como os MR, que vêm o seu volume de trabalho aumentar, como consequência da constante modificação e contínuo desenvolvimento da tecnologia e das técnicas.

No SU, o volume de trabalho do TR aumenta também, como consequência de uma má gestão a vários níveis: quer seja pela realização de uma triagem ineficiente (resultado de uma má aposta na formação dos profissionais que executam a triagem) ou pela falta de profissionais (ou má gestão dos existentes). A realidade é que, o tempo do TR é ocupado na execução de exames, muitas das vezes sem uma devida indicação clínica justificada, que se traduz num aumento de dose de radiação recebida pelo utente, desnecessariamente, bem como a ocupação deste profissional de modo indevido.

Os MR, dada a diversidade do seu campo de acção não conseguem dar resposta a todas as tarefas em tempo útil, deixando para trás a realização das mais monótonas e de aparente menor importância.

O relatório radiológico é um componente crítico de diagnóstico de imagem. A qualidade do cuidado prestado ao utente só é alcançado quando os resultados dos estudos efectuados são realizados em tempo oportuno. No SU, verifica-se no entanto, que as radiografias osteo-articulares não são acompanhadas pelo respectivo relatório radiológico. Esta ausência é possível de ser ultrapassada através de um processo de melhoria contínua.

Numa época onde a qualidade e a excelência têm de se sobrepôr, mais do que nunca o espírito de equipa e o objectivo último da satisfação do utente e o facto da relação entre ambos (profissionais e utente) se dever firmar pela confiança e pelas boas práticas, tem de prevalecer. Torna-se necessário induzir a mudança de procedimentos e metodologias, para que tal se objective.

O desempenho dos profissionais deve ser rentabilizado. O MR tem de estar disponível para a realização de tarefas diferenciadas e que requerem a ocupação da quase totalidade do seu tempo.

Os TR são profissionais com formação de nível superior, detentores de uma identidade profissional e um corpo de saberes próprio, capazes de responder às novas demandas das organizações de saúde, pelo que o seu campo de acção da prática na Radiologia, deve incluir tarefas encaradas como um “aumento” ou extensão das suas funções.

A prática do RT, encarada como extensão das funções deste profissional, deve ser vista como uma oficialização de uma prática informal, já realizada pelos TR. Não pretende usurpar funções a outros profissionais, uma vez que o diagnóstico realizado pelo TR é apenas um diagnóstico radiológico e não um diagnóstico clínico.

Os TR têm vindo sucessivamente a desenvolver novas funções, quer pela introdução e participação do sistema *Red Dot* nos SU, processamento de imagem digital, participação em estudos de investigação... apostando sempre na sua formação profissional contínua. A expansão das funções do TR é assim inerente ao desenvolvimento e à expansão das próprias técnicas de aquisição de imagem e tecnologia, que se vão verificando na Radiologia. A existência do *skill-mix* nestes profissionais é assim necessária e inevitável.

O TR é um profissional detentor de um conjunto de saberes e competências que lhe permite, realizar funções como a de relatar exames osteo-articulares de radiologia convencional, realizados no SU. Assim, o TR deve ser responsável por fornecer um RT

objectivo, conciso, estruturado e pertinente, que responda claramente às questões que levaram à realização do exame a que diz respeito.

No entanto, visto que esta não é uma prática corrente das funções desempenhadas por este profissional, existe a necessidade de uma formação adicional aos profissionais em exercício, assim como uma formação de base, mais centralizada para a realização desta prática.

A formação contínua surge assim com um papel fundamental, no seio profissional do TR, onde este profissional poderá complementar e aprofundar os seus conhecimentos, de modo a elaborar com todo o rigor o RT. Durante a sua formação de base, este tópico deve ser claramente explorado, de modo a que o TR quando termine a sua formação, se sinta devidamente capacitado para elaborar os RT.

A formação de base estaria obviamente ao cuidado das entidades de ensino que ministram os cursos superiores de Radiologia, no entanto, a formação contínua, responsável pelo desenvolvimento do profissional, estariam a cargo, para além das primeiras entidades referenciadas, também das associações profissionais essencialmente, e de outras entidades devidamente autorizadas e credenciadas para o efeito. O local de trabalho dos profissionais, através dos seus Centros de Formação, poderá também ser um local onde seja dada alguma formação.

No futuro, o TR deve ter a preocupação de adquirir um compromisso de excelência através da sua formação permanente, ter consciência das repercussões das suas decisões na realização dos RT, aprofundar a sua capacidade para a gestão a nível dos recursos humanos, técnicos, materiais e equipamentos, ter uma boa capacidade de trabalho e uma atitude positiva em relação às novas funções que vai desempenhar.

A introdução de uma mudança tem sempre associada resistência à mesma, pelo que, com a introdução da prática dos RT, irá sempre existir resistência. A resistência pelos próprios TR ao RT é sem dúvida uma resistência esperada. No seio de uma categoria profissional, existem sempre indivíduos contra a introdução de mudança, quer seja porque, no seu entender, esta acarreta a execução de mais trabalho, quer seja pelo simples facto destes possuírem limitadas mentalidades de inovação. Por parte dos MR, existirá também resistência e como consequência irá ser questionada a competência do TR para desempenhar tal tarefa.

De modo a superar toda esta problemática, e para que o TR se possa afirmar na prática dos RT, o TR tem de se munir de várias ferramentas capazes de demonstrar a sua eficiência na execução deste trabalho.

Assim, para que possa realizar RT, o TR tem de ser submetido a um treino intenso durante a sua formação (quer de base, quer contínua) e o seu trabalho tem de ser

suficientemente monitorizado de modo a assegurar que os padrões estabelecidos estejam a ser cumpridos.

Estes padrões a ter em consideração, no momento actual, não se encontram definidos em Portugal (pois como já verificámos, elaborar RT, não faz parte da prática corrente dos TR), nomeadamente normas ou *guidelines* que assistam, ajudem e orientem o TR quando elabora os RT.

Deste modo, as entidades competentes, nomeadamente entidades do ensino superior, associações profissionais e sindicatos (registar-se a limitação de não se poder citar uma Ordem, devido ao facto de ainda não existir uma para a Radiologia ou onde a Radiologia esteja inserida) seriam responsáveis por se reunirem e conjuntamente, elaborarem uma norma de orientação técnica, onde definissem qual a conduta a ser adoptada por este profissional no momento de elaborar os RT. Ficaria também devidamente estabelecido, como seria feita a auditoria a este profissional, relativamente a esta função (de relatar) e quais os critérios e indicadores da qualidade, presentes no seu desempenho, a ter em consideração no momento da referida auditoria.

Assim sendo, de modo a melhorar a prestação do TR na elaboração dos RT, deve realizar-se uma auditoria ao seu trabalho.

Não seria no entanto correcto afirmar-se que, associado a este profissional estaria uma auditoria clínica. Como verificamos no decorrer deste trabalho, o TR é um profissional pertencente aos TDT e por isso das tecnologias da saúde. Acresce o facto de que, na sua vasta área de competências, a clínica não se encontra incluída.

Devido à existência destes aspectos, não se entende adequado e correcto, aplicar a terminologia de “auditoria clínica” ao TR, pelo que se sugere, a denominação de “**Auditoria Técnica**” (ou *Technical Audit*) a qualquer auditoria directamente relacionada com o TR.

Um paralelismo pode ser traçado entre as duas auditorias, visto que metodologicamente ambas são semelhantes, no entanto, por uma questão de rigor terminológico, atribui-se a expressão “técnica” à avaliação efectuada a actos técnicos.

À semelhança da auditoria clínica, a auditoria técnica pode também ser descrita como uma espiral, onde existem várias fases entre elas: o estabelecer de boas práticas, a medição dos procedimentos técnicos executados (*versus* cuidados prestados) com critérios da qualidade previamente definidos, introdução de mudanças que melhorem a prestação desses procedimentos e monitorização para manter as melhorias. Trata-se de um processo contínuo, ascendente, onde cada ciclo aspira a um nível mais elevado de qualidade. As auditorias técnicas

são assim parte integrante de processos de melhoria contínua, que procuram melhorar os cuidados que são prestados aos utentes e ao mesmo tempo obter melhores resultados (de saúde).

A auditoria técnica, em qualquer vertente, deve ser encarada como uma componente essencial da prática profissional. Por este motivo, deve ser introduzida de forma sistemática, regular e formal, requerendo organização e liderança, devendo a sua introdução nos SR ser plenamente assumida e liderada pelos profissionais, nomeadamente os TR. O envolvimento do grupo e dos órgãos de chefia é crucial para a existência de uma auditoria eficaz.

As auditorias técnicas permitem avaliar de forma sistemática os procedimentos técnicos efectuados, comparando-os com critérios da qualidade previamente estabelecidos, constituindo assim um sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer as boas práticas e quando o justificar, introduzir as melhorias necessárias.

A auditoria técnica não é mais do que uma auditoria interna, aplicada a qualquer acto técnico, quer na avaliação do processo de execução de determinada técnica radiológica (imagiológica) quer na avaliação do resultado obtido.

Com a auditoria técnica não se procuram identificar erros ou más práticas, mas sim melhorar a qualidade da prestação técnica, criando-se para o efeito, normas de procedimentos, protocolos, grelhas / fluxogramas de trabalho, que devem ser rigorosamente respeitados e seguidos, de modo a que o resultado obtido se aproxime o mais possíveis aos objectivos traçados.

Tendo em conta a evolução constante a que a área da saúde se encontra sujeita, depressa nos apercebemos, que todos os profissionais devem preocupar-se em praticar as suas funções tendo em consideração os mais altos padrões de competência e desempenho, de modo a conseguir assegurar e garantir a melhor prestação de cuidados ao utente.

A auditoria técnica poderá estar associada ao TR, em pelo menos duas vertentes: na auditoria ao seu desempenho aquando da prática dos RT e na auditoria ao próprio RT.

Assim, tanto o desempenho do TR, no decorrer desta função, como o RT em si, devem ser devidamente auditados, sendo a auditoria levada a cabo por auditores competentes e adequados à função.

Para que se possa realizar uma auditoria técnica eficaz, vários factores devem estar devidamente identificados e clarificados, nomeadamente as condições de aplicabilidade dos procedimentos para a monitorização e avaliação da qualidade do serviço prestado pelo TR quando elabora um RT, assim como os critérios da qualidade que devem presidir à elaboração do RT pelos TR, nomeadamente critérios e indicadores da qualidade.

Só assim se pode realizar uma auditoria técnica que efectivamente vise a avaliação da qualidade, sem o intuito de penalizações dos serviços prestados pelo TR, no sentido de promover a satisfação, não só do utente mas também dos profissionais a diferentes níveis, contribuindo assim para uma melhor gestão do SR.

A maior desvantagens, ou existência de um problema adicional, é o facto de não existirem normas de referência conhecidas nacionais, o que dificulta o estabelecimento de critérios de avaliação e uma norma de referência para a auditoria. No entanto, o processo passa sempre por encontrar normas de orientação, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, seleccionar indicadores de desempenho mais adequados e estabelecer os critérios para a avaliação.

Através do conhecimento baseado em experiências (nacionais e internacionais) devem ser criadas linhas de orientação técnicas, de modo a que se possam criar normas de procedimentos uniformes e universais.

A medicina baseada na evidência pode ser aplicada de um modo mais preciso à Radiologia, visto já existirem além fronteiras, evidências baseadas na Radiologia (ou Imagiologia).

Com o recurso a estas evidências, mais facilmente se alcança uma boa eficiência clínica (*Clinical Effectiveness*). Novamente verifica-se a aplicação de uma terminologia não adequada, pelas razões acima descritas, pelo que mais uma vez, na perspectiva do investigador, é necessário uma adaptação terminológica, moldada à realidade e ao profissional TR.

Sugere-se assim a denominação de **Eficiência Técnica** (ou *Technical Effectiveness*). A sua definição é em tudo parecida à sua congénere eficiência clínica, no entanto, adaptada ao TR. Assim, a eficiência técnica não seria mais do que uma intervenção por parte do TR, que apresente uma boa relação qualidade/custo e que assente em novas evidências de efectividade, não descurando a eficácia e eficiência, na tentativa de alcançar a maior satisfação possível ao utente.

De um modo geral, estas seriam as condições profissionais necessárias à implementação e aplicabilidade dos procedimentos, para a monitorização e avaliação da qualidade, do serviço prestado pelo TR, quando elabora um RT a um exame osteo-articular de radiologia convencional, num SR hospitalar de urgência.

Para que exista um efectivo sucesso técnico num SR, uma boa governação tem de estar na sua base.

Mas não poderá ser uma governação qualquer.... Terá de ser uma governação adequada, adaptada à realidade existente e que engloba e envolva os TR.

Verificou-se, ao longo da discussão dos dados recolhidos, que os TR não estão a acompanhar as novas exigências e demandas do SR, imposta pela constante evolução dos serviços de saúde, no sentido que em não parecem ter os seus conhecimentos actualizados quanto às temáticas agora em voga, nomeadamente a qualidade e os aspectos com ela relacionados: as auditorias e alguns conceitos de gestão. Vislumbrou-se pouco optimismo nas posturas apresentadas em relação às temáticas debatidas e que envolvem o RT e o TR, nomeadamente as suas competências e a sua autonomia profissional.

Foi no entanto notória, a fragmentação organizacional e profissional que subjaz nas representações dos TR entrevistados, e a representação empobrecida que têm do profissional TR.

Para que a prática dos RT seja efectivamente uma mudança implementada com sucesso, os TR teriam de abraçar convictamente esta mudança, e estarem cientes das capacidades, competências e saberes que possuem e que os coloca num patamar diferenciado, permitindo-lhes desenvolver funções e alargar as suas práticas profissionais.

Existe assim uma clara necessidade de reestruturação, no modo de governação existente nos SR, mais especificamente a nível dos SU. É imperativo a criação de novas condições sócio-organizacionais que acolham de braços abertos a mudança.

Recorrer à GC deixa de ter sentido, a partir do momento em que se toma em consideração a parte técnica do serviço. Neste contexto, introduz-se novamente uma adaptação da terminologia, passando a denominar a governação, na sua vertente mais “técnica” como, **Governação Técnica** (ou *Technical Governance*) onde a existência dos **Relatórios Técnicos** são um exemplo perfeito da melhoria contínua da qualidade no SR.

Conforme citado anteriormente pelo COR (1997), os RT realizados pelos TR não são uma opção no futuro mas sim um requisito.

A prática de relatar exames osteo-articular, apenas oralmente e somente quando solicitada a opinião tem de ser ultrapassada, dando lugar a uma tarefa oficial e reconhecida. Assim, é emergente o reconhecimento nacional dos RT, realizados a exames osteo-articulares, no SU pelo TR.

Será certamente um caso a aprofundar em futuros estudos, onde se possa analisar a conversão de uma *clinical governance*, de certo modo ainda abstracta e distantes dos TR, em

uma *technical governance*, objectivo de profícuo para a melhoria do desempenho profissional e da qualidade dos actos técnicos junto dos utentes.

São seguidamente sumariadas algumas recomendações, às quais se dá um destaque particular, pois entende-se que com a sua realização, a prática dos RT terá uma maior aceitabilidade e produzirá um impacto mais vantajoso na construção das lógicas duma *governança técnica em radiologia*. Sugere-se assim:

a) Submeter este estudo a uma investigação quantitativa, de modo a confirmar a validade do estudo (a probabilidade de erro será menor, quanto mais coincidentes forem as investigações qualitativas e quantitativas);

b) Realizar um trabalho de investigação semelhante, no entanto, com uma amostra mais alargada, significativa e representativa de um estudo a nível nacional. Sugere-se como questão de investigação “ Implementação da prática dos RT: necessidade ou utopia? - O caso português”. Como algumas hipóteses de trabalho sugerem-se:

- “- Estarão os SR, nos seus DU, preparados para assumirem a prática dos RT?
- Estarão os TR dispostos a assumir a responsabilidade da prática dos RT?”

c) A triagem ineficaz, é uma temática com uma necessidade extrema em ser estudada, visto que a realização de exames radiológicos efectuados sem necessidade clínica aparente, acarretam um aumento de dose de radiação a que o utente vai estar sujeito. Este acontecimento contraria todas as normas e orientações de protecção radiológica, principalmente para o utente, para não mencionar os gastos subjacentes à realização de trabalho desnecessário. Por este motivo, sugere-se a realização de um trabalho de investigação dentro deste âmbito.

d) Promover a formação dos TR na área dos RT através da organização de Pós-Graduações ou Mestrados e formação contínua, através de sessões técnicas na própria instituição – Abordagem micro e macro, capacitando-os teórica e metodologicamente para o desenvolvimento da governança técnica e avaliação de práticas bem sucedidas em RT.

e) Melhorar a adequação dos planos curriculares existentes nos estabelecimentos de ensino, de modo a que o início da prática do RT, na vida profissionais dos alunos, seja encarada com mais optimismo e segurança.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Verificamos que a área da saúde é dominada pelo conhecimento, que tende a ser cada vez mais partilhado. Partilhado entre os profissionais de saúde, partilhado entre as instituições de saúde e partilhado com o utente.

Idealiza-se que o conhecimento e a informação circulem livremente e de um modo rápido e fidedigno. Deste modo, a Sociedade de Informação levou à Sociedade do Conhecimento, pois passou a ser necessário o conhecimento onde anteriormente era suficiente existir informação (Mendes, 2003).

O conhecimento, transmitido através da formação dos profissionais, por si só não é suficiente para a implementação dos RT.

A sua prática, está inserida numa forma de governação mais ampla e diversificada, que contempla inúmeros campos de acção, conforme vimos estar associado à Governação Técnica. Deste modo, a formação por si só, não é certamente suficiente para sustentar a prática dos RT, inseridos numa Governação Técnica, em todas as suas vertentes.

No SR, a evolução do conhecimento científico e tecnológico tornam inevitável o desenvolvimento dos Sistemas de Informação (SI), pois cada vez mais se recorre ao uso de novas tecnologias, não só para potenciar a qualidade e a eficácia técnica, mas também para alcançar a eficiência e diminuir a burocratização, facilitando deste modo um rápido acesso aos serviços e aos cuidados de saúde. Este facto faz com que este Serviço seja privilegiado na perspectiva dos SI.

O sistema de informação é entendido por Lucas (1987), citado em Rascão (2001) como *“um conjunto organizado de procedimentos, que, quando executados, produzem informação para apoio à tomada de decisão e ao controlo das organizações”*. Para Rascão (2001), as tecnologias de informação (TI) e de comunicação são definidas como *“o conjunto de conhecimentos, de meios materiais e de know-how, necessários à produção, comercialização e ou utilização de bens e serviços relacionados com o armazenamento temporário ou permanente da informação, bem como o processamento e a comunicação da mesma”*, ou seja, pode dizer-se que, sob uma perspectiva estritamente tecnológica, as TI são, de acordo com Amaral e Varajão (2000) o conjunto de equipamentos e suportes lógicos (*hardware* e *software*) que permitem executar tarefas como aquisição, transmissão, armazenamento, recuperação e exposição de dados. Adaptando a ideia de Reis (1993), o SI apoia a interligação entre os subsistemas que constituem o SR (visto como um sistema global) e os seus sistemas envolventes, permitindo o processamento de dados, provenientes de várias fontes, auxiliando a gestão e o processo da

tomada de decisão no SR. Por sua vez, as TI são como que o “veículo” que disponibilizam essa informação (são as bases de dados, os computadores e os sistemas a eles associados...).

Na realidade, de um modo geral, os SR caminham cada vez mais para um ambiente exigente e competitivo, tornando-se deste modo imprescindível a demonstração de boas práticas, qualidade na prestação, preços acessíveis e satisfação do utente como factores críticos de sucesso. Deste modo, deve promover-se e avaliar-se os SI actualmente existentes para implementar um SI actual e funcional para a Radiologia, pelo que se sugere a criação de um estudo para desenvolver um plano estratégico em SI, para uma e-governação técnica, baseado nas TI, dado que o SR deve munir-se com todas as ferramentas necessárias à prática de uma governação eficaz e eficiente. Os SI contribuem assim para uma gestão mais eficiente, permitindo assim uma maior facilidade em atingir os objectivos propostos, tornando-se num recurso extremamente importante.

Torna-se extremamente necessário, num ambiente de governação técnica, compreender a importância dos SI, suportados pelas TI e o impacto que promovem junto das pessoas e no seio da organização.

É de extrema importância promover a verdadeira aceitação dos benefícios e da indispensabilidade dos SI, apoiados nas novas tecnologias de informação, por parte de todos os intervenientes no sistema de saúde, sendo por isso também necessário recorrer à formação na área para cada elemento.

O incremento da capacidade de decisão e comunicação, proporcionada pelas novas tecnologias, torna possível um maior controlo dos superiores sobre os seus subordinados, facilitando ao mesmo tempo a eliminação dos níveis hierárquicos intermédios (Serrano e Fialho, 2003). Daí que o problema da não aceitação dos SI por vezes é mais de natureza cultural e não de natureza técnica.

Na actualidade, os gestores vão estando sensibilizados para a importância do planeamento estratégico dos SI como um factor-chave na criação de valor acrescentado para a organização, segundo Reis (1993).

Seguindo o ponto de vista de Reis (1993), um plano estratégico dos SI, refere-se ao modo como se vai usar a informação, sistemas e tecnologias e como serão geridas as aplicações na perspectiva do trabalho realizado no SR. Pretendendo-se que este plano se baseie nas TI, importa considerar como a tecnologia deverá ser aplicada, de modo a apoiar o processamento da informação, o desenvolvimento de sistemas e a criação de vantagens competitivas para o SR.

Com o plano estratégico dos SI, pretende-se obter vantagens competitivas, com a identificação de novas oportunidades, combatendo por outro lado, possíveis ameaças

provenientes da concorrência (como referido anteriormente, os serviços de saúde posicionam-se cada vez mais numa plataforma empresarial). O plano de intervenção, não é mais do que um conjunto integrado de acções que visam aumentar a eficiência e a eficácia do SR, ao longo do tempo, promovendo uma *e-governança* técnica.

Como exemplos de SI, podem desenvolver-se e instalar ferramentas de prescrição electrónica de radiografias, podem aplicar-se SI na gestão de *stocks*, na marcação de exames "on-line" onde o desenvolvimento de *software* pode fazer substituir tarefas que aparentemente apenas poderiam ser executadas por pessoas, nos *call center* e nos *contact center*, obtendo-se assim maior qualidade e rapidez na resposta. Os SI podem também ser aplicados em programas de Tele-conferência e Tele-medicina. Os SI podem ser instrumentos de extrema importância uma vez que se pode migrar para ambientes *Web* toda a informação necessária, de modo a que seja possível convergir para uma verdadeira plataforma de "saúde virtual", onde os dados passam a ser partilhados e não duplicados, verificando-se assim a centralização dos dados num único ponto de acesso.

Deste modo, os SI podem promover uma redução substancial de vários encargos, nomeadamente com recursos humanos, equipamentos, transporte de utentes... As novas necessidades de gestão hospitalar, aliadas às necessidades de racionalização dos gastos técnicos e humanos, levam a que os investimentos em novas soluções sejam uma prioridade.

Um SR deve ter traçado uma missão e uma estratégia de acção. De modo a cumprir a sua missão, o Serviço deve ter como base um SI adequado e sustentado. Este SI deve procurar dar suporte a todas as operações do Serviço, de modo a garantir que todos os colaboradores têm ao seu dispor toda a informação que necessitam, devendo essa informação ser transparente e possuir qualidade. Após garantir o suporte, o SI pode assim fornecer informação para apoiar a decisão.

Como principais impactos, verifica-se o aumento das exigências sobre os trabalhadores, obrigando-os a adquirir novos conhecimentos, *skills* e versatilidade, pois para além da componente operacional, os trabalhadores devem possuir outra de gestão no desenvolvimento das suas actividades. Como consequência deste factor, os trabalhadores têm de saber trabalhar com equipamentos sofisticados e em rápida evolução e têm de ter capacidade efectiva de participação na gestão (Mendes, 2003).

De modo a operacionalizar uma intervenção sócio-organizacional, na temática da Governação Técnica, para a prática dos RT, procedeu-se à elaboração de um guia, designado por: "Guia para a Implementação da Governação Técnica na Radiologia – Orientações básicas

para a prática de relatórios técnicos (de exames osteo-articulares, realizados em contexto de urgência)”, que pode ser consultado no Apêndice 9.

Este guia tem como base os trabalhos desenvolvidos por Lugon e Scker-Walker (2001) relativamente à auditoria clínica, as indicações fornecidas pelo ACR (2005) quanto à estrutura do relatório clínico, e as orientações de Sale (2000) relativo às auditorias clínicas

O investigador optou por criar ou adaptar alguma da informação inexistente, para que fosse viável a elaboração do guia supra-citado.

Apesar de aparentemente utópica, a introdução deste guia, nos SU dos SR, seria um primeiro passo para o evoluir da Radiologia e mais concretamente, para o desenvolvimento do profissional “Técnico de Radiologia”, no seio de uma governação diferenciada.

De modo a sintetizar o plano de intervenção sócio-organizacional elaborado, esquematizou-se toda a informação nele contida, para uma melhor compreensão do mesmo, na Figura 7 e nos quadros 4 e 5.

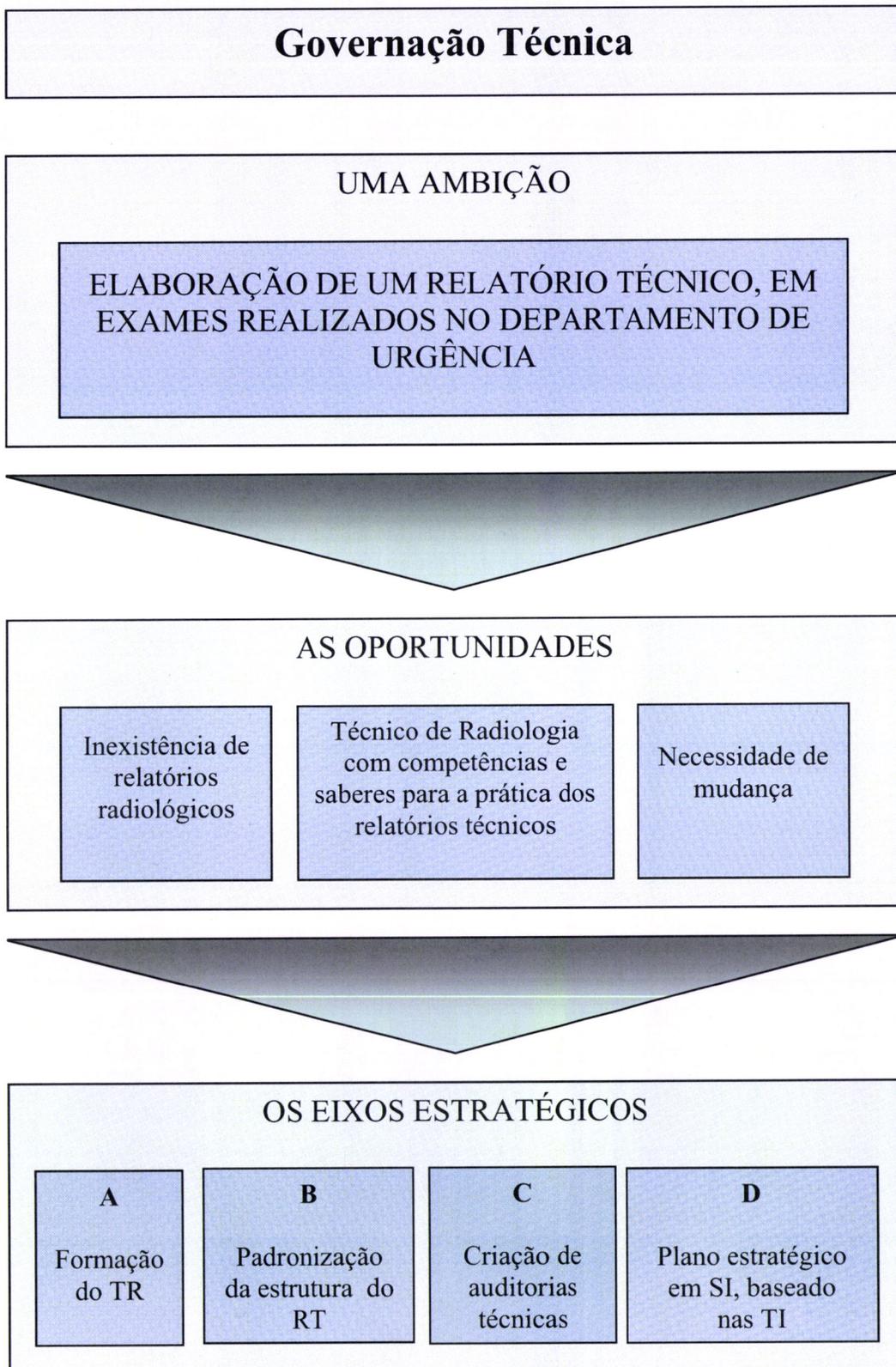


Figura 7 – Esquematização do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional
(Fonte: Autor, 2008)

Eixos Estratégicos	Objectivos	Acção/Projectos
<p>A</p> <p>Formação do TR</p>	<p>1. Identificar as necessidades de formação complementar do TR, para a prática dos RT</p> <p>2. Identificar as entidades formadoras</p>	<p>1. Realizar inquéritos/questionários aos TR</p> <p>2. Fazer um levantamento das entidades credíveis para formação sobre RT</p>
<p>B</p> <p>Padronização da estrutura do RT</p>	<p>1. Elaborar a estrutura de um RT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir as estruturas a relatar - Enumerar os critérios da qualidade para a elaboração dos RT - Definir normas e guidelines para a elaboração do RT 	<p>1. Realizar uma reunião com entidades competentes para definir o conteúdo do RT</p>
<p>C</p> <p>Criação de auditorias técnicas</p>	<p>1. Definir as auditorias técnicas ao TR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os indicadores da qualidade, para o desempenho do TR, quando efectua um RT - Identificar os auditores - Elaborar um referencial para a auditoria <p>2. Definir as auditorias técnicas ao RT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os indicadores da qualidade presente no RT - Identificar os auditores - Enumerar os critérios da qualidade presentes no RT - Elaborar um referencial para a auditoria 	<p>1. Realizar uma reunião com entidades competentes para definir a auditoria técnica ao TR</p> <p>2. Realizar uma reunião com entidades competentes para definir a auditoria ao RT</p>

2008 4º Trimestre	2009 1º Trimestre	2009 2º Trimestre	2009 2º Semestre	2010	2011 1º Trimestre
<p>Plano de Formação do TR</p> 	<p>Guia para elaboração do RT</p> 	<p>Manual para Auditorias Técnicas</p>	<p>Implementação de um SI, baseado nas TI</p> 	<p>Monitorização</p>	<p>Avaliação e Reformulação</p>
<p>Elaboração do Plano de Formação do TR, baseado nas necessidades existentes</p>	<p>Documento de consulta sobre elaboração do RT</p>	<p>Documento de consulta sobre auditorias técnicas, nomeadamente sobre indicadores para a monitorização e avaliação do desempenho do TR e do RT em si</p>	<p>Implementação de um SI eficiente e eficaz nos SU dos SR</p>	<p>Monitorização da prática dos RT</p>	<p>Avaliação e reformulação da prática dos RT</p>
<p>Comissão de Governação Técnica</p>	<p>Comissão de Governação Técnica</p>	<p>Comissão de Governação Técnica</p>	<p>Técnicos especializados para <i>software</i></p>	<p>Comissão de Governação Técnica</p>	<p>Comissão de Governação Técnica</p>
<p>Entidades Formadoras Credenciadas</p>	<p>Associação Profissional</p>	<p>Entidades Formadoras Credenciadas</p>	<p>Departamento Informática</p>	<p>Equipas de Governação Técnica</p>	<p>Equipas de Governação Técnica</p>
<p>Associação Profissional</p>	<p>Entidades Formadoras Credenciadas</p>	<p>Associação Profissional</p>	<p>Comissão de Governação Técnica</p>		

Quadro 5 – Calendarização do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional e seus intervenientes
(Fonte: Autor, 2008)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, A., Tavares, A. e Godinho, J. (1989). *Manual de Métodos de Investigação em Saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho das culturas locais às estratégias identitárias dos Enfermeiros (Estudos Multicasos)*. Coimbra: FORMASAN - Formação e Saúde,Lda e EDUCA - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- American College of Radiologists. (10 de Outubro de 2005). *ACR Practice Guideline for Communication of Diagnostic Imaging Findings*. Obtido em 09 de Janeiro de 2007, de ACR Practice Guideline, em: www.acr.org
- American College of Radiologists. (2006). *ACR Practice Guideline for General Radiography*. Obtido em 9 de Janeiro de 2007, de ACR Practice Guideline, em: www.acr.org
- American College of Radiologists. (2004). *Authentication of Reports*. Obtido em 9 de Janeiro de 2007, de ACR, em: www.acr.org
- Australian Institute of Radiology. (2003). *Guidelines for Profession Conduct for Radiographers, Radiation Therapists and Sonographers*. Victoria: Australian Institute of Radiography.
- Albarello, L. E. (1997). *Praticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Amaral, L. e Varajão, J. (2000). *Planeamento de Sistemas de Informação*. Lisboa: FCA - Editora de Informática.
- Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear. Código Deontológico da Profissão do Técnico de Radiologia. Obtido em 20 de 05 de 2007, de ATARP, em: www://atarp.pt/coddeont.html
- Bach, L. (2004). Ética, estética y conflictos: el radiólogo. In L. Manti-Bonmati, E. Fraile Moreno e F. Sáez Garmendia, *Formación, futuro y código de conducta en radiologia* (pp. 113-117). Madrid: Editorial Medica panamericana.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barrau, V. Rufat, P., Charrada, L., e Menu, Y. (2001). Élaboration d'un référentiel pour un audit des comptes-rendus radiologiques. *Journal de Radiologie* , pp. 897-905.
- Barrau, V., Rufat, P., Charrada, L., e Menu, Y. (2002). Procédure d'Audit des Compte-Rendus Radiologiques d'un Service Hospitalier. *Journal de Radiologie* , pp. 717-721.
- Benger, J. R. e Lybum, I. D. (2003). What is the effect of reporting all emergency department radiographs? *EMJ* , pp. 40-43.

- Boavista, A. (Dezembro de 2005). Auditar a prática: um Caminho para a segurança do doente. *Qualidade em Saúde* (13), pp. 26-30.
- Brayley, N. (2000). The need for radiographer reporting: an accident & emergency department (A&E) perspective. *The College of Radiographers* , pp. 227-229.
- Brealey, S. (2001 a). Measuring the Effects of Image Interpretation: An Evaluative Framework. *The Royal College of Radiologists* , pp. 341-347.
- Brealey, S. (2001). Quality assurance in radiographic reporting: A purposed framework. *The College of Radiographers* , pp. 263-270.
- Britten, N. (22 de Julho de 1995). Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* , pp. 251-253.
- Bugada, H. (Fevereiro de 2006). Os pilares fundamentais da Clinical Governance. *Revista Portuguesa de Gestão & Saude* (0), pp. 30-35.
- Cardoso, M. A. (Dezembro de 2005). Governação Clínica - um conceito a reter. *Qualidade em Saúde* , pp. 31-32.
- Cardoso, S. (Dezembro de 2006). Um percurso profissional para além das Tecnologias da Saúde. *Tecnologias da Saúde - Gestão, Ciencia e Inovação* , pp. 11-13.
- Carmo, H. e Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- College of Radiographers. (1997). *Reporting by Radiographers: a vision paper*. Londres: The College of Radiographers.
- College of Radiographers. (2006). *Standards for the Reporting and Interpretation of Imaging Investigations*. Londres: Board of the Faculty of Clinical Radiology - The Royal College of Radiologists.
- College of Radiographers. (2002). *Statements for Professional Conduct*. Londres: The Society of Radiographers - The College of Radiographers.
- Cunningham, D. (Setembro de 1997). Special Interest Group in Radiographer Reporting. *The British Journal of Radiology* , pp. 873-874.
- Davies, H. e Mannion, R. (1999). *Clinical Governance: Striking a Balance Between Checking and Trusting*. The University of York.
- Fontana, A. e Frey, J. H. (2000). The Interview: from structured questions to negotiated text. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln, *Handbook of Quatitative Research* (2ª ed., pp. 651-656). California: Sage Publications, Inc.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Friedenberg, R. (2000). *The role of the Supertechnologist*. Obtido em 05 de Setembro de 2007, de RSNA, em: www.radiographic.rsna.org

Fuentes, J. V. (Maio de 2004). Planificación estratégica de un Servicio de Radiología. *Todo Hospital*, 23 (206), pp. 217-226.

García, M., Álvarez, I. e Merino, J. (2003). Gestión de Servicios de Diagnóstico por Imagen: Radiodiagnóstico. In J. Temes, *Gestión Hospitalaria* (pp. 227-248). Madrid: McGraw-Hill - Interamericana de España, S.A.U.

Geoffrion, P. (2003). O grupo de discussão. In B. Gauthier, *Investigação Social: da problemática à colheita de dados* (3ª ed., pp. 319-342). Loures: Lusociência.

Giovinazzo, R. (Outubro/Dezembro de 2001). *Focus Group em Pesquisa Qualitativa - Fundamentos e Reflexões*. Obtido em Agosto de 2007, de Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado.

Gomes, A. e Galego, C. (2005). *Emancipação, ruptura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação*, em: www.paulofreire.org

Group, T. E. (Setembro de 2001). Evidence-based Radiology: A new approach to the practice of Radiology. *RSNA*, pp. 566-575.

Grudens-Schuck, N., Allen, B. e Larson, K. (Maio de 2004). *Focus Group Fundamentals*. Obtido em Setembro de 2007, de Iowa State University: www.extension.iastate.edu

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*. Estoril: Príncipia Editora, Lda.

Hampton, J. (2000). From evidence to guideline. *The College of Radiographers*, pp. 75-77.

Hittinger, R., Gregson, D., Cartwright, J., Glanville, J. e Johnson, S. (2001). Guide to Sources. In M. Lugon e J. Secker-Walker, *Advancing Clinical Governance*. Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd.

How to do clinical audit - A brief guide. (2005). Obtido de UBHT Clinical Audit Central Office, em: <http://www.ubht.com>

Joaquim, J. J. (Dezembro de 2006). A regulação profissional em Saúde. *Tecnologias da Saúde - Gestão, Ciência e Inovação*, pp. 9-10.

Jones, T. e Cawthorn, S. (2003). *what is clinical audit?* Obtido em 2007, de What is..., em: <http://www.evidence-based-medicine.co.uk>

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing Focus Group. Obtido em 20 de 06 de 2007, de British Medical Journal, em: www.bmj.com

- Landry, R. (2003). A análise de conteúdo. In B. Gauthier, *Investigação Social: da problemática à colheita de dados* (3ª ed., pp. 345-372). Loures: Lusociência.
- Larson, K., Grudens-Schuck, N. e Allen, B. (Maio de 2004). *Can you call it a Focus Group?* Obtido em Setembro de 2007, de Iowa State University, em: www.extension.iastate.edu
- Lima, J. J. (1995). *Física dos Métodos de Imagem com Raios X*. Coimbra: Edições ASA.
- Loughran, C. (1994). *Reporting of fractures radiography by radiographers: the impact of a training programme*. Obtido em 03 de Julho de 2007, de The British Journal of Radiology, em: www.bjrjournals.org
- Lugon, M. e Secker-Walker, J. (2001). The Organization and Clinical Governance. In M. Lugon e J. Secker-Walker, *Advancing Clinical Governance*. Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Madriz, E. (2000). Focus Group in Feminist Research. In N. Denzin e Y. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (2ª ed., pp. 835-850). Califórnia: Sage Publications, Inc.
- Manning, D. (2000). Research questions in clinical reporting by radiographers. *The College of Radiographers* , pp. 221-224.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. e Nicoulin, M. (2003). *Diccionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marconi, M. D. e Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de pesquisa: planeamento e execução de pesquisa: amostragens e técnicas de pesquisa: elaboração, análise e interpretação de dados* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Maurício, J. J. (Janeiro de 2006). Para além do RX... *Revista Portuguesa Gestão & Saude* , 2 (4).
- McNamara, C. (2007). *Basics of Conducting Focus Group*. Obtido em 12 de Maio de 2007, de Free Management Library, em: www.managementhelp.org
- Medina, L. e Blackmore, C. (2006). Principles of Evidence-Based Imaging. In *Evidence-based Imaging - Optimizing Imaging in Patient Care* (pp. 1-18). Nova Iorque: Springer Science e Business Media Inc.
- Mendes, A. (2003). Sociedade da Informação ou Sociedade do Conhecimento? Em INDEG/ISCTE – Instituto para o desenvolvimento da Gestão Empresarial, *Gestão em Revista* .
- Montero, F. (2004). El informe y sus implicaciones. In L. Manti-Bonmati, E. Fraile Moreno e F. Sáez Garmendia, *Formación, futuro y código de conducta en radiología* (pp. 101-105). Madrid: Editorial Medica panamericana.
- Morgan, D. (1996). Focus Group. *Annu. Rev. Sociol.* , pp. 129-152.
- Nabais, C. (1988). *Noções Práticas de Auditoria*. Lisboa: Editorial Presença.

National Institute for Clinical Excellence (2002). Principles for Best Practice in Clinical Audit. Obtido em 16 de 06 de 2007, de National Institute for Clinical Excellence, em: <http://www.guidance.nice.org.uk>

Nixon, S. (2001). Professionalism in radiography. *The College of Radiographers* , pp. 31-35.

Oliveira, I. B. (1998). *Melhoria Contínua nas Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde*. Lisboa: Centro de Estudos de Management - Desenvolvimento e Gestão, Lda.

Paiva, C. (2002). Também é possível fazer Auditorias aos Procedimentos? In *Auditar Procedimentos (Separata Técnica da Revista Qualidade em Saúde)* (pp. 3-5). IQS.

Piper, K. J., Paterson, A. M. e Godfrey, R. (2005). Accuracy of radiographer's reports in the interpretation of radiographic examinations of the skeletal system: a review of 6796 cases. *The College of Radiographers* , pp. 27-34.

Pires, A. (2000). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pisco, L. (2003). Auditorias clínicas: medir para melhorar. *Qualidade em Saúde* (7), pp. 42-43.

Pope, C. e Mays, N. (1 de Julho de 1995). Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medicine Journal* , pp. 42-45.

Pope, C. Ziebland, S., e Mays, N. (8 de Janeiro de 2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ* , 320, pp. 114-116.

Price, R. e Prime, N. (2000). Reading Radiological examinations - Whose image is it anyway. *Diagnostic Imaging* , pp. 20-21.

Quaresma, M. E. (Abril - Junho de 2004). Auditorias clínicas para avaliar a qualidade dos serviços prestados. *Qualidade em Saúde* (10), pp. 32-34.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Rascão, J. (2001). *Sistemas de Informação para as organizações*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Redrado, J. (2003). Sistemas de Información. In J. L. Temes, *Gestión Hospitalaria* (pp. 107-125). Madrid: McGraw-Hill - Interamericana de España, S.A.U.

Reis, C. (1993). Planeamento Estratégico de Sistemas de Informação. Lisboa: Editorial Presença.

Reporting, S. I. (2002). *Reporting by Radiographers: a policy and practice guide*. Reino Unido: SIGRR.

Robinson, P. J. (1998). Pattern recognition and radiographer reporting. *The College of Radiographers* , pp. 155-157.

Rudd, P. (2003). The development of radiographer reporting 1965-1999. *The College of Radiographers* , pp. 7-12.

Sale, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.

Savoie-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In B. Gauthier, *Investigação Social: da problemática à colheita de dados* (3ª ed., pp. 279-301). Loures: Lusociência.

Scally, G. e Donaldson, L. (4 de Julho de 1998). *Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. Obtido em 3 de Março de 2007, de BMJ, em: <http://www.bmj.com>

Serrano, G. P. (1998). *Investigacion Cualitativa - retos e interrogantes* (2ª ed.). Madrid: La Muralla.

Silva, C. Lobato, J., e Guerreiro, P. (2007). *Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa: Um breve olhar sobre os 25 anos de Ensino e Formação*. Lisboa: ESTeSL - IPL.

Sistrom, C. e Langlotz, C. (2005). A framework for improving radiology reporting. *American College of Radiology* , pp. 159-167.

Starey, N. (2005). *what is Clinical Governance*. Obtido em 03 de Março de 2007, de What is...: <http://www.evidence-based-medicine.co.uk>

The Quality Assurance Agency for Higher Education (2001). *Benchmark statement: Health Care Programmes - Radiography*. Obtido em 25 de 03 de 2007, de The Quality Assurance Agency for Higher Education, em: <http://www.qaa.ac.uk>

Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In A. S. Silva, *Metodologia das Ciências Sociais* (8ª ed., pp. 101-128). Porto: Afrontamento.

White, P. e McKay, J. C. (2002). Guidelines and legal requirement which inform role expansion in radiography. *The College of Radiographers* , pp. 71-78.

WHO. (2005). *Preparing a health care work force for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. França: World Health Organization Library Cataloguing - in - Publication Data.

Yesudian, C. (Julho - Setembro de 2000). *Clinical Governance in Health Care practice (review)*. Obtido em 03 de 12 de 2007, de Journal of Postgraduate Medicine, em: <http://www.bioline.org>

Outros documentos

Relatório de Missão do Grupo de Trabalho de Radiologia. (2004). *Implementação do Processo de Bolonha. Área de Conhecimento - Tecnologias da Saúde*.

Directiva 97/43/EURATOM do Conselho de 30 de Junho de 1997
(relativa à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas medicas e que revoga a Directiva 84/466/Euratom)

Estatuto legal da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica. (s.d.). *Decreto-Lei n° 564/99 de 21 de Dezembro* . Diário da República - I Série - A.

Bibliografia consultada, mas não citada

APA (2008). *American Psychological Association*, em: <http://www.apastyle.org>

Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva - Publicações Lda.

Dicionário Português Inglês. (1989). Webster – Circulo de Leitores

Frada, J. (2005). *Novo Guia Prático - Para pesquisa, elaboração e apresentação de trabalhos científicos e organização de currículos*. Lisboa: Sete Caminhos.

Seia, C. (2006). *Normas para Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Editorial Presença.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Guia orientador para a recolha de dados

Guia Orientador para a recolha de dados	
Problemáticas	Dimensões
Eventuais temas a abordar	<ul style="list-style-type: none"> - Relatórios Técnicos - Auditorias - Qualidade - Guidelines - Formação
Tipos de Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> - <i>focus group</i> de 2 ou 3 grupos com 6 elementos cada - entrevistas individuais
Eventuais grupos e participantes	<p><u>Grupo A – Técnicos de Radiologia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Técnicos de Radiologia (a exercer em urgência) ◆ Chefes de Equipas de urgência ◆ ... <p><u>Grupo B – Outros Profissionais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Membro do Sindicato das Tecnologias da Saúde (vertente legal) ◆ Membro do SINDITE (vertente legal) ◆ Membro da ESTeSL, Coimbra ou Porto (vertente formação) ◆ Membro da Escola Sup. Egas Moniz (vertente formação) ◆ Membro da Escola Sup. Cruz Vermelha ◆ Membro da Escola Sup. Ribeiro Sanches ◆ Membro do grupo de trabalho de Radiologia para implementação processo de Bolonha ◆ Membro ATARP (vertente profissional) ◆ Técnicos Coordenadores de Serviços de Radiologia ◆ Membro do IQS (vertente qualidade) ◆ ... <p><u>Grupo C – Médicos Radiologistas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Membro da Ordem dos Médicos ◆ Membro da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear ◆ Médicos Radiologistas (a exercer em urgência) ◆ Directores de Serviço (com departamento de

	urgência)
Locais eventuais	- Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa - Universidade de Évora
Duração	Hora e meia a duas horas
Grau de envolvimento do moderador	- moderado

Fonte: GUERRA, I. C. – Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e Formas de Uso, 2006.
(adaptado)

Apêndice 2 – Estrutura do Guião da Entrevista

	Tópicos	Perguntas	Informação Pretendida (objectivos)
Questões-abertas	Características dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Sexo - Habilitações Académicas - Profissão/Cargo - Experiência na Radiologia 	- Caracterização do perfil sócio-demográfico dos entrevistados
Questões introdutórias	Realidade dos Serviços de Radiologia (Departamentos de Urgência)	<ul style="list-style-type: none"> - Qual é a realidade dos Serviços de Radiologia, nomeadamente nos Departamentos de Urgência? - Os exames realizados pelos TR são acompanhados de relatórios quando entregues ao utente? Se não, porque motivo? - Qual a percepção da evolução do skill-mix do TR em Portugal? 	- Saber o estado actual dos Serviços de Radiologia (Departamento de Urgência)
	Relatório Técnico	<ul style="list-style-type: none"> - Como definem os Relatórios Técnicos? - Qual a viabilidade da introdução dos RT em Portugal? 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificar a definição de “Relatório Técnico” - Percepcionar a viabilidade de introdução dos RT em Portugal
Questões de transição	O Técnico de Radiologia	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ou não o TR legalmente relatar exames radiológicos? - Que exames devem ou podem os Técnicos de Radiologia relatar? Ou deverão todos os exames de urgência ser relatados pelo TR? - Os TR possuem competências para realizarem, à 	<ul style="list-style-type: none"> - Saber se legalmente, o TR tem autoridade para poder relatar - Identificar o tipo de exames que o TR pode relatar no Departamento de Urgências - Identificar a realidade portuguesa quanto às competências dos TR

		<p>semelhança de outros países exames osteo-articulares em Radiologia Convencional? Porquê?</p>	<p>em relatar exames osteo-articulares em radiologia convencional</p>
<p>Questões-chave</p>	<p>O Técnico de Radiologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como profissionais, que necessidades sentem a nível da vossa formação? - Que competências serão necessárias para que o TR possa relatar exames radiológicos de urgência ? - De que modo pode o TR desenvolver e manter as suas competências como relator de exames? - Qual o papel das Instituições de Ensino Superior? - Como definiriam as linhas de orientação que permitissem orientar, assegurar e padronizar as funções do TR quando relata os exames - Quais seriam os indicadores da qualidade para o desempenho do TR ao relatar exames da urgência? - De que modo pode esta auditoria ser feita e quem a deve realizar? 	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar a realidade sentida pelos TR a nível da sua formação permanente - Caracterizar as competências necessárias para que o TR possa relatar - Identificar de que forma o TR pode fazer a manutenção das suas competências - Esclarecer o papel da Instituição de Ensino na manutenção das competências do TR - Estabelecer linhas de orientação para a realizar de RT - Identificar indicadores da qualidade para o desempenho do TR quando realiza RT - Estabelecer o modo de como se pode realizar uma auditoria ao desempenho do TR e identificar os profissionais responsáveis por essa auditoria

	<p>O Relatório Técnico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que componentes são mais críticos e devem fazer parte da estrutura do RT? - Quais as linhas de orientação para o seu formato e conteúdo? - Quem deve assinar o RT? - E quem assina, torna-se responsável pela gestão de cuidados ao utente? - Quais os critérios de qualidade e que indicadores da qualidade devem estar presentes no relatório técnico? - Como se poderão realizar auditorias aos RT? - Quem deve levar a cabo essas auditorias? 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os componentes críticos de devem constar num RT - Estabelecer linhas de orientação para o formato e conteúdo do RT - Identificar o profissional que deve assinar o RT - Identificar o papel do TR no processo de gestão do utente - Identificar indicadores da qualidade no RT - Estabelecer o modo de como se pode realizar uma auditoria ao RT - Identificar os profissionais responsáveis pela realização de auditorias aos relatórios
<p>Questões finais</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Qual é a viabilidade de introdução dos relatórios técnicos e de tudo o que lhe está associado nos Departamentos de Urgência dos Serviços de radiologia no nosso país? - De todos os aspectos que discutimos, qual é para vocês o mais importante? 	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar a percepção sobre a viabilidade da introdução dos RT em Portugal - Identificação dos aspectos mais importantes
<p>Questões resumo</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Este foi um resumo adequado? 	<ul style="list-style-type: none"> - Saber se os participantes concordam com o

			resumo realizado pelo moderador sobre as questões chave e principais ideias
Questão final		<ul style="list-style-type: none">- Esquecemos de referenciar algo?- Que conselhos gostariam de fornecer?	<ul style="list-style-type: none">- Certificar de que nada ficou por dizer- Obter conselhos dos entrevistados

Apêndice 3 - Caracterização das Entrevistas

	E1	E2	E3	<i>Focus Group</i>
Local	Serviço de Radiologia- Gabinete Médico, no Hospital X	Sala de Reunião do Sindicato Y	Sala da Direcção da Escola Superior W	Serviço de Radiologia - Sala de Coordenação Técnica, no Hospital X
Início	14:30	15:30	16:00	15:30
Data de realização	18 de Julho de 2007	07 de Agosto de 2007	30 de Agosto de 2007	12 de Julho de 2007
Duração	01:03:25	01:25:30	01:13:07	01:37:22

Apêndice 4 – Grelha de Análise Inicial

Realidade dos Serviços de Radiologia na Urgência	Estado actual Existência de Relatórios Técnicos
Técnico de Radiologia	Competências Linhas de Orientação Desempenho – Indicadores da Qualidade Desempenho – Auditorias Responsabilização
Relatório Técnico	Definição Estrutura Indicadores da Qualidade Auditoria

Apêndice 5 – Sinopses das Entrevistas

Factores	Métos / Recursos	Relatório Técnico	
<p>Aspectos</p> <p>“Eu acho que na urgência nunca houve poucos Técnicos. Sempre houve os suficientes. Continua a haver os suficientes.” TR1</p> <p>“ O número está adequado.” TR2</p>	<p>Positivos</p> <p>“Há certos dias em que mais um não fazia falta nenhuma.” TR3</p> <p>“[...] na minha opinião existem as pessoas suficientes... há má organização do serviço...” TR1</p> <p>“[...] nos próprios SU, nós sabemos que há diminuição ao máximo [...] dos meios às vezes materiais [...] a Radiologia sempre foi vista como tendo sempre equipamento de ponta, quer dizer, de última geração... quer-se sempre mais” E2</p> <p>“Temos demasiada oferta em algumas áreas e nalgumas localizações geográficas, temos hospitais que investiram em equipamento que nunca chegou a funcionar... hospitais novos...” E3</p> <p>“De facto aquilo que me parece é que há uma falta de eficiência enorme ao nível dos SR, ou seja, acho que Portugal tem demasiado equipamento instalado... equipamento demasiado evoluído tecnicamente para os serviços que presta e isto tudo por falta de planeamento eficaz do nosso país.” E3</p> <p>“[...] portanto o que interessa é que há uma completa des governação relativamente aquilo que é o planeamento de investimento ao nível das tecnologias.” E3</p> <p>“[...] resumindo e concluindo, demasiado equipamento, ou pelo menos mal distribuído do ponto de vista geográfico, falta clara de planeamento! Equipamento demasiado sofisticado para aquilo que se faz, e portanto investimentos avultados em área, e obviamente também aqui muito por pressão das empresas que querem é colocar equipamento topo de gama [...]” E3</p> <p>“[...] não sei quantas pessoas é que constituem a equipa... habitualmente 3-4, não sei... [...] não são seguramente demais... não são seguramente demais” E1</p> <p>“[...] uma das pessoas está sempre... alguém menos pressionado... [...] mas ajudando os que estão talvez a fazer o trabalho mais físico, e portanto, se calhar evitavam-se alguns erros” E1</p> <p>“[...] infelizmente, porque o tempo é pouco, reduzimos ainda por cima as nossas equipas também, portanto... nós reduzimos equipas quando aumenta o trabalho [...]” E1</p> <p>“[...] nos próprios SU, nós sabemos que há diminuição ao máximo das equipas [...]” E2</p> <p>“[...] há urgências que não tem MR em permanência, durante o tempo em que funciona a Urgência em Radiologia.” E2</p> <p>“Numa perspectiva futura, e até a questão das próprias categorias é uma questão que vai cair.” E2 (em relação à carreira do TR)</p>	<p>Positivos</p> <p>“Os exames de [...] TAC, tomografia computadorizada ou ecografia, saem todos com relatório. Se houver um digestivo, sai com relatório.” E1</p> <p>“[...] a questão do RT, que eu acho que é uma coisa que deveria ser nitidamente uma realidade existente.” E2</p> <p>“[...] as próprias organizações, que depois têm também algum papel no sentido de fazer alguma pressão futura, na necessidade do RT.” E2</p>	<p>Negativos</p> <p>“ Os exames da chamada RC... não saem com relatório, nenhum sai com relatório.” E1</p> <p>“[...] o médico não vê os exames... o MR nem sequer os vê... são vistos normalmente pelos médicos que pediram os exames, sejam da especialidade de medicina, da cirurgia, ou de qualquer outra especialidade que esteja a urgência, e aqueles de que falámos mais, que são os osteo-articulares são geralmente vistos pelo ortopedista, por isso mesmo talvez nem seja necessário.” E1</p> <p>“[...] se me diz que eles deveriam sair com relatório... eu acho que deveriam, mas com as condições que existem neste momento, era absolutamente impossível, que isso acontecesse [...]” E1</p> <p>“ Nestas condições em que existe, ninguém vai fazer... não vão fazer... a não ser que ponham equipas com o triplo das pessoas e depois terem também auxiliares para essas tarefas e, administrativos para passarem os relatórios... isso aí é possível!” E1</p> <p>“[...] sei que chega a ser 120 - 130 docentes com muitos exames de RG por dia, portanto isso é impossível.” E1</p> <p>“Em Inglaterra e nos Estados Unidos [...] existe uma maior triagem e o acesso não será tão fácil, portanto em vez de fazerem 100 docentes fazem 15, e aí já é possível...” E1</p> <p>“[...] não existe MR, e portanto a questão do relatório, é uma questão que fica posta, digamos em segundo plano.” E2</p> <p>“[...] uma questão que é concreta e eu penso que, tem sido bastante debatida, mas continua a não existir, que é a existência de um RT. Não havendo o relatório do MR, o Técnico que executa, a imagem [...] também deveria fazer um RT. Independentemente do relatório do clínico que depois é feito pelo MR.” E2</p> <p>“[...] na Radiologia feita num SU, não errarei muito se disser que 99% dos exames não são relatados. Não têm nenhum relatório.” E3</p> <p>“[...] a meu ver, aquilo que falhou no processo de evolução dos TR em Portugal, foi uma falha grave ao nível das chefias dos TR, porque era às chefias dos TR que deveria competir ter implementado estas coisas, e ter acompanhado a evolução da profissão e ter implementado isto nos serviços.” E3</p> <p>“Até à urgências que funcionam... que vão fazer o raio-X e o docente não leva o raio-X com ele... é material... do hospital. Pertence ao hospital, não pertence ao docente. E o docente não recebe nada...” TR4</p> <p>“Não...” TR1 e TR2 (quando questionados se mesmo a nível informático, o exame era acompanhado de relatório)</p> <p>“O MR de urgência só faz relatórios de TAC’s, Ecos ou ressonâncias... Radiologia Convencional não faz. Pelo menos, neste hospital.” TR1</p> <p>“[...] mas com o número de exames que são feitos, que são um número absurdo... [...] sobretudo da urgência... e com o trabalho que os médicos que estão de urgência têm no que diz respeito às outras técnicas, nomeadamente ecografia e TAC, cujos relatórios são feitos à mão, era impossível isso acontecer... impossível! Não é possível isso... Ninguém conseguirá faz... e no dia em que pedirem para fazer, ninguém vai fazer.” E1</p> <p>“Não vai o respectivo relatório com o exame, porque na maior parte dos casos não há MR de serviço. Ou estando de serviço está de prevenção, e estando de prevenção está de prevenção para as coografias ou para a radiologia de intervenção e portanto não está para fazer aqueles exames!” E3</p>

Factores	Capacidades – Skill-mix		Problemas / Tensões (Necessidades de Mudança)
	Positivos	Negativos	
Aspectos	<p>“ Eu acho que os Técnicos em Portugal, hoje em dia, estão mais do que habilitados a fazer um RT, pelos menos das escolas públicas estarão, das escolas privadas não me pronuncio...” TR1</p>	<p>“[...] o próprio clínico que solicitou a imagem, se ele não tem conhecimento, porque não é da especialidade dele, ele não deveria ter problemas, pelo menos teoricamente, em assumir que não consegue fazer a leitura daquela imagem [...] eu se não sei, pergunto a quem sabe! Se os clínicos em Portugal têm problemas em assumir que às vezes não sabem as coisas [...]” E2</p> <p>“ Como é que podemos nós querer, estar a falar de RT se quando na ... em muitos serviços, o Técnico até perde a evolução do exame... chama o doente (quando chama! Em alguns locais, nem é ele que o chama), faz a exposição, e manda o doente embora e chama logo imediatamente outro a seguir [...] E isto é... deveria ser abolido do sistema!” E3</p>	<p>“ [...] para além de ser um trabalho muitíssimo exigente, do ponto de vista físico, porque não há períodos de alguma escala...” E1</p> <p>“ [...] acho que a intensidade do trabalho é muito grande, e isso talvez se deva ao facto de o acesso à urgência ser pouco limitado, ou nada...” [...] E1</p> <p>“ [...] para fazer uma triagem mais eficaz dos exames que se podem pedir na urgência... embora hajam guidelines internacionais em relação aquilo que é urgente e que não é urgente, o facto é que o SU do Hospital de S^ª Maria funciona como uma consulta mais rápida, com todos os exames disponíveis quer de imagem quer de laboratório, e desse facto resulta que, a par da Radiologia é sobre-requeridíssima... [...]” E1</p> <p>“ [...] é exagerada a facilidade com que se acede e que se podem pedir os exames. [...] não tem a ver com os Técnicos, tem que ver talvez com um melhor ensinamento dos Médicos e das outras pessoas que podem pedir os exames.” E1</p> <p>“ [...] não há, não é... eu digo coragem, mas não sei se é coragem, para mandar embora um doente, que se nós estamos a pensar que a situação não é uma situação para ser vista na urgência, mas que se vem a revelar ao fim de meia hora que era uma situação de urgência!” E1</p> <p>“ [...] responsabilidade dos meios de comunicação social, que também não protegem...portanto, eles próprios são responsável pelo grande aumento de consumo dos serviços de saúde.” E1</p> <p>“ [...] uma pressão enorme, sobre os Serviços, sobre os próprios organismos, no sentido de reduzir os custos ao mínimo possível para garantir uma prestação digna, minimamente eficaz... que eu acho que ela pode estar posta em causa, por vezes... por vezes, a dita qualidade que seria sempre necessária estar sempre latente quando se está a fazer uma prestação de cuidados de saúde.” E2</p> <p>“ [...] porque o que é importante é fazer, o que é importante é dar resposta imediata... com um exame, com uma imagem, aquilo que for que esteja a ser solicitado no SU.” E2</p> <p>“ Temos situações no interior em que há Hospitais que a Urgência da Radiologia nem sequer funciona as 24 horas.” E2</p> <p>“ Os próprios médicos, o próprio clínico que solicitou o exame, muitas vezes ele [...] assume que não necessita do relatório do colega dele enquanto MR [...] os Ortopedistas pura e simplesmente ignoram o relatório [...]” E2</p> <p>“ [...] por vezes o exagero da especialização leva, na própria medicina, nos próprios clínicos a que eles tenham muita dificuldade em falarem entre eles próprios, porque estavam de tal maneira as valências, e por vezes que não querem... não querem dialogar entre eles... e nós quando somos profissionais de saúde, o nosso principal objectivo é o doente.” E2</p> <p>“ [...] deveria ser centrado no doente. Não é centrado no doente! É centrado num marketing agressivo para o clínico que é quem prescreve os exames! Portanto por quem faz a escolha, ou por outra, estes sectores condicionam a escolha ao clínico e não ao doente... [...]” E3</p> <p>“ [...] estamos a fazer demasiado para o diagnóstico que está a ser feito.” E3</p> <p>“ [...] expõem-se os doentes mais vezes, a mais exames, e porque hoje, por causa, e também de uma certa pressão da comunicação social e da questão do erro, digamos, o clínico hoje pode primeiro e avaliar depois.” E3</p> <p>“ [...] demasiados exames, porque há demasiada prescrição quer ao nível dos cuidados de saúde primários e muito em concreto ao nível das urgências.” E3</p> <p>“ [...] 60% dos exames são prescritos no SU, ou estão mal prescritos ou estão em demasia.” E3</p> <p>“ São prescritos directamente na triagem do doente e não depois da avaliação do respectivo especialista!” E3</p> <p>“ [...] e cada vez mais as coisas são multidisciplinares, e se não são, deveriam ser.” E2</p> <p>“ [...] os Técnicos que estavam na urgência, chamavam os médicos que estavam de urgência para ajudar a resolver qualquer coisa [...] é óbvio que existe o médico de urgência também tem responsabilidades sobre algumas coisas que estão... embora as pessoas são... têm formação para isso e são autónomas. Se tiverem dúvida em qualquer coisa podem sempre contactar o médico de urgência. [...]” E1</p> <p>“ [...] o trabalho é muito, muitíssimo e a qualidade provavelmente poderá reflectir-se nisso, embora eu ache que de forma geral a qualidade é boa, mas é feita à custa do suor de quem lá está a trabalhar!” E1</p> <p>“ [...] voltando à Radiologia Geral que é aquela onde os Técnicos têm mais autonomia e responsabilidade [...]” E1</p> <p>“ [...] em Radiologia, como noutra função qualquer, não é simplesmente fazer só a imagem, há uma série de coisas... a experiência das pessoas às vezes[...] me aperceber que aquela imagem até não está muito correcta e portanto é melhor repetir [...] ou até falhar, por exemplo, com o clínico que fez a requisição de um determinado exame [...] e a pressão do tempo no SU, depois também depende muito do SU, pode fazer com que isto, não aconteça! ” E2</p>

Factores	Capacidades - Skill-mix	
	Positivos	Negativos
Aspectos		
Realidade dos Serviços de Radiologia na Urgência (3)	<p>Problemas / Tensões (Necessidades de Mudança)</p> <p>"mas quando lá um determinado tipo de pressão, de tempo [...] acontece muitas vezes que tem de se fazer frente a uma série de pedidos, portanto... eu acho que as coisas até de uma forma quase, digamos, mecânica... há se callhar procedimento que têm de ver com qualidade e se callhar não... ficam... ficam... para trás!" E2</p> <p>"[...] penso que a questão da qualidade, neste momento em Portugal, digamos que eu acho que estará em determinadas situações em stand-by." E2</p> <p>"[...] são feitos, também, na maior parte dos casos, sem nenhum tipo de objeção por parte do TR e são vistos, quase todos... [...] por um médico especialista da área, para onde o doente é enviado sem nenhum tipo de relatório médico... [...]" E3</p> <p>"[...] isto pode generalizar-se para o resto das profissões, sempre à procura de alguém responsável por qualquer coisa que aconteceu." E1</p> <p>"Hoje a ecografia está mais fora da Radiologia do que está na Radiologia! Obcecricia, a ecografia renal e prostática, trans-ecológica, cardíaca, vascular... toda esta ecografia saiu da Radiologia! [...] Porque obviamente há muitos docentes a fazer exames e a Radiologia não dava resposta! [...] Os serviços começaram a especializar médicos, da especialidade deles, na área da imagem que lhe interessava! E claro, os Radiologistas perderam esta... este terreno que era deles... sempre com medo que os TR lhes pudessem roubar a profissão!" E3</p> <p>"[...] os TR nunca quiseram roubar o campo de intervenção do MR, mas também não foi preciso, porque os outros especialistas encarregam-se de roubar aquilo que era deles. E portanto hoje estão resumidos a, a ...chamemos assim a Técnicos mais diferenciados." E3</p> <p>"[...] aquele conceito, agora muito em moda, que os serviços inventaram, que é ter um Técnico a produzir "chapas" nas salas e outro Técnico numa consola qualquer a dilar se aquilo está com qualidade ou não, ou a fazer o pós-processamento, ou a meter radiografias num envelope! [...] Porque quem manda nos hospitais acha que faz melhor figura se demonstrar à administração que produz 20 exames em vez de 10, não se preocupando como é que esses 20 exames estão a ser produzidos." E3</p> <p>"[...] não sistematizamos a profissão, a prática... Está tudo baseado na "Teoria do Eur". Eu faço porque quero e porque gosto, eu faço porque me dá jeito, eu faço assim porque o Director não me deixa, ou eu não faço assim porque o Coordenador não quer, ou eu faço assim porque o Coordenador quer! E a história da nossa vida profissional, do norte ao sul do país é a "Teoria do Eur", não sistematizamos a prática, que é aquilo que as outras profissões [...] que fizeram um percurso semelhante fizeram! Introduziram a sistematização da prática, ou seja, seja no norte ou seja no sul, aquilo é feito assim, à americana "by the book". Quem não faz "by the book" não está a fazer de acordo com a lei exacta... com a boa prática [...]" E3</p> <p>"[...] cada um tem a sua "Teoria do Eur". Cada um faz melhor, cada um é que sabe, cada um é que... é a "Teoria do Eur" [...] cada um faz à sua maneira... é a "Teoria do Eur" [...] mas depois se perguntarem em concreto: evidência, não há!" E3</p> <p>"Porque muitas vezes o diagnóstico é de boca!" TR3</p> <p>"[...] um Radiologista nem nunca vê as radiografias." TR2</p> <p>"É tudo visto pelo médico da especialidade." TR1</p> <p>"Não se ouve a nível do médicos a falarem mal uns dos outros, enquanto que nível dos Técnicos a gente sabe... falam..." TR5</p> <p>"Mas eu também acho que para além da falta de união dos Técnicos, há falta de brio profissional nos Técnicos, porque nós vimos muitas vezes radiografias[...]" TR5</p> <p>"[...] mas mesmo as pessoas mais velhas que nos ensinaram [...] tinham mais brio [...] do que as pessoas que estão hoje lá e são todas licenciadas. Sem dívida nenhuma! [...] Hoje em dia eu acho que a nível a urgência [...] há muito pouco brio..." TR1</p> <p>"[...] para uso interno, acho que não precisa ser dado ao utente, até porque hoje em dia inclusivé com as taxas que nós pagamos, portanto enquanto utentes num serviço, se não estivermos isentos pagamos os exames que fazemos... [...] talvez tenhamos o direito [...] de o levar para casa na sua plenitude, ou seja, imagem com o respectivo relatório." E2</p> <p>"[...] eu pessoalmente acho que não deve ser entregue nada ao doente sem ter um relatório." E2</p> <p>"Houve uma determinada altura, à cerca de 4, 5 anos atrás que houve uma grande corrida aos processos de certificação [...] das próprias organizações enquanto hospitais, e depois de alguns serviços particularmente. Como sempre em Portugal houve uma moda [...] em que se achava que de um momento para o outro se conseguia, e se callhar até se conseguiu, não quero estar a pôr em causa a forma de como algumas dessas certificações foram alcançadas ou obtidas [...] são processos morosos, são processos que se vão construindo ao longo do tempo e isso é que na minha óptica é importante." E2</p>	

Factores	Linhas de Orientação		Auditorias no Desempenho			
	O que relatar	colaboração	Indicadores de Qualidade	opinões		
Aspectos	<p>Competências</p> <p>"[...] não tenho dúvidas que a maior parte dos Técnicos que eu conheço e trabalham nas urgências, e não só nas urgências, portanto pessoas com experiência têm capacidade para ver... se existe patologia...[...]" E1</p> <p>"[...] reconheço, não tenho qualquer dúvida em que há muitas alterações que alguns, não serão todos, mas que muitos TR têm capacidade para identificar alterações importantes, embora, relativamente grosseira [...] se calhar até mais do que médicos que não estão preparados, têm menos...[...]" E1</p> <p>"[...] não tenho qualquer dúvida que a maior parte dos Técnicos que trabalha na urgência sabe ver fracturas, bastante bem, portanto pode relatar por isso, não estará ao nível...[...]" E1</p> <p>"[...] os Técnicos de Radiologia identificam com mais... com facilidade, por vezes, fracturas e outra patologia osteo-articular, mais rápido... que os não radiologistas, com excepção dos Ortopedistas, que também têm muita experiência." E1</p> <p>"[...] não há nenhum médico que faça um bom relatório, e portanto um bom diagnóstico, sem ter antes um bom exame feito por um Técnico, na parte em que o exame é feito pelo Técnico...[...]" E1</p> <p>"[...] os Técnicos aprenderem a fazer determinados números de exames e algumas tarefas até com...com implicação clínica, podem libertar os Radiologistas para fazerem outros exames que hoje em dia são muitíssimo mais exigentes e que eles às vezes não fazem, por exemplo, estou a falar agora no grande desenvolvimento que há na TC." E1</p> <p>"[...] liberta os Radiologistas e dá mais competências e habilitações aos Técnicos e se calhar será mais agradável e profissionalmente melhor para os Técnicos também." E1</p> <p>"[...] possibilidade, no futuro, que pode ser a curto prazo ou a médio prazo, algumas das competências, sem a sobreposição de competências [...] nomeadamente da Radiologia osteo-articular e outros que poderão discutir, de alguns aspectos serem descritos inicialmente, ou de terem um relatório inicial, ou preliminar, que poderá ser definido, pelo Técnico Radiologista...[...]" E1</p> <p>"[...] se tenho uma formação de base de licenciatura, que me permite ter e me dá conhecimentos para eu ter autonomia técnica e científica, ou seja, eu sou responsável por aquilo que executo, pelo que faço... se eu posso elaborar um determinado exame, é porque eu tenho determinados conhecimentos para o fazer, e portanto tenho o conhecimento para identificar aquilo que eu estou a fazer." E2</p> <p>"[...] o Técnico realiza um exame, obviamente que eu acho que ele está apto para voltar-mos sempre à questão do RT." E2</p> <p>"[...] no futuro nós teremos que até que olhar para isto de uma forma diferente e se calhar, o que é importante é "eu tenho os conhecimentos técnicos e científicos, eu faço o meu trabalho e faz parte do meu trabalho fazer o relatório que eu preencho e entrego." E2</p> <p>"Seja a parte de traumatologia, seja da parte da ortopedia, seja da parte torácica-abdominal, qual é a diferença? A diferença é zero! O TR tem a obrigação de saber o que é uma imagem, chamamos de "padrão", "imagem normal", e deve saber tudo o que tem a ver com desvios desse padrão." E3</p> <p>"[...] ele tem a obrigação, quer na parte osteo-articular, seja traumática, traumatologia ou ortopedia, portanto doenças do foro músculo-esquelético... Ele tem obrigação de saber se é uma artrose, se é uma atriite, se é uma coisa qualquer se é uma fractura... tem obrigação de saber!" E3</p> <p>"[...] não posso responder que TODOS os Técnicos têm competência, o que eu estou a dizer é que o profissional, tem competências para o fazer, se não faz é porque não quer!" E3</p> <p>"[...] lei em 1999 [...] Antigamente dizia que o Técnico desempenhava a sua função de acordo com a prescrição clínica, e a prescrição clínica, subentende-se que está prescrita, tem de ser feita! [...] Em 99 essa alteração passou de prescrição para indicação clínica. Mudou só uma palavra, de facto! Mas esta mudança dessa palavra, altera completamente de facto, o sentido da profissão." E3</p> <p>"[...] a ele compete planejar, executar, realizar, de acordo com a indicação clínica." E3</p> <p>"Eu tinha autonomia...quando eu visse algum exame, que eu achasse que era prioritário ser entregue, chamar a atenção do doente para ir logo ao médico, ou então..." TR5</p>	<p>O que relatar</p>	<p>colaboração</p>	<p>Indicadores de Qualidade</p> <p>"[...] o Técnico está a fazer bem a suas funções, quando os exames saíam com qualidade adequada, para serem lidos por quem o vai ler... é esse o trabalho do Técnico, e não é fácil... é fazer um exame com qualidade e que tenha leitura para dar resposta à pergunta clínica que foi formulada pela pessoa, neste caso com certeza o médico que recebeu os exames... [...]" E1</p> <p>"Deve haver com certeza indicadores que [...] facilmente identificáveis, quando ele está a elaborar o relatório [...]. Estou a falar do próprio relatório, quer dizer, execu a imagem, tem de fazer o relatório dentro de determinados parâmetros... Acho que isso deve... poderá estar perfeitamente, digamos, padronizado [...]" E2</p> <p>"E hoje a grande vantagem dos sistemas de informação é que permitem fazer uma avaliação praticamente em tempo real, mas podemos ter indicadores, métricas instaladas, sei lá... mensais, em que se pode compatibilizar aquilo que foi, digamos a indicação do TR, e aquilo que foi a decisão clínica no fim do processo todo. E comparar..." E3</p>	<p>opinões</p> <p>"Mas eu acho muito bem que devem ser avaliados e sou a favor que o TR deve ser avaliado." E3</p> <p>"[...] a implementação de um sistema de avaliação, aquilo que deveria fazer era com que melhorasse a acção do serviço, levando a diminuir a margem de erro. E portanto, auditorias, de claro!" E3</p> <p>"[...] sabe que a lei da EURATOM, obriga a auditorias! Tá lá! Define o que é auditoria, mas em Portugal, curiosamente só define o que é auditoria... nunca mais passou do papel!" E3</p> <p>"[...] sou a favor das auditorias clínicas, sim... mas essas auditorias clínicas servem multidisciplinares no âmbito de saber, se estão a fazer de acordo com a lei, de acordo com os parâmetros internacionais e se de acordo com o Manual de Boas Práticas, que em Portugal é outra vergonha, mas pronto..." E3</p> <p>"Comparando depois com o relatório que o médico depois fará." TR2</p> <p>"[...] ou se vai ver as experiências já existentes e mesmo isso, como estamos a implementar, a implementar novas situações, elas podem estar sempre sujeitas a reajuste, não é. A gente faz... concebe inicialmente uma fórmula, mas ela pode ter de ser reajustada à realidade, e portanto eu acho que deveria haver, e tem de haver, normativos a esse nível." [...]" E2</p>	<p>quem</p> <p>"[...] estamos a falar de um processo multi profissional." E3</p> <p>"A avaliação do TR, deveria ser feita pelo pares, que é isso que se faz em qualquer parte do mundo desenvolvido, o chamado peer review... mais velhos... maior categoria...[...]" E3</p> <p>Porque as pessoas deveriam progredir pela competência...[...]" E3</p> <p>"[...] no modelo em que as pessoas [...] de maior categoria eram ou seriam efectivamente as mais competentes... é a este chamado peer review que competiria avaliar os mais novos... [...]" E3</p> <p>"[...] é obrigatório a auditorial Multidisciplinar! E lá tem um Físico, um Médico, um Técnico. Deveria ter lá isto! Sem medo! E deveria servir para saber, se estamos a fazer exames dentro de um determinado padrão." E3</p> <p>"Eu acho que tem de ser Técnico, [...] Desde que seja, não queria dizer habilidade, não é esse o termo correcto... desde que ele tenha reconhecido as capacidades para o fazer." E2</p> <p>"So nós estamos a isolar simplesmente o TR, só na sua função concreta de Técnico, eu por princípio por norma é outro Técnico que audita." E2</p>

Técnico de Radiologia (1)

Factores	Aspectos	Competências	Linhas de Orientação		Auditorias ao Desempenho		
			O que relatar	colaboração	Indicadores de Qualidade	opinões	quem
	Técnica de Radiologia (2)	<p>"E era o médico que vinha ter comigo e dizia-me "Técnica Maria, eu pedi-lhe o exame X, se fosse achar que está lá algo suspeito, ou me venha trazer o exame ou ponha-me lá a vermelho uma setinha, ou não sei quê... para me chamar a atenção!". Isto é pôr nas minhas mãos... [...] a responsabilidade..." TR1</p> <p>"Eu já vi um Ortopedista de cá dizer a uma colega nossa " Você não está cá para pensar, está cá para fazer o que eu mando!". " TR2</p> <p>"Como nós sabíamos, quando era um polí traumatizado, aquilo ia sempre para a Ortopedia, nós já sabíamos quais é que eram os parâmetros dos Ortopedistas e não fazíamos nem metade!". TR3</p> <p>"Nós fazíamos uma triagem, uma boa triagem dos exames de raio-X. Tanto que hoje, muitas vezes, agente pergunta ao doente onde dói e ele diz "dói-me aqui" e nós temos uma perna ou um braço... e nós limitamo-nos muitas vezes à queixa do doente e muitas vezes temos o Sr. Dr. Ortopedista bater-nos à porta a perguntar porque é que nós fizemos aquilo e não fizemos o outro, e agente justifica e eles agradecem e vão-se embora, certo! Outros dizem "á mas devia ter feito e agora faz" e a gente diz "tudo bem"..." TR3</p> <p>"Em S. Francisco há triagem feita pelos Técnicos." TR2</p> <p>"Sim!" TR1 e TR2</p> <p>"Eu acho que sim! Porque, eu tenho de ser responsável por aquilo que faço!" TR3</p> <p>"[...] o problema é que a afirmação da profissão, digamos, fica muito fragilizada, na relação com os outros actores. E portanto, eu estou esperançado, com esta nova vaga de TR que estão a surgir no mercado porque eles têm de desenvolver as competências se quiserem manterem-se no mercado, Porque senão, não vai haver mercado!" E3</p>					

Factores	Formação	Formadores	
Aspectos	<p>Responsabilização</p> <p>"[...] se se aceita que a pessoa tem capacidade, prova que se aceita a responsabilidade, não podemos estar agora a querer fazer... a prestar um serviço, mas que depois não somos responsável por ele... isso não vale apenas fazer-lo..." E1</p> <p>"O Técnico não tem a responsabilidade da gestão clínica do doente." E1</p> <p>"[...] a lei não refere em concreto a questão do RT..." E2</p> <p>"Não há nada que impeça." E2</p> <p>"Agora, não há nada na lei que o impresso de o fazer!" E3</p> <p>"Legalmente o Técnico não pode! Deve!" E3</p> <p>"Não há nada na lei que...[...][...] que o impeça. Há uma coisa que na lei diz, que a ele "compete avaliar! Se a ele compete avaliar, essa avaliação deveria estar escrita! Até para própria protecção do TR! [...] Até para própria protecção do doente e do próprio MR!" E3</p> <p>"[...] do ponto de vista legal, se existe algo... não existe. Para e simplesmente, não existe, como se costuma dizer... não existe. O que existe é, e podemos até ter o conteúdo funcional existente na lei..." E2</p> <p>"[...] estamos num país de brandos costumes e não há advogados à porta dos hospitais não há nos Estados Unidos! Porque se houvesse, advogados à porta... ah, não tenho a menor dúvida que os Técnicos iriam fazer RT, sim, sim! Até para própria protecção do sistema! Mas como o sistema não funciona... o doente não tem um sistema de protecção, não é... a justiça não funciona, é incensa [...] enquanto isto não mudar, as coisas vão andar assim!" E3</p> <p>"É que na evolução das profissões, há coisas que também são perigosas! E que são más... que é o aumento da responsabilidade! É que nós para termos mais competências, temos de ter mais responsabilidades!" E3</p> <p>"Eu eu que fiz e é isto que eu vejo" e agora entrego a quem de direito para dar seguimento ao meu trabalho..." E2</p> <p>"Relativamente à Cardiopneumologia, aquilo que é o meu conhecimento é que de facto existem Técnicos que também fazem relatórios, e que os assinam... Portanto, responsabilizam-se por aquilo que fazem [...]" E2</p> <p>"Tem de ter [...] então não teria a autonomia suficiente para me responsabilizar por aquilo que estou a fazer. A autonomia tem o seu preço. E o preço que ela tem é esse. Como é que eu posso inclusive, quero que cada vez mais o TR, seja um profissional que apresenta o seu trabalho e se responsabiliza por ele, não pedendo depois estar a passar essa responsabilidade para terceiros." E2</p> <p>"A decisão final é sempre do médico! [...] S6 o médico é que prescreve os tratamentos e... nós não prescrevemos nada!" TR2</p> <p>"Não... não... nunca..." TR1, TR2 e TR3</p> <p>"Não é ao TR que compete fazer o diagnóstico clínico!" E3</p>	<p>Formação</p> <p>Geral</p> <p>"[...] talvez não possam, porque não têm essa formação, às vezes coisas mais finas, mais detalhadas, não têm porque não têm experiência e provavelmente não têm formação... se calhar começamos por aí, não têm formação, portanto não podem ter experiência [...]" E1</p> <p>"[...] e depois não têm a experiência do Técnico que está aí o dia todo a fazer aquele tipo de exames... e os dias e as semanas a fazer muitos exames, exames que se repetem, portanto a pessoa de facto [...] sem terem uma formação, isso em importante, ter uma formação, mas às vezes só a experiência do dia-a-dia, de falarem com outros Técnicos e com os médicos, nomeadamente com o MR [...]" E1</p> <p>"[...] se for um relatório clínico, eu creio que para um relatório clínico não tenho... [...] não tenho essa capacidade ou formação para isso..." [...]" E1</p> <p>"[...] a verdade é que o TR de hoje não é o mesmo TR de há 20 anos, como os médicos também não, mas a formação, que eu vejo perfeitamente, tenho consciência disso, a formação dos médicos... dos TR actual é bastante superior àquela [...] é mais fácil aceitar uma formação melhor e competências que antes não tinham...[...][...] desde que as pessoas tenham formação, podem fazer e sabem até onde podem ir as suas capacidades e quais são as limitações e habilitações [...]" E1</p> <p>"[...] o trabalho do Radiologista há uns anos era um, hoje em dia é outro, as técnicas evoluíram muito, portanto, é natural que haja espaço, como estivámos a falar de competências, para outras pessoas, que antes só faziam determinadas coisas determinado tipo de trabalho, tendo a formação adequada, possam fazer outro [...]" E1</p> <p>"[...] aceito que tendo a formação adequada, possam fazer... devam... e no futuro isso vai acontecer... queiram ou não queiram... Queiram ou não queiram os Técnicos, queiram ou não queiram os Médicos. Vai ser independente, porque isso vai sempre acontecer." E1</p> <p>"Não, era uma questão de ensinar! Se calhar se forem ensinados..." E1</p> <p>"[...] não é uma questão de ter competências, ou não ter competências. O ponto número um para mim é a relação: se o TR na formação que existe em Portugal, se ele tem ferramentas ou skills para o poder fazer. Sem dúvida nenhuma que tem. Tem conhecimentos para tal na sua formação." E2</p> <p>"[...] o desenvolvimento de capacidades faz-se sempre e não só, nos TR e em qualquer área de actividade, faz-se pelo, pela aquisição de conhecimentos e pela formação. Quer seja pela formação ao longo da vida quer seja na formação de base." E2</p> <p>"[...] na altura em que estamos a fazer esta entrevista, continuamos por clarificar, como é que vai ser a aplicação do processo de Bolonha ao ensino das Tecnologias da Saúde e, neste caso concreto, aos TR [...]" Não me parece, se incluímos estágio clínico, mas 180 horas... nos 180 ECTS... não me parece que esse profissional técnico tenha capacidade para determinado tipo de tarefas, e onde poderá estar incluído a questão do relatório, porque se calhar não teve, digamos, não teve o conhecimento todos necessários... porque é um tempo demasiado curto para essa formação. [...] A licenciatura que nós temos é uma licenciatura de quatro anos, portanto 240 ECTS." E2</p> <p>"[...] formação de curta duração, que em profissões que estão num campo científico específico, desenvolvem a sua actividade numa área científica como a saúde em que há desenvolvimentos muitas vezes, digamos, tão, tão rápidos... às vezes a formação de curta duração também é extremamente importante para se adquirir rapidamente conhecimentos, para serem aplicados de imediato." E2</p> <p>"[...] há vários tipos de formação que se podem fazer ao longo da vida, e que todas elas, penso eu, serão necessárias, têm o seu cabimento e são de vital importância para que o profissional se mantenha actualizado." E2</p> <p>"[...] a formação continua deveria ser algo também aqui, em Portugal, em todas as profissões [...] deveria ser algo repensado, porque não há formação profissional continua em Portugal. O que há é uma invenção! Enquanto houver fundos, gastam-se os fundos. Nunca a formação foi feita de acordo com a dimensão e as necessidades do serviço." E3</p> <p>"Portanto a formação profissional continua deveria ser OBRIGATORIO. Mais! Eu defendo que deveria ser obrigatória até para a re-certificação profissional. Eu sou um defensor acérrimo da re-certificação profissional." E3</p> <p>"A Escola emite um diploma. Com esse diploma o aluno... o profissional tem direito a pedir uma cédula profissional. Mas na minha opinião, e aquilo que eu defendo, é que a cada 3 ou 5 anos o profissional deveria ser novamente re-certificado. E pelo que para ter uma nova cédula profissional validada, deveria fazer prova de que fez formação profissional, nas áreas onde que está a desempenhar a sua função [...]" E3</p> <p>"[...] para mim, a coisa mais importante é a formação, nova postura profissional e uma nova mentalidade da profissão. Na minha cabeça está claro, que nada evolui e nada vai ser possível, se não, enquanto não alterarmos a mentalidade dos profissionais!" E3</p>	<p>Formadores</p> <p>"De certeza que haverá uma forma de a Instituição poder ajudar, [...] basta dizer que é o local de trabalho das pessoas e é onde fazem os problemas e as [...] onde surge a possibilidade de fazer os tais RT, se é no local de trabalho, na Instituição também, a própria Instituição poderia ajudar até, não só mais capacidade como alguma obrigação até no sentido de tirar mais partido das competências que os Técnicos têm e eventualmente não estarão exploradas ao máximo. [...]" E1</p> <p>"Sempre as instituições reconhecidas..." E2</p> <p>"[...] os estabelecimentos de ensino superior têm de ter sempre uma grande ligação ao terreno, à realidade, aquilo que são as necessidades e se não têm, têm de fazer um grande esforço para o ter, porque há na formação dos profissionais de saúde, além do componente consociante o profissional de que estamos a falar das ciências da base, há depois uma grande componente clínica que é necessária [...] componente que as pessoas têm de estar constantemente a actualizar [...].E o acto que elas têm de ser feitas mesmo, nos estabelecimentos que estejam ligados à formação de base destes profissionais." E2</p> <p>"[...] pode ser feita nos estabelecimentos de ensino, como pode ser feito por entidades reconhecidas para tal." E2</p> <p>"[...] a escola dá os instrumentos básicos para ele aprender a ser profissional, e compete a este profissional, actualizar-se, estudar e desenvolver essas competências." E3</p> <p>"Uma das coisas que estamos a pensar fazer, era juntamente com as escolas desenvolver programas de pós-graduação no nossa área. É uma área onde nós devemos apostar. Portanto já temos mais ou menos programadas, até para fazer pós-graduações em parceria com Universidades Inglesas, para exclusivamente Relatórios Osteo-Articulares." E3</p> <p>"E a própria faculdade também devia ter uma cadeira..." TR5</p> <p>"Quem está habilitado, neste momento são os médicos." TR2</p> <p>"Por isso mesmo a escola tem que apostar nesse sentido, a nível da formação." TR1</p> <p>"Para mim os médicos." TR3</p> <p>"Daqui a uns anos provavelmente seriam os Técnicos, agora numa primeira fase os médicos." TR5</p> <p>"É ter esses cursos aos dispor... conforme aqui no hospital e na nossa universidade há o curso suporte básico de vida, devia haver cursos sobre patologia... imagina um curso sobre patologia do tórax, um curso sobre traumatologia..." TR2</p>



Factores Aspectos	Responsabilização	Formação	
		Genral	Formadores
Técnico de Radiologia (4)	<p>"[...] a legislação não aborda esta temática[...] Eu não concebo que um profissional altamente qualificado ao fazer, neste caso na imagem, ele não possa... não possa dizer o que vê naquela imagem e assinar." E2</p> <p>"E o facto da lei não referir , muitas vezes a lei também não tem de referir tudo, é uma questão de bom senso" E2</p> <p>"[...] mas, pode também ser imputado ao Técnico, a responsabilidade de não ler feito a sua tarefa convenientemente. Se lhe escapou qualquer coisa, se ele não pôs algo que seria extremamente importante." E2</p> <p>"[...] tem obrigação de escrever isso que viu! Além para protecção do próprio doente!" E3</p>	<p>"[...] mas formação profissional certificada, por organismos competentes, que é aquilo que fazem os países desenvolvidos e se nós quisermos aproximar dos países desenvolvidos, é esta lógica que temos de fazer. É formação para desenvolver o indivíduo, para melhorar aquilo que é o seu desempenho profissional, naquilo que faz e não noutra coisa qualquer." E3</p> <p>"Acho que teriam de fazer uma formação específica... Talvez não uma coisa muito longa, muito extensa, mas..." TR2</p> <p>"penso que se insistissem na formação mais um pouco, não fazia mal nenhum, então com essa história do "red"... da bolinha vermelha, eu acho que qualquer um de nós estaria minimamente apto a fazê-lo." TR1</p> <p>"Mas temos muito pouca formação em patologia radiológica. Damos a anatomia radiológica mas e depois e a patologia radiológica? [...]" TR2</p> <p>"Tinha de haver uma formação continua.... haver a de base e depois haver cursos que se pudessem frequentar..." TR2</p> <p>"Cursos para nós que já estamos formados!" TR1</p> <p>"Eu acho que quanto mais nos mostrarmos competentes, só por aí é que conseguimos que nos dê mais alguma valência, mais algum..." TR2</p> <p>"Temos uma falha a nível básico e é no nosso curso..." TR1</p> <p>"mas a escola dá-te pouco nesse sentido..." TR1</p> <p>"Primeiro formar um grupo mais velho... mais velho, pronto... dentro das possibilidades, não é? Não vamos formar tipo, uma pessoa, que está com os pés para reformar! Mas uma pessoa... alguns anos de prática, de idade. Começar a dar essa formação, mas uma formação boa." TR3</p> <p>"Para que os RT sejam implementados com segurança, para que ninguém duvide de um RT é, iniciar formação na escola a quem lá está agora." TR1</p> <p>"esta primeira vaga de conhecimento tem de ser dada a quem formar, os professores, os Técnicos Coordenadores, que têm habilitade, que é para depois mais tarde virem as auditorias." TR3</p> <p>"era muito importante estarem a haver cursos pós-graduados, quer dizer... há imensa gente... há imensos Técnicos que precisam dessa formação e não a têm. Os Técnicos novos!" TR2</p> <p>"[...] estamos a pagar muito o facto de ser uma profissão extremamente heterogénea do ponto de vista da formação, do ponto de vista da cultura, do ponto de vista da postura, do ponto de vista da imagem... muito heterogénea... [...]" E3</p> <p>"E ainda temos, digamos, a gerir serviços pessoas que vieram, digamos, com o ensino primário para a profissão e que fizeram curso de promoção... [...]" E3</p>	Formadores

Factores	Aspectos	Definição	Perspectivas Futuras	Formato / Conteúdo	Estrutura	Assinatura
	<p>"[...] já-lhe perguntem exactamente o que é que entende por RT. Porque já me fêz já duas ou três vezes... e eu não sei..." E1</p> <p>"(elaborado) por um Técnico, sim" E1</p> <p>"[...] para protecção do Técnico, deveria ser mais um relatório de auxílio e de alertar para patologia, devendo deixar ou transferir a responsabilidade de o aceitar na sua totalidade para o médico assistente que vai receber o exame..." E1</p> <p>"Não tenho know-how para isso." E1</p> <p>"[...] tem características técnicas e científicas porque ele faz o reconhecimento, como eu lhe disse daquilo que ele vê na imagem." E2</p> <p>"Até porque o relatório identifica e depois os clínico que tiram as conclusões que quiserem." E2</p> <p>"[...] o Técnico termina a sua função descrevendo aquilo que está na imagem e no fundo assinando, responsabilizando-se por aquilo que está a fazer." E2</p> <p>"RT seja em que modalidade for, deve ser algo em que o Técnico avalia condições técnicas, posicionamento do doente e a indicação de alterações de imagens que ele julgue pertinentes e dignas de registo. Chamar a atenção, localizá-las e dizer que tipo de densidade é que têm, para que, para que depois se possa haver então aí, digamos, uma chamada de atenção para o médico." E3</p> <p>"RT é algo que, digamos, regista a realização e a avaliação que o TR faz. Não faz diagnóstico! Para isso é o relatório médico. Se o especialista perante o RT, achar que deve pedir o relatório médico ao Radiologista, isso é um problema deles! [...] Agora o RT é: o que é eu fiz, como é que fiz e o que que vi!" E3</p> <p>"[...] na minha opinião, um RT, elaborado obviamente pelo Técnico, será um primeiro relatório. Uma primeira avaliação da radiografia, ou do exame em si, para, digamos..." TR1</p> <p>"eu acho que o RT seria na minha opinião, não um relatório definitivo, que esse seria feito só para avaliação médica. É um, digamos uma triagem do relatório... é como se fosse uma primeira triagem, uma primeira avaliação... [...]" TR1</p>	<p>"[...] É e não tira o trabalho do médico! Não há qualquer problema, não há confusão de interesses, digamos assim [...] talvez algumas situações dessas é o facto de haver tesoço que uns tiram competências uns outros...mas não tiram. Pelo contrário, até podem aliviar, a carga de trabalho, portanto, um Técnico pode perfeitamente..." E1</p> <p>"[...] ao identificar uma determinada patologia, de alguma maneira estou a fazer um determinado diagnóstico, mas... mas eu ao fazer aquilo... não é essa a minha intenção! [...] Eu estou é a identificar o que existe. É a terminologia..." E2</p> <p>"[...] pode indicar uma determinada patologia e até... até depois ajuda e facilita o diagnóstico final." E2</p> <p>"Até porque ele não está de facto a, digamos, a entrar naquilo que são as competências do médico." E2</p> <p>"Eu acho que sim, se não existirem... têm de se criar!" E2 (sobre viabilidade)</p> <p>"[...] acho que é um caminho que tem de se percorrer!" E2</p> <p>"O RT, curiosamente já está definido na lei... Não está com essa designação mas o que diz na lei, no conteúdo funcional do TR, nomeadamente, na carreira, diz que compete ao Técnico a avaliação! Ora para ele poder fazer uma avaliação, ele deveria registar essa avaliação! Portanto, a avaliação de um exame radiológico, não passa exclusivamente por passar os olhos ou por um monitor ou por um negatoscópio e na sua cabeça dizer "isto está bem" ou "isto está mal", portanto, deveria haver um suporte físico escrito, de prova que o indivíduo que fez o exame... o TR que fez o exame avaliou o exame e o escreveu!" E3</p> <p>"Curiosamente em Portugal, sempre houve o Red-Dot System! Não tivemos foi nunca a capacidade de lhe chamar esse nome, nem nunca o formalizamos, por que no dia-a-dia da vida de um TR, ele é muitas vezes chamado a dar a sua opinião, muitas vezes ele fala com o MR do Serviço [...]. Fala com os outros especialistas [...]. Muitas vezes os médicos especialistas vêm perguntar a opinião portanto, isto já é um sistema Red-Dot! [...] Não é formal! Mas sempre existiu!" E3</p> <p>"Eu não conheço um exame radiológico, seja ele qual for, e em que serviço for, que não envolva: uma realização por parte de um TR, um RT feito por um TR e um relatório médico feito por um MR. E para mim um exame radiológico só está completo quando tenho todas estas etapas completas: Doente, Técnico, Médico, Relatório. Se este círculo não for cumprido, não está a ser cumprida a legislação internacional, relativamente à questão de emissão da radiação ionizante." E3</p> <p>"[...] os RT não existem porque os Técnico não querem que existis! [...] Os Técnicos deveriam fazê-los! Mesmo que fossem para o lixo!" E3</p>	<p>"[...] eu sei como é que deve ser feito o relatório médico. O RT... não estou preparado para lhe dizer... [...] eu acho que o RT devia descrever o tipo de exame que foi feito, que incidência é que foi feita no caso da Radiologia Geral osteo-articular [...] a região que naturalmente foi radiografada... uma coisa... uma coisa sumária..." E1</p> <p>"[...] pela radiografia é possível dizer que existe um aumento de volume e por isso chamar a atenção para uma determinada zona que não está normal, por exemplo isso é possível." E1</p> <p>"[...] que seja uma pneumonia... mas isto é uma componente clínica. Acho é que se o Técnico disser que existe uma opacidade, o médico..." E1</p> <p>"[...] eu, enquanto Técnico, acho que tenho conhecimentos técnicos e científicos que me permitem [...] do ponto de vista anatomo-fisiológico [...] identificar situações anómalas. Portanto... e eu devia, obrigatoriamente relatar imediatamente isso... não me perguntem de que formas, mas eu devia escrever num relatório "Nesta imagem, eu vejo isto, isto e isto." Não tenho que tirar conclusões, não é. Nem tenho que estar a fazer diagnósticos, eu relato aquilo..." E2</p> <p>"[...] ele não tem que estar a fazer o diagnóstico, mas eu acho que ele tem que relatar, tudo aquilo que ele vê." E2</p> <p>"[...] identificação normal que tem que ter do utente [...] todos os dados relativos ao doente, quem é que solicita o exame, quem é o prescritor do exame e depois entramos na parte do próprio relatório, que eu acho que ele deve ter... este relatório... "este exame incidiu sobre"... não sei como..." E2 que está a ser examinada..." E2</p> <p>"[...] no fundo é a descrição e mais qualquer coisa que nos surja... que nos pareça anómalo, mas que não... pode perfeitamente pôr: "Observa-se algo..." E2 para depois os próprios clínicos tirarem as suas próprias conclusões." E2</p> <p>"Depois assinando... identificando quais foram as técnicas que se utilizou [...] acho que às vezes é importante dizer que técnicas é que utilizou, ou porque é que... porque é que se fez mais uma imagem, ou porque é que se repetiu... no caso de..." E2</p> <p>"[...] uma coisa muito rápida, sucinta, digamos, já pré-estabelecida, com grelhas de avaliação perfeitamente definidas, escrever aquilo que viu. Escrever aquilo que viu no exame, chamar a atenção para aquilo que viu, se é normal ou não normal, posicionamento... às vezes tão mais fáceis... realizados mas até podem ter alguma justificação..." E3</p> <p>"[...] identificação do doente, Parâmetros de realização, Técnica realizada. Ah... Anomalias detectadas, e aqui anomalias feitas-se desvios do padrão. Aquilo que me interessa num TR é que ele saiba ver o que é que não está bem... algo que está fora do padrão [...]" E3</p> <p>"[...] uma das coisas que obrigatoriamente o RT deveria ter era: qual foi a exposição a que o doente foi sujeito." E3</p> <p>"[...] não posso exigir a um RT, [...] tenha o mesmo que o relatório clínico [...]" E1</p> <p>"Não muito detalhada... Dizer tudo o que tivesse patologia... TR2</p>	<p>"[...] o pulmão poderia também fazer." E1</p> <p>"Abdómen é muito difícil." E1</p> <p>"As fracturas é um caso, as pneumonias não sei se o Técnico terá competências para chamar uma pneumonia a uma opacidade, porque uma opacidade num pulmão pode ser uma pneumonia ou pode ser uma neoplasia e podem ser outras coisas. Mas pode chamar à atenção que existe de facto um alteração, e que a alteração se traduz por um aumento da transparência ou diminuição e da transparência, localizada e portanto, depois o clínico até com essa informação, interpretar, ajudar a interpretar... a enquadrar o quadro clínico, portanto o quadro clínico..." E1</p> <p>"[...] um TR está habituado a ver imagens, tal como os MR, está habituado a ver imagens, mas finalmente treina a vista para as alterações, se calhar também poderia fazer, chamar a atenção... o tal RT que falamos inicialmente, no abdómen!" E1</p> <p>"[...] e existe determinado tipo de exame, na área da imagem ou na área da imagiologia, que um Técnico não possa fazer o seu RT, eu só conheço essa ideia se o TR não realiza o exame..." E2</p> <p>"[...] tratando-se de um RT e de uma avaliação do exame, o Técnico deveria relatar tudo e qualquer exame que ele fizesse. É óbvio que ele não vai relatar um exame feito por outro!" E3</p> <p>"[...] deveriam ser todos relatados. [...] Porque é disso que se cria a sistematização. Se está tudo relatado já estamos a entrar em algo de subjectivo, portanto, o docente entrou, fez o exame radiológico e ele só tem que dizer: a) se tem qualquer coisa, se não tem o que é que viu, em todos os exames." E3</p> <p>"Convencional..." TR1, TR2 e TR5</p>	<p>"se foi consultado... então nesse caso o Radiologista deverá assinar [...] portanto se existe responsabilidade, também do radiologista, mantendo a assinatura [...] se estiver de acordo, como é óbvio." E1</p> <p>"Se é o RT vai ser assinado pelo Técnico." E1</p> <p>"[...] também deve assinar, porque se o Radiologista está a dar a sua opinião, está a responsabilizar-se também sobre o relatório." E1</p> <p>"[...] a partir do momento em que o Radiologista dá o seu apoio e concorda com o que foi feito anteriormente, então assinariam os dois." E1</p> <p>"O RT deve ser assinado por um Técnico... se foi ele que o fez! O médico assina o seu próprio relatório..." E2</p> <p>"O Técnico que o fez! Como é óbvio! Com a assinatura legal! E o número da Cédula Profissional!" E3</p> <p>"RT é RT! E RT tem por... assinado uma questão chamada da responsabilidade. E portanto é ao Técnico que compete assinar! [...] é ele que assume a responsabilidade daquilo que escreve." E3</p> <p>"O Técnico." TR5</p> <p>"Quem o fez... Sim o Técnico." TR2</p> <p>"Quem fez o relatório! Assinaria o Técnico executante da radiografia e o Técnico que fez o relatório. Al levaria as duas assinaturas." TR1</p>	

Factores	Estrutura		
	Aspectos	Formato / Conteúdo	Estruturas a relatar
<p>Definição</p> <p>"um relatório inicial, um relatório de triagem, digamos. Para levar logo o médico naquele sentido, e então depois o médico poderia complementar, entendês. É a minha ideia! Não feito um relatório definitivo..." TR1</p>	<p>Perspectivas Futuras</p> <p>"[...] mas porque é que não fazem? Porque dá trabalho, porque têm de criar um mecanismo interno para... para, para o efeito?" E3</p> <p>" Não há nada na minha estrutura mental que diga que o RT substituiu o Relatório Médico." E3</p> <p>"O RT devia ser obrigatório em cada exame radiológico feito por um Técnico." E3</p> <p>"Sempre que um grupo profissional tende a implementar qualquer coisa, que vá no sentido do seu desenvolvimento, há-de haver sempre obstáculos. [...] eu acho que os obstaculos não devem servir como desculpa para nós não fazermos. Ok? O que nós devíamos fazer é provar que temos razão, essa é a primeira questão importante." E3</p> <p>"Eu não tenho a maior dúvida em afirmar que a maior resistências vão vir dos próprio profissionais! As pessoas não querem responsabilidades! Querem estatuto, querem dinheiro, querem progressão, mas não querem mais responsabilidades... se possível, não ter nenhuma responsabilidade! E não é possível evoluir a profissão sem fazer aumentar o grau de responsabilidade." E3</p> <p>"[...] para mim, a coisa mais importante é a formação, nova postura profissional e uma nova mentalidade da profissão. Na minha cabeça está claro, que nada evolui e nada vai ser possível, se não, enquanto não alterarmos a mentalidade dos profissionais!" E3</p> <p>"[...] pode haver aquele receio de sobreposição de competências, que não existe, mas eu penso que isso se deve ao facto de as pessoas que apoiam mais isso ou são mais críticas dessa situação... talvez sejam as pessoas mais voltas... [...]" E1</p> <p>"[...] nada disto fiz sentido se não houver uma consciencialização por parte dos profissionais que digamos que [...] estas pequenas coisas... vão fortalecer a profissão." E3</p> <p>"Não me acredito que nos próximos 20 anos, em Portugal seja implementado essa esquema." TR1</p> <p>"Eu acho que é possível. Cada vez mais os Radiologista não querem saber do raio-X. Eles não querem perder tempo a relatar..." TR2</p> <p>"Mas eles não nos querem deixar avançar. [...] Eles não iriam gostar..." TR5</p> <p>"Não, eu acho que não... Eu acho que isto é a mentalidade portuguesa, a nível de medicina... médicos... diz tudo!" TR4</p> <p>"Com a mentalidade portuguesa não vai ser fácil..." TR1</p> <p>"se vai ser ou não, acho que já vai ser difícil ser... mas que deveria ser deverna!" TR1</p> <p>"Só relato o que eu faço!" TR1</p> <p>"...isso é viável..." E1</p> <p>"[...] em Inglaterra, houve uma consciencia profissional por parte dos Radiologistas, dos MR, de perceberem, que não... que tinham de fazer qualquer coisa para salvaguardar a especialidade e a profissão deles." E3</p> <p>" Havia outros que não... iriam achar porreiro... estão a dar-nos mais responsabilidade, mais autonomia, mas a maioria não..." TR5</p> <p>"Sim... num futuro próximo não... Sim, vai haver muita gente contra..." TR3</p> <p>"É... não é viável..." TR5</p> <p>"[...] há-de haver uma grande luta ou se for implementado, há-de haver muita gente contra... não sei bem se será possível..." TR2</p> <p>"Também a nossa atitude" TR1 e TR2</p> <p>"É a atitude, é a mentalidade [...] não só dos outros mas também a nossa..." TR3</p> <p>"Alguns Técnicos enchem o ego... [...] a outros Técnicos eu acho que iam dizer "que chaitice... já tínhamos trabalho suficiente, ainda nos foram arranjar..." TR5</p> <p>"Eu acho que enchem o ego e continuavam a trabalhar mal..." TR4</p>	<p>"Não precisava de ser uma coisa muito detalhada..." TR2</p> <p>"[...] é mais importante ainda relatar quando se vê patologia, do que quando não se vê! Se calhar, na parte do não ter patologia é que podia não relatar... se não está a ver à partida, não tem de estar a descrever o que está normal, não é..." TR2</p> <p>"Sim... deixávamos o normal para o Médico depois... [...] porque o normal ele tem de descrever porque é anatomia..." TR2</p> <p>"Mas mesmo estando normal, acho que devias sempre escrever... se está normal achas que está normal... [...] Mas tinha que ir lá a tua palavra... tu achas que está normal! Eu é que fiz o exame... eu acho... visualizei e acho que está normal." TR1</p> <p>" sugeres que o médico vai ver... que o médico tenha mais atenção aquilo que tu descreveste, simplês." TR1</p>	<p>Assinatura</p>

Factores	Aspectos	Auditoria quem	Critérios e Indicadores de Qualidade
	<p>“Deviam-se de se fazer.” E1</p> <p>[...] a minha resposta assim, imediata, e na conversa era agarrar nos exames e X, não sei qual o valor razoável, e via se X % estava certo ou tinha uma informação clínica adequada, para a urgência... [..]” E1</p> <p>“ Da mesma forma que as auditorias às pessoas e aos serviços. Ou seja, eu entendo a auditoria como um processo que vai averiguar e avaliar determinadas...determinados parâmetros, determinados.. o relatório também pode ser perfeitamente auditado.” E2</p> <p>“ Sim... Que deve ser fetal!” TR1</p> <p>“ Tem de haver critério do que a gente tem de escrever no relatório! [...] e depois é ver se a pessoa se respondeu ou não respondeu a todos os critérios e depois se respondeu acertadamente em ...” TR2</p> <p>“Em todo o caso não se pode fugir à norma.” TR1</p> <p>“aqueles regress, aquelas normas, aqueles testes de boa realização de um exame radiográfico...” TR3</p> <p>“Como está na grelha.... Ora se eu seguir a grelha, para eu própria elaborar aquilo, ele vai ter de seguir a grelha para ver se aqueles os relatórios estão dentro dos parâmetros. Não estão? Este Técnico fugiu ao parâmetros... à que tomar medidas!” TR1</p>	<p>“Enquanto, não houver Técnicos com capacidade para fazer auditoria aos outros Técnicos, deveria ser feita pelos MR [...] credenciados, de preferência com alguns anos de experiência [...]” E1</p> <p>“ Pelo Técnico ou por um conjunto de pessoas[...] se vamos auditar trabalho feito por TR, têm que estar TR na auditoria. Eu nunca ponto de fora a hipótese de haver equipas multidisciplinares quando estamos a auditar, porque às vezes as auditorias não são assim tão específicas [...]” E2</p> <p>“[...] estando a falar do RT a avaliação deve ser feita por Técnico!” E3</p> <p>“ Pelos pares! [...] devemos acabar com esse estigma... os outros avaliam-se eles ... para nós avaliar a nós temos que pedir a outros... isso, isso é uma questão de princípio. É uma questão de princípio!” E3</p> <p>“ Quem deve fazer, na minha opinião, nunca será o MR, será o TR superior existente, quer no Serviço ou não do Serviço, tal como se faz nos concursos, vem um Técnico não sei de onde para ser presidente e não sei quê... [...] O mais habilitado... [...] Não tenho é que ser avaliada pelo médico! Eu não estou a fazer um relatório médico, estou a fazer um RT!” TR1</p> <p>“Pelo Técnico mais competente...” TR2</p> <p>“Os Técnicos Coordenadores... O Técnico mais habilitado....” TR2</p> <p>“Mas essa auditoria é uma auditoria que não é feita diariamente... as auditorias são feitas, sei lá... uma vez ao ano, ou de seis em seis meses, e como eu disse à pouco, tem de ser feito pelo Técnico mais habilitado existente nesse serviço.” TR1</p>	<p>“Indicadores da qualidade dos relatórios, seriam um indicador que enumerou: se a informação... se a informação vai ao encontro da imagem... se a informação que o Técnico descreve no relatório, vai ao encontro da imagem. E daí seria um indicador da qualidade.” E1</p> <p>“[...] tem que haver uma norma, portanto um normativo a seguir, do que é que deve estar no relatório. Se ele até protocolarmente está ser feito conforme aquilo que está definido, e que portanto, isso tem que estar com certeza escrito, e a pessoa sabe que o tipo de terminologia, de linguagem... esse tipo de coisas têm de estar tudo...” E2</p> <p>“[...] têm que haver normativos porque senão o relatório que é feito num determinado serviço é completamente diferente de outro relatório... [...] tem que haver mesmo normas para isso [...]” E2</p> <p>“Pode ser dose de exposição, a outra podia ser a concordância ou não... ou por outra, a consequência que a observação do Técnico... que o Técnico fez no relatório teve, ou o contributo que teve...” E3</p> <p>“ a adaptação do outro que já existe... da do médico...” TR2</p> <p>“ Em critérios que têm de estar pré-estabelecidos...” TR1</p> <p>“[...] via só se realmente estava descrito correctamente [...] que tipo de exame é que estava feito, como é que estava feito... como é que foi feito e se... qual é que era a informação... [...]” E1</p>
Factores		Auditoria quem	
Aspectos			
Relatório Técnico (3)			

<p>Aspectos focados mais importantes</p>	<p>“[...] possibilidade, no futuro, que pode ser a curto prazo ou a médio prazo, algumas das competências, sem a sobreposição de competências (...) nomeadamente da Radiologia osteo-articular e outros que poderão discutir, de alguns aspectos serem descrito inicialmente, ou de terem um relatório inicial, ou preliminar, que poderá ser definido, pelo Técnico Radiologista...” E1</p> <p>“[...] obviamente que é toda esta questão das funções do TR e quando ele está perante uma tal situação de... o RT.” E2</p> <p>“Eu não concebo que um profissional altamente qualificado ao fazer, neste caso na imagem, ele não possa... não possa dizer o que vê naquela imagem e assinar.” E2</p> <p>“E o facto da lei não referir , muitas vezes a lei também não tem de referir tudo, é uma questão de bom senso” E2</p> <p>“Agora, acho que é um caminho que tem de se percorrer (...) E2</p> <p>“[...] nada disto faz sentido se não houver uma consciencialização por parte dos profissionais que digamos que estas pequenas.. nós chamamos... estas pequenas coisas... vão fortalecer a profissão. E portanto para mim, a coisa mais importante é a formação, nova postura profissional e uma nova mentalidade da profissão. Na minha cabeça está claro, que nada evolui e nada vai ser possível, se não, enquanto não alterarmos a mentalidade dos profissionais! E3</p> <p>“[...] os aspectos mais importantes é em relação ao futuro da profissão nesse aspecto. Era muito importante poder-se implementar o RT.”</p> <p>“E a formação...” TR2</p> <p>“Com base em formação...” TR1</p> <p>“[...] ajudar a que as pessoas tenham mais brio profissional.” TR5</p>
<p>Sugestões apresentadas</p>	<p>“[...] as próprias organizações, que depois têm também algum papel no sentido de fazer alguma pressão futura, na necessidade do RT.” E2</p>

Apêndice 6 - Grelha síntese das Categorias e respectivas subcategorias

I. O estado actual dos Serviços de Radiologia num Departamento de Urgência

- ◆ Meios e Recursos
 - ◆ Recursos Humanos
 - ◆ Recursos Tecnológicos
 - ◆ Recursos Materiais

 - ◆ Relatório Radiológico
 - ◆ Existência do relatório técnico
 - ◆ Existência do relatório clínico
 - ◆ Razões para a ausência do relatório clínico
 - ◆ Razões para a ausência do relatório técnico

 - ◆ Capacidades (*skill-mix*) do Técnico de Radiologia

 - ◆ Problemas / Tensões
 - ◆ Volume de trabalho
 - ◆ Triagem
 - ◆ Custos
 - ◆ Brio Profissional
 - ◆ Qualidade
-

II. Ser Técnico de Radiologia no contexto da Urgência, num Hospital Central, e os relatórios técnicos

- ◆ Competências

 - ◆ Auditoria ao Técnico de Radiologia
 - ◆ Opiniões
 - ◆ Auditores
 - ◆ Indicadores de Qualidade

 - ◆ Responsabilização
 - ◆ Legal
 - ◆ Clínica

 - ◆ Formação
 - ◆ Necessidades sentidas
 - ◆ Formadores
-

III. O Relatório Técnico de exames osteo-articulares, realizado em contexto de Urgência, num Hospital Central

- ◆ Relatório Técnico
 - ◆ Definição
 - ◆ Formato / Conteúdo
 - ◆ Estruturas a relatar
 - ◆ Assinatura

 - ◆ Auditoria ao Relatório Técnico
 - ◆ Opiniões
 - ◆ Auditores
 - ◆ Indicadores de Qualidade

 - ◆ Perspectivas Futuras
 - ◆ Viabilidade
 - ◆ Conflitos
-

Apêndice 7 - Caracterização dos Entrevistados

Entrevistado	E1		E2		E3		TR1		TR2		TR3		TR4		TR5	
	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade
Habilitação Profissional	Masculino	50 anos	Masculino	41 anos	Masculino	40 anos	Feminino	41 anos	Feminino	26 anos	Feminino	32 anos	Feminino	37 anos	Feminino	38 anos
Experiência Profissional	Médico Radiologista		Técnico de Farmácia		Técnico de Radiologia e Docente Ensino Superior		Técnica de Radiologia									
Categoria Profissional	22 anos		Aprox. 14 anos		Técnico de Radiologia - 12 anos		Aprox. 13 anos		Aprox. 6 anos		Aprox. 10 anos		Aprox. 15 anos		Aprox. 15 anos	
Cargo que desempenha	Assistente Graduado (há aprox. 11 anos)		Técnico Principal		Técnico Principal		Técnica de 1ª Classe		Técnica de 2ª Classe		Técnica de 2ª Classe		Técnica de 1ª Classe		Técnica de 1ª Classe	
	Médico Radiologista		Vice-Presidente da Direcção Nacional do Sindicato (há 10 anos)		- Prof. Coordenador do Curso Sup. de Radiologia - Presidente do Conselho Científico da Escola Superior - Presidente da Associação Portuguesa		Técnica de Radiologia									
Local de trabalho actual	Hospital X (Hospital Central E.P.E)		Sindicato		Escola Superior - Associação Profissional		Hospital X (Hospital Central E.P.E)									
Habilitação Académica	Licenciatura		Licenciatura		Mestrado		Bacharelato		Licenciatura		Licenciatura		Licenciatura		Licenciatura	
Experiência na Urgência como Técnico de Radiologia							Aprox. 4 anos		Aprox. 4 anos		Aprox. 7 anos		Aprox. 3 anos		Aprox. 4 anos	

Apêndice 8 - Aspectos mais importantes e Sugestões

	Ser Técnico de Radiologia no contexto da Urgência, num Hospital Central, e os relatórios técnicos
Aspectos mais importantes	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização por parte dos profissionais dos benefícios do relatório técnico como elemento de fortalecimento da profissão: nova postura profissional - Nova mentalidade profissional - A formação profissional - Afirmção profissional perante a detenção dos conhecimentos técnicos e científicos do profissional
	O Relatório Técnico de exames osteo-articulares, realizado em contexto de Urgência, num Hospital Central
Aspectos mais importantes	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade futura (a curto ou médio prazo) da existência do relatório técnico, sem que se verifique sobreposições de competências com outros profissionais - Necessidade de introdução do relatório técnico
Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> - As organizações devem desempenhar um papel fundamental para a implementação do relatório técnico

Apêndice 9 – Guia para a Implementação da Governação Técnica na Radiologia

GUIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA GOVERNAÇÃO TÉCNICA NA RADIOLOGIA

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA A PRÁTICA DE RELATÓRIOS TÉCNICOS

(DE EXAMES OSTEO-ARTICULARES, REALIZADOS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA)

ÍNDICE GERAL

NOTA INTRODUTÓRIA	214
1. A GOVERNAÇÃO TÉCNICA	215
1.1. A Auditoria Técnica	215
1.2. Comissão de Governação Técnica	216
1.2.1. Equipas de governação técnica.....	217
2. O RELATÓRIO TÉCNICO.....	219
2.1. Estrutura	219
2.2. Estruturas a relatar	220
2.3. Auditoria ao Relatório Técnico.....	220
2.3.1. Indicadores da qualidade	220
2.3.2. Referencial para auditoria	221
2.3.3. Auditores	223
3. O TÉCNICO DE RADIOLOGIA.....	224
3.1. Norma de orientação técnica que assegura o desempenho do Técnico de Radiologia, na prática de Relatórios Técnicos, em exames osteo-articulares	224
3.2. Auditorias para avaliação da qualidade da prestação do Técnico de Radiologia, na prática de Relatórios Técnicos	226
3.2.1. Indicadores da qualidade	226
3.2.2. Auditores	226
4. ESQUEMATIZAÇÃO DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	227

NOTA INTRODUTÓRIA

O objectivo principal deste guia é o de orientar os profissionais que querem implementar a prática dos Relatórios Técnicos, de exames osteo-articulares, realizados no Departamento de Urgência, de um Serviço de Radiologia.

Os exemplos ilustrativos apresentados, são apenas exemplos. Não pretendem ser ferramentas finais para aplicação directa. São representação possíveis de futuras ferramentas, que carecem de aperfeiçoamento e adaptação à realidade específica de cada serviço.

Faz-se a salvaguarda de que, qualquer ferramenta para se tornar eficaz e ser eficiente, tem de ter previamente validade.

1. A GOVERNAÇÃO TÉCNICA

A Governação Técnica, é um modo de governação que assenta em diversos pilares, com vista à melhoria contínua dos procedimentos. Tem para isso em consideração a eficiência técnica que não é mais do que uma intervenção técnica que apresenta uma boa relação qualidade / custo e que assenta em novas evidências de efectividade, não descurando no entanto a eficácia e a eficiência, com o objectivo de alcançar a maior satisfação possível por parte do utente.

Aspectos como a gestão de recursos, a satisfação do utente, a auditoria técnica, entre outros são considerados pilares nesta nova forma de governação (Figura 1).

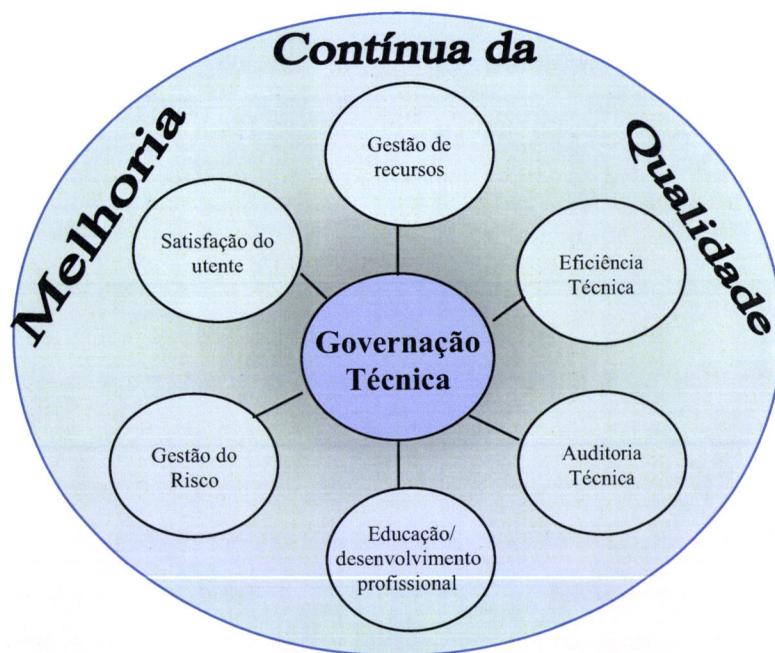


Figura 1 – Os elementos da Governação Técnica
(Fonte: Autor, 2008)

1.1. A AUDITORIA TÉCNICA

Para que qualquer auditoria técnica seja realizada com sucesso, existem alguns passos básicos, mas essenciais que lhe devem estar na base, nomeadamente:

1. Conseguir o apoio e o envolvimento da gestão e dos colegas;
2. Identificar a área a submeter à auditoria;
3. Identificar os auditores (pares ou equipa multidisciplinar);

4. Determinar os objectivos da auditoria;
5. Estabelecer normas para medir o desempenho actual;
6. Recolher dados fiáveis e válidos;
7. Verificar os resultados;
8. Identificar possíveis melhorias;
9. Desenvolver o plano de acção;
10. Implementar o plano de acção;
11. Avaliar / relatar.

(Adaptado de Sale, 2000)

A auditoria técnica deve ser supervisionada por auditores competentes e adequados à realização de tal projecto, pelo que se recomenda que os auditores sejam efectivamente Técnicos de Radiologia, que actuem de modo isolado ou inseridos em grupos multi-profissionais.

Deve ser estabelecida uma Comissão de Governação Técnica, de modo a que toda a prática da auditoria seja facilmente organizada e estabelecida, bem como estabelecidas localmente, em cada Serviços de Radiologia, equipas de Governação Técnica.

1.2. COMISSÃO DE GOVERNAÇÃO TÉCNICA

A Comissão de Governação Técnica, deve ser responsável por reunir toda a informação através de várias fontes de informação, nomeadamente, comissões da qualidade, gestão do risco, reclamações e queixas dos utentes, etc.

Deve ainda ser responsável por:

- ♦ Assegurar que o desempenho técnico e a sua monitorização da qualidade estão devidamente estabelecidos e em funcionamento;
- ♦ Testar a estrutura (*framework*) e o processo de execução da governação técnica, e identificar áreas necessitadas de fortalecimento;
- ♦ Procurar orientações nacionais e internacionais (ex: NICE, COR, EFRS, ATARP...);
- ♦ Desenvolver indicadores de desempenho chave, de modo a assegurar a efectividade dos serviços técnicos;
- ♦ Monitorizar os objectivos e os desempenhos de grupos chave e comissões que são responsáveis por desenvolver a governação técnica;

- ♦ Receber e analisar relatórios sobre componentes de governação técnica, incluindo auditorias técnicas e efectividade técnica, as opiniões dos utentes, queixas, gestão do risco, saúde e segurança, *benchmarking* sobre normas nacionais, desenvolvimento profissional contínuo, etc;

- ♦ Assegurar que são retiradas conclusões e as alterações às práticas são implementadas;

- ♦ Assegurar que as alterações são realmente postas em prática, de modo a lidar eficazmente com o mau desempenho;

- ♦ Monitorizar a gestão das competências técnicas dentro do SNS;

- ♦ Conjuntamente com as autoridades de saúde, cuidados primários ou centros de saúde, procurar o desenvolvimento e a manutenção de uma estrutura apropriada para a melhor governação técnica nos cuidados primários, secundários e terciários.

(adaptado de Lugon e Scker-Walker, 2001)

1.2.1. EQUIPAS DE GOVERNAÇÃO TÉCNICA

Localmente devem ser criadas nos Serviços de Radiologia, grupos multidisciplinares de melhoria técnica ou equipas de governação técnica, de modo a reunir informação específica sobre auditoria, gestão de risco, queixas e reclamações, etc.

Este grupo deve identificar qualquer acção requerida e treino necessário, e associá-los ao seu plano de educação e treino, para dividir as suas prioridades na auditoria.

A composição deste grupo e a enumeração das suas funções pode ser esquematizado, conforme a Figura 2:

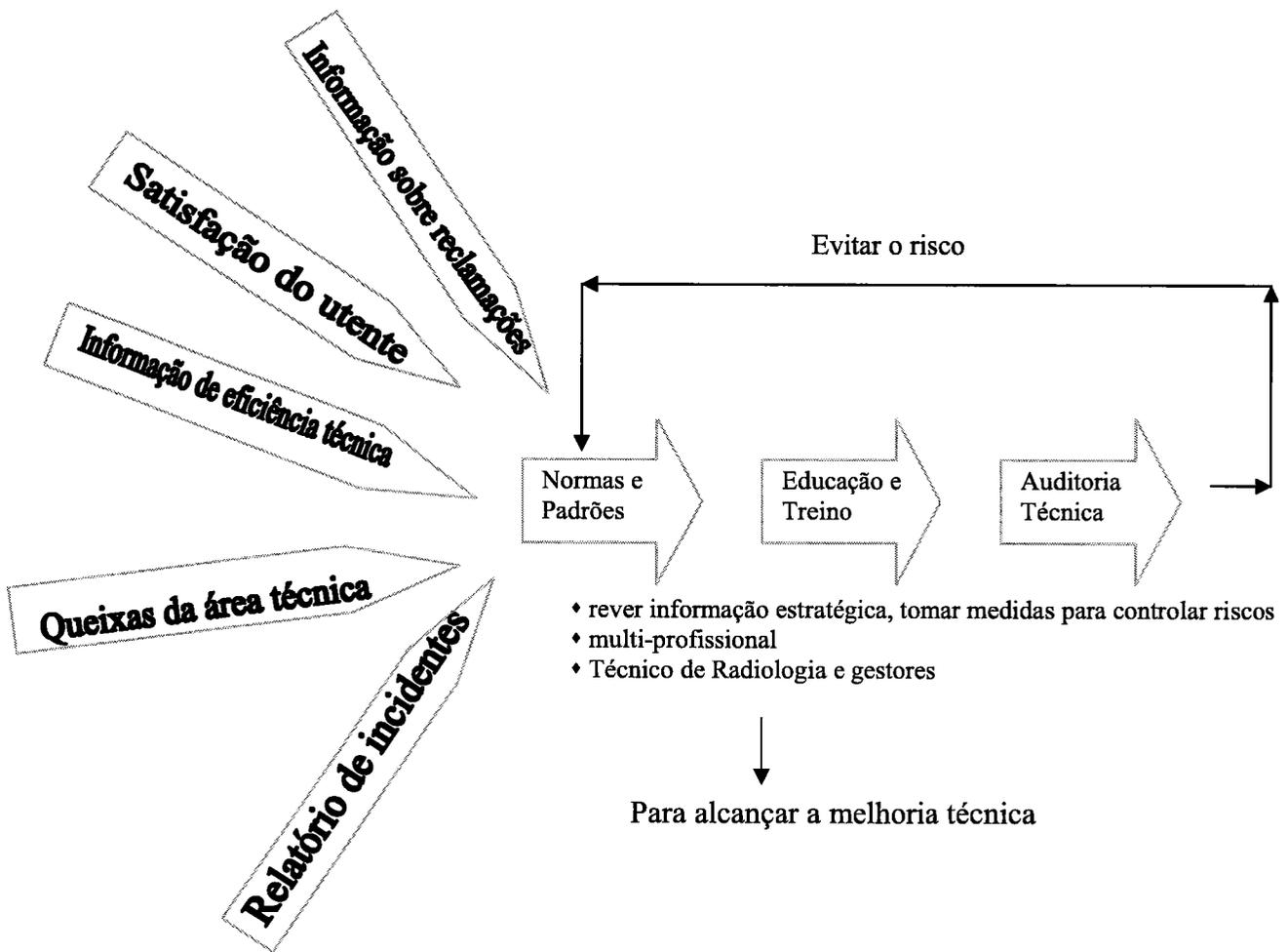


Figura 2 – Esquematização das funções das equipas de governação clínica.
(Adaptado de Lugon e Scker-Walker , 2001)

2. O RELATÓRIO TÉCNICO

O Relatório Técnico deve ser formalizado junto da administração do Hospital, onde se pretenda a sua implementação.

Dado não existir um formato único para a realização deste relatório, a sua estrutura deve ser feita, adaptando-se o Relatório Técnico à realidade dos Serviços de Radiologia.

Aspectos como a estrutura do relatório, as zonas de interesse a que se reporta, como se realiza a sua auditoria, etc, são aspectos que devem ser contemplados com antecipação.

2.1. ESTRUTURA

Exemplifica-se seguidamente, uma possível estrutura para um relatório técnico.

1. Dados demográficos

a) Nome ou tipo de exame e localização anatómica da zona osteo-articular em estudo

b) Nome do utente e outro dado de identificação

d) Idade ou data de nascimento do utente

c) Nome do médico assistente ou outro fornecedor de cuidados

d) Data da realização do exame e respectivo relatório técnico

e) Hora do relatório, se relevante (exemplo para utentes cuja probabilidade é a de fazerem mais do que uma vez o mesmo exame por dia)

2. Informação clínica relevante

3. Corpo do Relatório

a) Procedimentos e material

O relatório deve incluir a descrição do estudo e/ou procedimentos efectuados, e utilização de aparelhos usados, senão registados num outro local (exemplo de cunhas de altura para medição nos membros inferiores).

b) Achados

O relatório deve utilizar terminologia anatómica, patológica e radiológica para descrever os achados.

c) Limitações potenciais

O relatório deve, quando apropriado, identificar factores que podem comprometer a sensibilidade e especificidade do exame.

d) Assuntos clínicos

O relatório deve orientar ou responder questões clínicas específicas colocadas. Se existem factores de impeçam a resposta à questão clínica, tal factor deve ser explicitamente declarado.

e) Comparação com estudos ou relatórios anteriores

A comparação com exames relevante e relatórios deve fazer parte do relatório técnico quando apropriada e disponível.

4. Opinião (conclusão ou diagnóstico)

a) A não ser que o relatório seja breve, cada relatório deve conter uma secção de conclusão

b) Um diagnóstico preciso deve ser dado quando possível

5. Assinatura

a) Deve sempre constar o nome do Técnico de Radiologia que elabora o relatório, assim como um outro dado identificativo, como por exemplo, número da cédula profissional.

(Adaptado de ACR, 2005)

2.2. ESTRUTURAS A RELATAR

Numa fase inicial de implementação, os Técnicos de Radiologia devem procurar relatar apenas estruturas osteo-articulares.

Vários estudos indicam que o relato de estruturas mais delimitadas e com menor percentagem de diversificação a nível patológico pode beneficiar a eficácia e precisão da prática dos Relatórios Técnicos. No entanto, este aspecto não é obrigatório, pelo que a definição das estruturas a relatar deve resultar de um estudo baseado na evidência, realizado na própria instituição.

2.3. AUDITORIA AO RELATÓRIO TÉCNICO

É clara a necessidade da existência do RT, como um relatório formal, que obedece a critérios de realização.

A sua auditoria é também imprescindível como meio de melhorar a eficiência e a validade da sua existência.

Para a obtenção de uma auditoria eficaz, torna-se necessário identificar os indicadores da qualidade que devem estar na base da prática dos relatórios técnicos, estabelecer um referencial para a auditoria, bem como enunciar os auditores que a poderão levar a cabo.

2.3.1.. INDICADORES DA QUALIDADE

Deve ter-se em consideração os passos básicos para a realização de uma auditoria técnica, descritos neste guia.

Possíveis indicadores da qualidade a ter em consideração:

- ♦ Tempo de entrega
- ♦ Precisão
- ♦ Clareza
- ♦ Brevidade
- ♦ Correcta identificação do utente
- ♦ Descrição adequada da imagem
- ♦ Presença de conclusão
- ♦ Identificação do Técnico de Radiologia que relata
- ♦ etc

2.3.2. REFERENCIAL PARA AUDITORIA

É apresentado um referencial para a realização de uma auditoria técnica a um relatório técnico. Salvaguarda-se que, tratando-se apenas de um referencial, a ferramenta final escolhida (grelha e guia), tem obrigatoriamente de ser sujeita a testes que a validem, pois só assim a auditoria será eficaz.

Nome:	Tipo de exame / região estudada:		
Apelido:	Data do exame:		
Data nascimento:	Data do relatório:		
1. Identificação			
1.1. O nome a o apelido estão presentes	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
1.2. Existe outra identificação do utente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
1.3. A idade ou data de nascimento são precisas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
1.4. É identificado o nome ou o tipo de exame	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
1.5. É identificada a localização anatómica da zona em estudo	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
2. Informação Clínica			
2.1. A informação clínica está presente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
2.2. A informação clínica é precisa	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
3. Técnica			
3.1. A técnica de exame é precisa	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
3.2. É identificada alguma limitação à técnica de exame	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
4. Resultados			
4.1. É feita a descrição precisa da lesão principal	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
4.2. Foi esquecido algum aspecto pertinente negativo	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
5. Conclusão			
5.1. Está presente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
5.2. Orienta ou responde à questão clínica	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
6. Formato do relatório			
6.1. O nome do Técnico de Radiologia está presente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
6.2. Existe outro dado identificativo do Técnico de Radiologia	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
6.3. O nome do prescritor do exame está presente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
6.4. O formato do relatório é o correcto	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
6.5. Existem abreviaturas não usais	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
7. Síntese			
7.1. Quando possível, é feita uma orientação diagnóstica	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
7.2. É efectuada uma comparação com exames anteriores	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
7.2.1. Se NÃO, existe menção da impossibilidade de o fazer	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
7.3. Existem elementos discordantes no relatório	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	
S = Sim N = Não			

Tabela 1 – Grelha de análise para auditoria ao Relatório Técnico
(Fonte: Adaptado de Barrau *et al.*, 2001)

Associado ao referencial, deve existir um guia de orientação para que, aquando da aplicação do mesmo, não persistam dúvidas relativamente ao tipo de respostas dadas.

Exemplifica-se seguidamente o guia, referente ao referencial anteriormente esquematizado.

GUIA DO REFERENCIAL PARA AUDITORIA
1. Identificação 1.3. Entende-se por outra identificação do utente, por exemplo, o número de utente atribuído pelo hospital ou número de beneficiário com identificação do respectivo organismo. 1.4. No tipo de exame entende-se “radiologia convencional”. 1.5. Na estrutura em estudo entende-se a estrutura osteo-articular submetida a exame.
2. Informação Clínica 2.1. SIM – se responde à questão “porque vai fazer o exame?”
3. Técnica 3.1. SIM – se identifica, por exemplo, a distância foco-filme 3.2. A limitação é entendida como a justificação de mau posicionamento por falta de colaboração do utente, por exemplo.
6. Formato do relatório 6.3. O formato do relatório, é o que se encontra em vigor no respectivo serviço, e sobre o qual recaem as normas de elaboração do mesmo.

Tabela 2 – Guia do referencial para a auditoria ao relatório técnico
(Fonte: Adaptado de Barrau *et al.* , 2001)

2.3.3. AUDITORES

A auditoria técnica deve ser supervisionada por auditores competentes e adequados ao tipo de auditoria em questão, pelo que se recomenda que os auditores sejam efectivamente Técnicos de Radiologia, que actuem de modo isolado ou inseridos em grupos multi-profissionais.

Os Técnicos de Radiologia que eventualmente venham a ser constituídos auditores devem ser externos ao serviço onde a auditoria irá decorrer.

3. O TÉCNICO DE RADIOLOGIA

3.1. NORMA DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUE ASSEGURA O DESEMPENHO DO TÉCNICO DE RADIOLOGIA, NA PRÁTICA DE RELATÓRIOS TÉCNICOS, EM EXAMES OSTEO-ARTICULARES

Uma norma de orientação técnica é um instrumento de apoio à decisão técnica, para os Técnicos de Radiologia. Funciona igualmente como instrumento de educação individual ou de grupo. Tem como base a garantia da qualidade. Não é mais do que uma recomendação sistemática desenvolvida para auxiliar o Técnico de Radiologia, nas decisões acerca da sua prestação em circunstância específicas. Funciona assim, como um instrumento de suporte legal à prática técnica.

Seguem-se dois exemplos de linhas de orientação. A primeira orienta o profissional quanto à conduta a adoptar, relativamente ao seu desempenho na prática dos relatórios técnicos (Figura 3). A segunda, orienta o Técnico de Radiologia sobre os exames a relatar e o encaminhamento do utente (Figura 4):

Normas a adoptar:
☞ Todos os relatórios efectuados pelo Técnico de Radiologia, devem ser devidamente designados por “Relatórios Técnicos”;
☞ O Técnico de Radiologia deve, a todo o instante, ter confiança no trabalho que está a realizar quando rediz um relatório técnico;
☞ Em caso de dúvida o Técnico de Radiologia não deve hesitar em procurar ajuda;
☞ Se necessário, o médico assistente pode e deve consultar o Médico Radiologista, caso verifique falta de correlação clínica;
☞ O Técnico de Radiologia é responsável pela prática do relatório técnico e pelas consequências clínicas que advém do seu conteúdo;
☞ A responsabilidade de realizar o último diagnóstico ao utente, ou seja, aquele de que irá depender a gestão do seu processo clínico, cabe ao clínico e não ao técnico;

Figura 3 – Normas a adoptar pelo Técnico de Radiologia quanto à sua conduta, relativamente ao seu desempenho na prática dos relatórios técnicos.

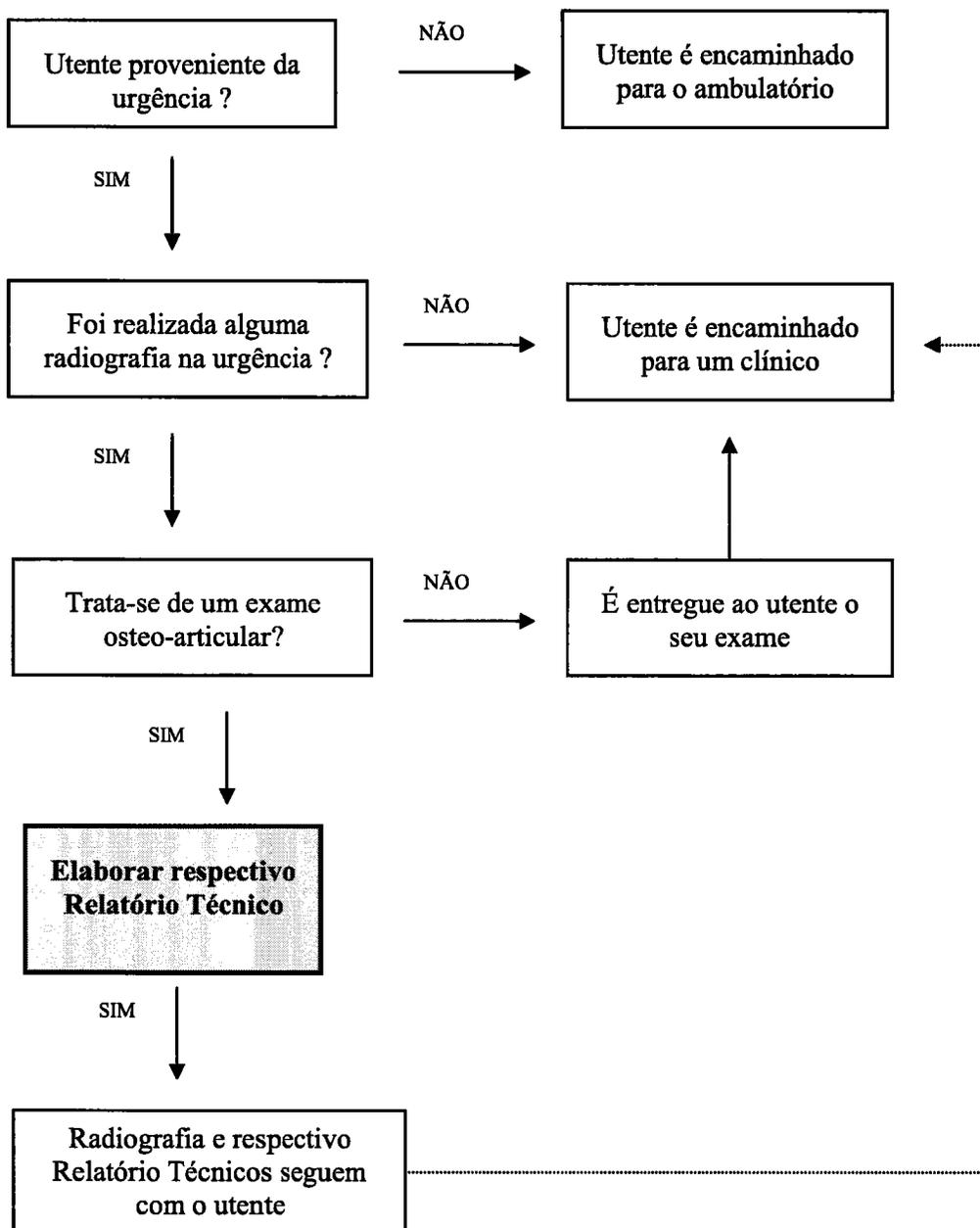


Figura 4 – Linha de orientação para o Técnico de Radiologia, sobre os exames a relatar e o encaminhamento do utente.

3.2. AUDITORIAS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DO TÉCNICO DE RADIOLOGIA, NA PRÁTICA DE RELATÓRIOS TÉCNICOS

3.2.1. INDICADORES DA QUALIDADE

São exemplos de indicadores da qualidade, para a avaliação da prestação do Técnico de Radiologia:

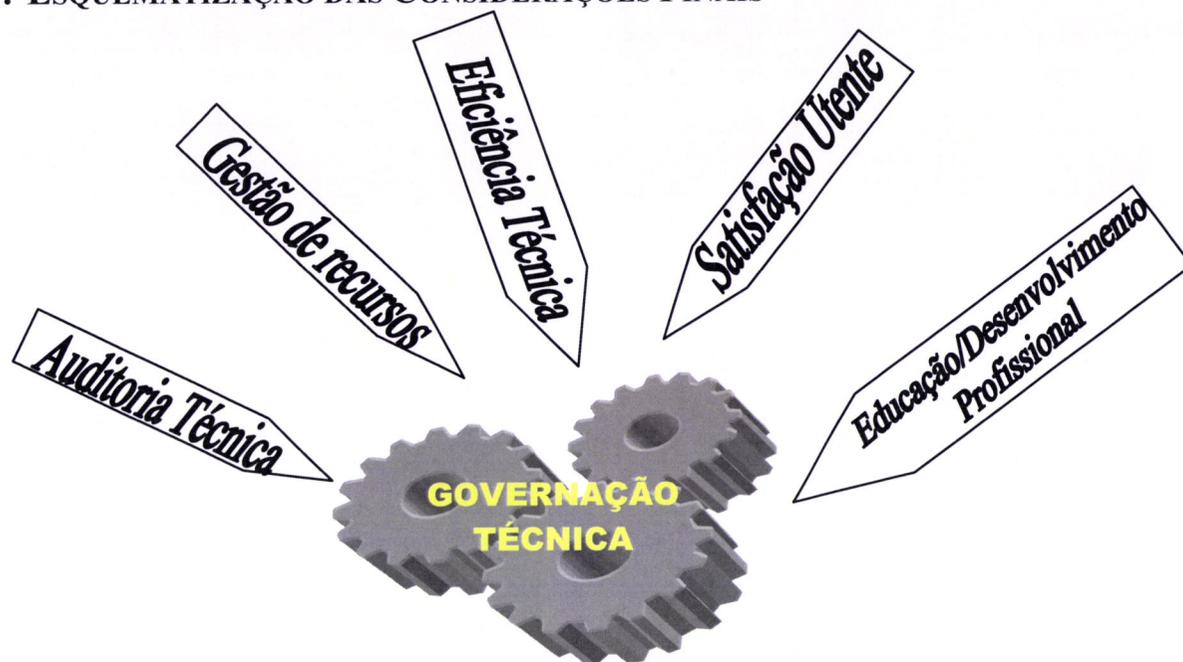
- o tempo de realização de um relatório técnico;
- o grau de satisfação do médico assistente após análise do relatório técnico;
- o grau de satisfação do utente;
- o grau de precisão do conteúdo do relatório técnico;
- a validade do conteúdo do relatório técnico;
- etc.

3.2.2. AUDITORES

A auditoria técnica deve ser supervisionada por auditores competentes e adequados ao tipo de auditoria em questão, pelo que se recomenda que os auditores sejam efectivamente Técnicos de Radiologia, que actuem de modo isolado ou inseridos em grupos multi-profissionais.

Os Técnicos de Radiologia que eventualmente venham a ser constituídos auditores devem ser externos ao serviço onde a auditoria irá decorrer.

4. ESQUEMATIZAÇÃO DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS



Relatório Técnico

- ♦ Periodicamente deve realizar-se uma auditoria técnica ao relatório técnico e ao desempenho do Técnico de Radiologia na prática do relatório técnico;
- ♦ A auditoria técnica permite aos profissionais o desenvolvimento de normas que lhes são próprias e reflectem uma prestação de cuidados eficaz, efectiva e de boa qualidade;
- ♦ Deve ser feita uma boa gestão a nível dos recursos humanos, para garantir o ciclo de trabalho na prática dos relatórios técnicos;
- ♦ A prática dos relatórios técnicos deve ser baseada na evidência técnica;
- ♦ A prática dos relatórios técnicos deve tentar sempre alcançar o máximo de eficiência técnica;
- ♦ A satisfação do utente é sempre o objectivo máximo a alcançar;
- ♦ O Técnico de Radiologia é responsável por manter actualizadas as suas competências e saberes para poder relatar com a máxima segurança;
- ♦ O Técnico de Radiologia é responsável pelo relatório que elaborar;
- ♦ Para poder relatar eficazmente, o Técnico de Radiologia deve ser submetido a um período de treino e pré-avaliação em contexto de trabalho;
- ♦ É imprescindível o apoio da gestão e a ajuda inter pares e multidisciplinar na prática dos relatórios técnicos.

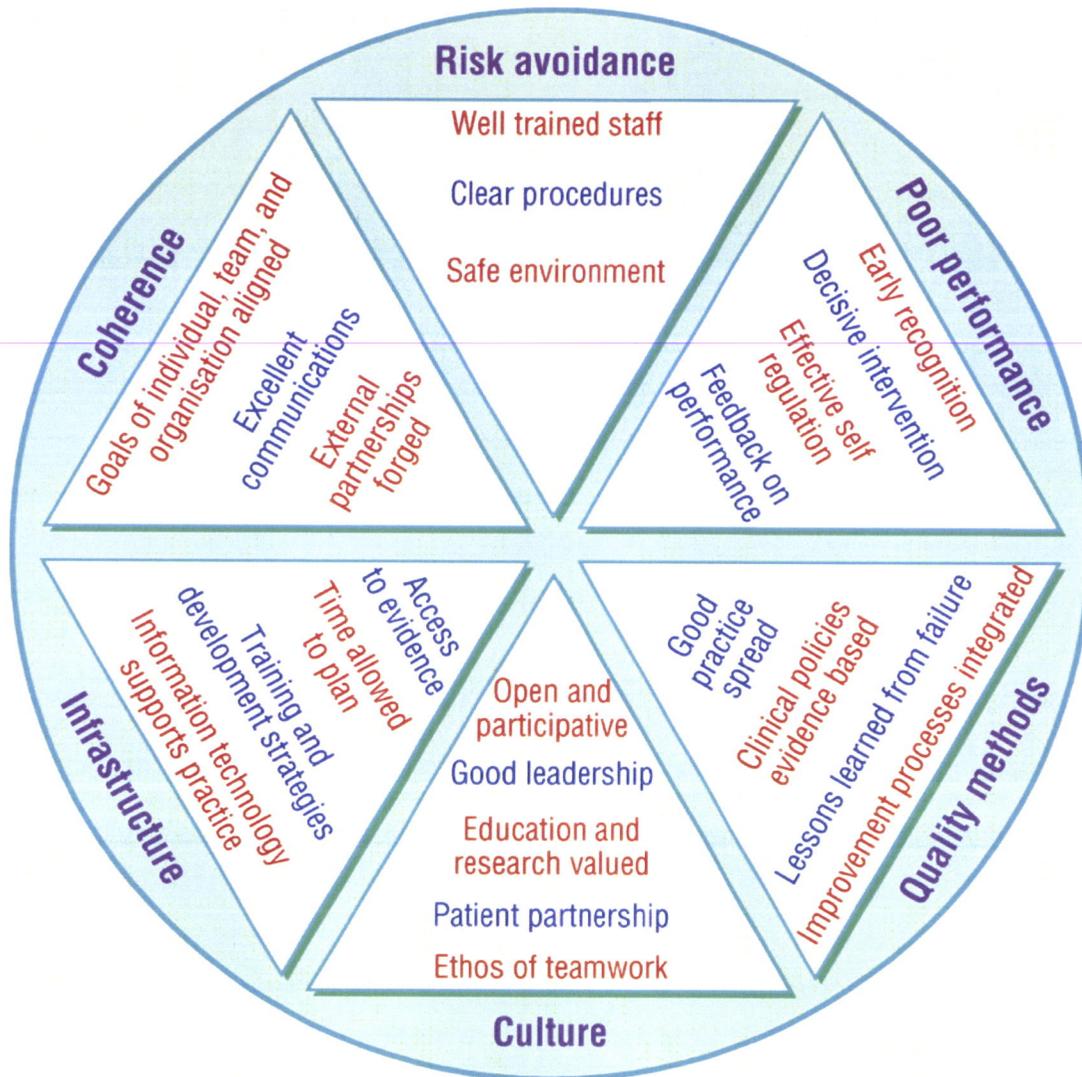
Gestão da máxima qualidade total
na prática dos Relatórios Técnicos

ANEXOS

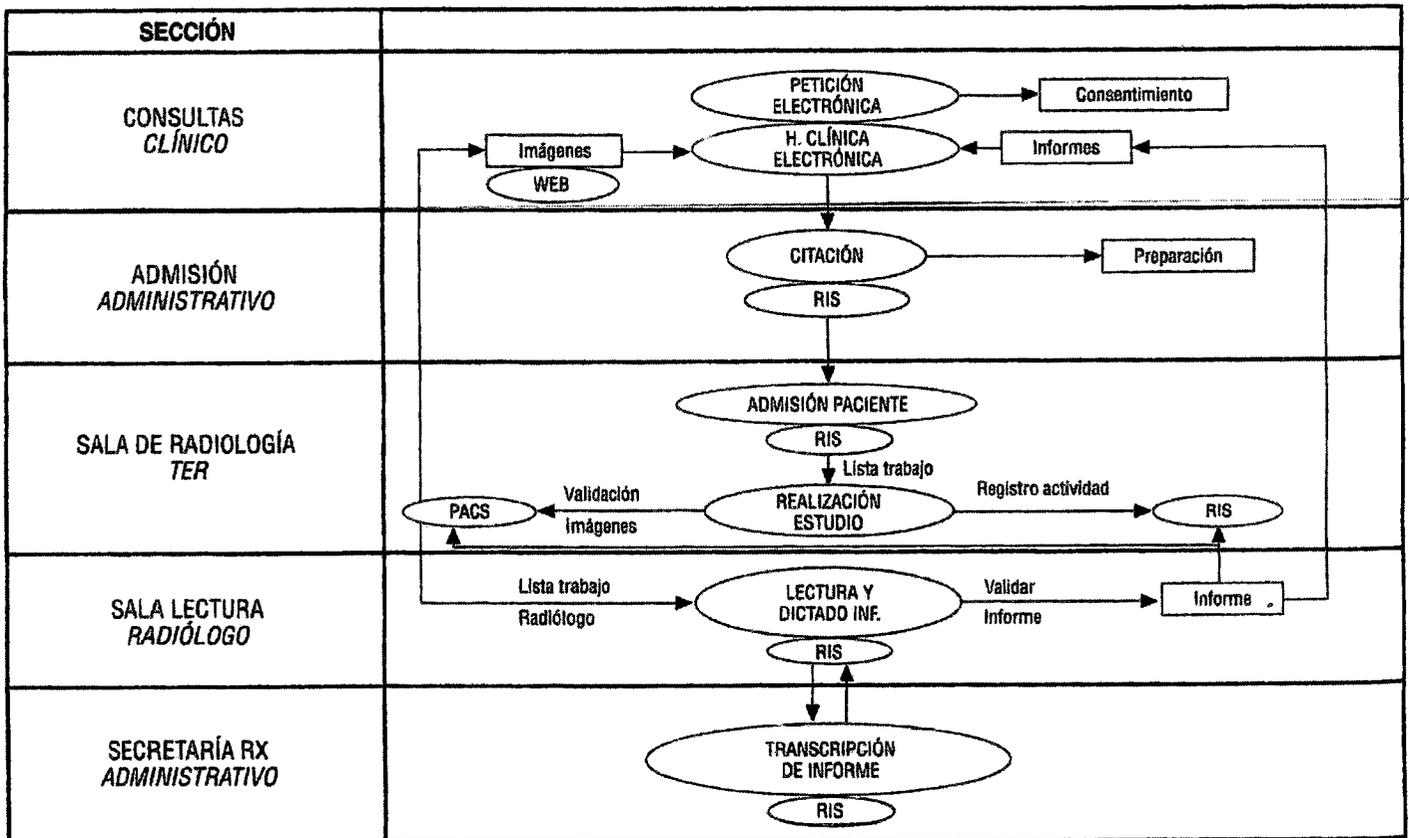
Anexo 1 – O ciclo da Auditoria Clínica
(Fonte: NICE, 2002)



Anexo 2 - As diversas abordagens da *Clinical Governance*
(Fonte: Scally e Donaldson, 2007)



Anexo 3 – Linha de orientação simplificativa que assegura as funções do TR quando relata radiografias osteo-articulares de ambulatório
(Fonte: Garcia *et al.*, 2002)



Anexo 4 – Resultados de uma auditoria a relatórios radiológicos.
(Fonte: Barrau *et al.*, 2002)

<i>1-IDENTIFICATION PATIENT ET EXAMEN</i>	<i>Réponse</i>	<i>Résultats %</i>
L'âge ou la date de naissance est-elle précisée ?	O - N	92 - 8
2 — INDICATION		
L'indication est-elle précisée ?	O - N	94 - 6
L'indication est-elle suffisamment détaillée ?	O - N - NA	83 - 14 - 6
3 — TECHNIQUE		
La technique de l'examen est-elle précisée ?	O - N - NA	47 - 6 - 47
Si examen avec possibilité d'injection de produit de contraste (TDM, IRM, artériographies, UIV, [...])		
mention de l'injection ou pas	O - N - NA	42 - 4 - 54
mention de la quantité de produit	O - N - NA	16 - 28 - 56
mention du type de produit	O - N - NA	17 - 27 - 56
Y avait-il une limitation technique à l'examen (patient peu échogène...) ?	O - N	11 - 89
4 — RÉSULTATS		
La description de la lésion principale est-elle précise ?	O - N - NA	40 - 16 - 44
Oubli d'un élément pertinent négatif	O-N- Hors champs	36 - 20 - 44
5 — CONCLUSION		
Présente (si CR de plus de 3 phrases)	O - N - NA	90 - 7 - 3
Le CR répond t-il à la question du clinicien ?	O - N - NA	73 - 13 - 13
La Conclusion contient-elle tous les éléments du CR utiles à la prise en charge (présente ou future) du malade ?	O - N - NA	57 - 32 - 11
6 — FORME DU CR		
Le nom du radiologue est-il clairement identifié ?	O - N	99 - 1
Le nom du prescripteur est-il clairement identifié ?	O - N	1 - 99
Longueur du CR (en nombre de pages)	1 - 2	99 - 1
Y a t-il des erreurs de forme ?	O - N	37 - 63
Mineures (dont la relecture permet la compréhension)	Mineure - Majeure	26 - 11
Majeures (la relecture ne permet pas la compréhension)		
Y a t-il des abréviations non usuelles dans le CR ?	O - N	9 - 91
7 — SYNTHÈSE		
Une orientation diagnostique est-elle donnée quand cela est possible ?	O - N - NA	30 - 10 - 60
La comparaison par rapport aux précédents examens a-t-elle été effectuée ?	O - N - NA	15 - 28 - 55
Si NON y a t-il mention de l'impossibilité de comparer ?	O - N	0 - 100
Y a t-il recommandation pour un autre examen d'imagerie (à compléter par.)	O - N	12 - 88
Si OUI Y a t-il une justification ?	O - N	38 - 62
Y a t-il des éléments discordants dans le CR ?	O - N	3 - 97
Y a t-il une discordance entre les différents CR du dossier du patient ?	O - N	23 - 77
En cas de discordance entre les différents CR du dossier y a t-il une explication fournie ?	O - N	10 - 90

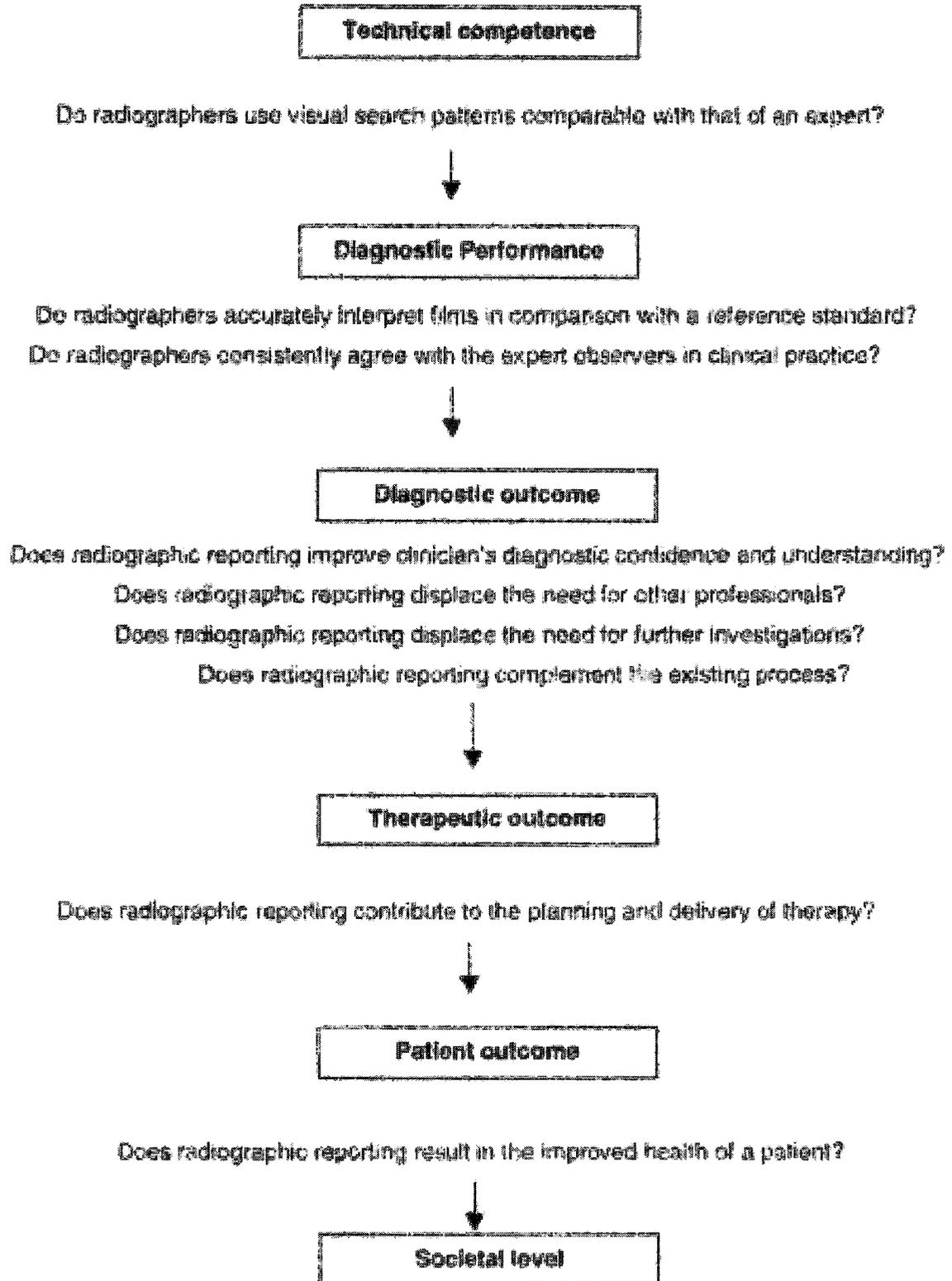
N.A. = Non Applicable.

Anexo 5 – Exemplos de estratégias para melhorar o desempenho do TR na leitura das radiografias.

(Fonte: Brealey, 2001a)

Administration	Presence of previous films; availability of relevant clinical details; number of images available; appropriateness of referrals; previous reports
Reporting policy	Timeliness of a report; proportion of films reported; dual, multiple, combined reporting; hot versus cold reporting systems; red dot system; distractions (light, noise); length of time allocated to reporting (tight schedules); time of the day (circadian rhythm)
Technical quality of the films	Patient restrictions; artefacts/technical defects; reject analysis; technique (exposure and positioning); QA of the equipment
Standardization of terminology and format	Reference atlas; order of information available; referenced images; readability (linguistic complexity); structured terminology and report formats
Training of observers	Review of errors; acquisition of new knowledge and training; directed scanning/search; checklists; logical flow charts
Assistance from computers	Computer-assisted diagnosis; digital acquisition and/or display; image-enhancement and image analysis; artificial intelligence; direct computer analysis of images
Cognitive processing	Visual search strategies; pattern recognition techniques; satisfaction of search; comparison scans (right to left; pairs of images)

Anexo 6 – Esquematização da abordagem hierárquica e a multidisciplinaridade requerida para monitorizar o efeito do relatório.
(Fonte: Brealey, 2001 a)



Anexo 7 – Linha de orientação simplificada que assegura as funções do Técnico de Radiologia
quando relata exames da Urgência
(Fonte: Brealey, 2001)

