

O técnico de radiologia na triagem ortopédica

A abordagem do técnico de radiologia na triagem ortopédica em urgência hospitalar

Ricardo Ribeiro¹, Isabel Matos²

1. Área Científica de Radiologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa. ricardo.ribeiro@estesl.ipl.pt

2. Técnica de Radiologia, Hospital de S. Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

RESUMO: **Introdução** - O presente trabalho de investigação tem como objectivo identificar o processo adoptado pelos técnicos de radiologia no desempenho das suas tarefas específicas da triagem ortopédica do referido hospital de Lisboa. **Metodologia** - Os dados foram recolhidos junto de um grupo de técnicos de radiologia da urgência de um Hospital na região de Lisboa, por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas a 11 indivíduos e analisados através da técnica da análise de conteúdo, utilizando como referencial os princípios bioéticos da autonomia dos profissionais. **Resultados** - No processo de análise, emergiram três categorias no atendimento da triagem ortopédica aos doentes: a realização do exame; a avaliação da triagem realizada pelos técnicos de radiologia; o papel dos técnicos de radiologia na triagem ortopédica. **Conclusões** - Este estudo permitiu concluir que o técnico de radiologia tem capacidade técnica de decisão na escolha das incidências radiológicas mais adequadas ao estado clínico do paciente, no contexto da triagem radiológica. O estudo revela a necessidade de formação nesta área específica.

Palavras-chave: técnico de radiologia, triagem ortopédica, urgência hospitalar.

The radiographer approach to orthopaedic triage in an emergency hospital

ABSTRACT: **Introduction** - The aim of this study was to identify and analyze the approach of the radiographers in Orthopaedic triage in a hospital emergency department. **Methods** - Eleven radiographers working in a Hospital emergency department in Lisbon were interviewed and a content analysis technique was used to evaluate the results. The bioethical principles of the professional autonomy were respected. **Results** - The qualitative analysis of the results from the collected data resulted in 3 categories: radiological examination performance; assessment of the triage process by the radiographer; the role of radiographer in the orthopaedic triage. **Conclusion** - This study allowed to conclude that the radiographer has technical capability to choose and is able to decide which is the most adequate study according to the patient's condition. The study also revealed further education needed in this specific area.

Keywords: radiographer, orthopaedic triage, emergency.

Introdução

Nos progressos mais marcantes do séc. XX, conta-se o desenvolvimento tecnológico da área médica, em particular o da radiologia. Esta evolução aliada à formação específica dos técnicos de radiologia, pode permitir reformular o conceito de prescrição de exames específicos de diagnóstico (dentro da radiologia convencional), bem como o alargamento dos limites de intervenção do técnico de radiologia^{1,2}.

O volume de trabalho que é atingido em determinados momentos nas urgências hospitalares, bem como a rapidez de actuação exigida aos vários profissionais envolvidos, traduzem-se num conjunto de procedimentos adoptados¹ que visa a minimização dos tempos da tomada de decisão e a optimização dos cuidados prestados, sem descurar a qualidade do atendimento. Neste processo são envolvidos, como parte de uma equipa multidisciplinar, os técnicos de radiologia^{1,3}.

A triagem radiológica não corresponde a uma triagem médica, mas antes a um método mais expedito nos cuidados de urgência⁴. Alguns artigos publicados sobre esta temática, defendem a prática da triagem por diversos profissionais de acordo com a sua especialidade⁴⁻⁵ na medida em que os resultados obtidos são mais eficientes.

No caso específico da triagem ortopédica, o processo crítico de selecção das incidências a realizar começa muitas vezes com a observação ou com a informação que é recolhida por parte do técnico em função das questões colocadas ao utente⁶.

O presente trabalho centra-se na actuação do técnico de radiologia em contexto de urgência hospitalar desenvolvendo-se em torno da triagem radiológica em aplicação num hospital de Lisboa, onde a triagem dos episódios de urgência monotrauma é realizada por técnicos de radiologia.

Neste, o doente ao aceder ao serviço de urgência geral, é avaliado pela enfermagem que o encaminha para determinada especialidade em função das queixas apresentadas. No caso de uma situação de monotrauma, o mesmo doente é dirigido directamente para a sala de radiologia, onde é avaliada a sua situação pelo técnico de radiologia. A partir daqui é feita uma selecção de incidências a serem executadas com vista ao melhor diagnóstico, sendo os doentes posteriormente encaminhados para o médico ortopedista¹.

Em Portugal, a utilização desta metodologia de triagem radiológica parece apenas existir nesta urgência hospitalar de Lisboa. Um estudo já realizado procurou avaliar os tempos totais de permanência na urgência em situação semelhante. Verificou-se que houve uma melhoria na satisfação do utente e na utilização dos recursos humanos e materiais¹.

Efectivamente, uma correcta triagem tem papel relevante na melhor escolha dos exames, na redução da dose de radiação ionizante aplicada a cada utente, na redução dos tempos de espera e na melhoria da qualidade do serviço prestado².

A capacidade de interpretar, analisar as ideias e a descrição das queixas dos utentes, bem como posteriormente a correcta realização do exame radiológico, passa pela existência de um pensamento crítico baseado na evidência^{2,7} e no raciocínio lógico e coerente. O qual pode ser influenciado pela idade do técnico, formação⁷⁻⁸ e experiência profissional⁹⁻¹⁰.

No presente estudo pretende-se, assim, identificar o processo adoptado pelos técnicos de radiologia no desempenho das suas tarefas específicas da triagem ortopédica do referido hospital de Lisboa.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório envolvendo a obtenção de dados descritivos sobre pessoas e processos interactivos, tentando entender o fenómeno pela perspectiva dos que estão envolvidos no mesmo¹¹. Procura ainda explorar uma realidade que, de acordo com a bibliografia consultada, se conhece pouco.

A variável em estudo é o processo adoptado por cada técnico de radiologia na triagem ortopédica. Trata-se de

uma análise lógica e cuidadosa das informações recebidas, para que as acções daí decorrentes sejam baseadas em fundamentos concretos¹². Perceber se a prática baseada na evidência e a efectividade clínica têm repercussões na qualidade dos serviços de saúde prestados na urgência, em particular na Imagiologia¹³⁻¹⁴.

De forma a recolher dados sobre este processo estabelecido pelos técnicos de radiologia do hospital em estudo na triagem ortopédica, seleccionou-se um conjunto de profissionais que exercem essas funções e que representam a amostra da população em estudo. O critério de representatividade da amostra foi o da variabilidade, o que permitiu abranger a totalidade da experiência profissional e de triagem ortopédica, sendo o problema investigado nas principais dimensões.

Os técnicos de radiologia integram o corpo deste grupo de profissionais que desenvolvem a sua actividade no serviço de urgência no hospital em estudo e possuem a licenciatura em Radiologia, sendo estas características um pré-requisito, estipulado *a priori*, para a inclusão no estudo.

Utilizou-se uma amostra de 11 técnicos de radiologia, a qual foi determinada pela fórmula de Yamene^{8,15}: $n = N / (1 + N * e)$, em que n – tamanho da amostra, N – população em estudo, e – tolerância de erro¹⁵. A população em estudo de $N=25$ técnicos de urgência e um erro de $e=5\%$. Destes, aproximadamente metade da amostra exerce funções desde a abertura do hospital e a outra metade engloba os técnicos mais recentes no serviço de radiologia.

Para a recolha dos dados, recorreu-se ao método de entrevista semi-estruturada¹⁶. Elaborou-se um guião de entrevista com 12 questões semi-abertas¹⁶. As 5 primeiras dizem respeito à caracterização demográfica da amostra e as restantes foram baseadas na bibliografia consultada, correspondendo às dimensões em estudo.

Posteriormente procedeu-se a uma análise das acções verbais que estão expressas nas perguntas do guião, como base teórica para a construção de categorias de análise ou unidades de análise que lidam com a interacção verbal. Nesse sentido, tentou-se inferir qual é a intenção que a pergunta apresenta, a temática que a questão traz e que tipo de acção verbal a interrogação contempla, de forma a identificar as intenções que estão por detrás da pergunta, a sua acção verbal e os seus elementos de conteúdo temático, recorrendo-se à análise de conteúdo¹⁷.

A análise de conteúdo é um método de tratamento da informação dos textos que pretende, por um processo de análise da diversidade presente num grande conjunto de informação expressa em linguagem verbal, torná-la mais homogénea e possível de categorizar. No presente trabalho adoptou-se a metodologia proposta por Bardin¹⁷, mais especificamente a uma análise de conteúdo do tipo temático, recorrendo à via quantitativa por contagem de frequência das categorias.

A recolha de dados foi realizada durante os meses de Maio/Junho de 2008, através de entrevistas semi-estruturadas incluindo doze perguntas abertas registadas por gravação áudio em formato digital e posteriormente transcritas na íntegra. As transcrições foram analisadas através

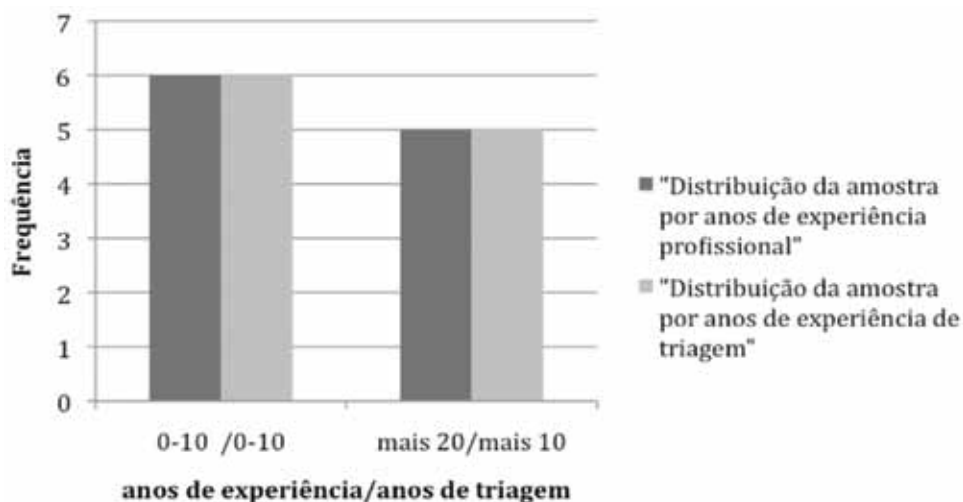


Figura 1: Distribuição da amostra por número de anos de experiência profissional e de experiência de triagem.

da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁷.

Na última fase da aplicação do método (*tratamento dos resultados obtidos e interpretação*) foram elaboradas tabelas para cada uma das questões, com as categorias, unidades de contexto e unidades de registo sublinhadas nas unidades de contexto, a codificação das unidades de registo e a frequência de cada uma das categorias. Permitiu-se, portanto, um tratamento estatístico simples para a interpretação de cada uma das questões.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra é caracterizada por uma distribuição de idades em que 5 dos 11 técnicos de radiologia entrevistados se encontram no intervalo dos 21 aos 30 anos, 1 dos 31 aos 40 anos e os restantes, 5, dos 41 aos 50 anos.

Na avaliação da experiência profissional, verifica-se uma clara diferenciação entre técnicos que exercem há mais de 20 anos (5 dos 11 técnicos) e os de formação mais recente, compreendida no intervalo de 0 a 10 anos de experiência (6 dos 11 técnicos).

Relativamente à experiência na prática da triagem ortopédica, observa-se que a distribuição coincide com a distribuição na experiência profissional, apresentada na Figura 1.

Descrição dos resultados

Das 7 questões referentes às dimensões do estudo em análise, extraiu-se um total de 22 componentes. A estas apresenta-se um somatório de frequências total de 111, distribuídas de acordo com o apresentado na Tabela 1.

Discussão dos resultados

As questões que emergiram a partir da percepção decorrente do estudo das entrevistas realizadas foram analisadas em três categorias diferentes, a seguir apresentadas: a realização do exame; a avaliação da triagem realizada pelos

técnicos de radiologia; o papel dos técnicos de radiologia na triagem ortopédica.

A realização do exame

Ao se tratar a questão da realização do exame com a respectiva escolha de incidências, categorizou-se a análise em três dimensões. A primeira diz respeito à primeira abordagem que é feita ao doente, no momento imediato da sua chegada à sala de radiologia. Aqui, alguns profissionais inquiridos referem como fundamental a análise da "área anatómica" (f=8). Em seguida surge a "história clínica" descrita pela doente (f=6) e ainda o "cumprimento inicial e respectiva apresentação" (f=5). A segunda categoria refere-se à realização do exame propriamente dito e ao procedimento do técnico de radiologia para a execução do mesmo. Neste ponto a maior frequência vai para o "posicionamento" para a realização do exame (f=9). Segue-se a observação da "zona da lesão" (f=3) e a "explicação do exame" dada pelo doente (f=1). A terceira dimensão diz respeito à escolha das incidências para o exame. Verifica-se uma maior dispersão de respostas, destacando com maior frequência a "centragem na zona afectada" (f=8). Consideram ainda os profissionais que esta avaliação é função da "experiência profissional" (f=6). De valores muito próximos surge que a escolha das incidências deriva do "relato da situação de monotrauma" (f=3) e os cuidados na "protecção radiológica" (f=2) com vista à redução do número de incidências. Apenas um inquirido referiu estar a sua observação directa ligada à escolha.

A avaliação da triagem realizada pelos técnicos de radiologia

Nesta categoria são discutidas as informações envolvidas no atendimento aos doentes: como são fornecidas e obtidas das pessoas atendidas e como são lidas pelos profissionais que sucedem aos técnicos de radiologia em todo este processo, ou seja, os médicos ortopedistas.

Foram consideradas duas dimensões: a eventual chamada

Tabela 1 (parte 1/3): Distribuição das componentes da amostra pelas suas dimensões e respectivas frequências.

Dimensões	Componentes	Freq. (f)	Indicadores (exemplos)
Primeira abordagem ao doente	Apresentação	6	"Primeiro, cumprimento a pessoa, dou-lhe as boas-tardes ..." "Primeiro digo-lhe bom-dia..." "A primeira abordagem é sempre o cumprimento ao doente."
	Área anatómica	8	".. a minha primeira pergunta é qual é a zona onde se queixa para identificar a área anatómica onde possa estar a possível lesão." "...pedir que me explique exactamente onde lhe dói. [...] Às vezes o sítio onde dói não é propriamente o sítio do traumatismo. Há ali uma dor reflexa, ou assim, tento perceber isso." "Em princípio pergunto-lhe qual é, portanto ... por que é que vem, o que é que lhe aconteceu, onde é que lhe dói, para tentar perceber o que é que vou fazer ao doente." "...pergunto qual é a zona que dói. Se é traumatismo ou se foi uma dor que apareceu. Porque o objectivo na triagem é focar exactamente o sítio da lesão ou da provável lesão [...] e direccionar directamente à zona que poderá estar afectada" "A abordagem é perguntar-lhe quando é a zona onde lhe dói [...] para poder identificar melhor [...] onde é que tem possível trauma."
	História clínica	6	"...peço para ele me indicar o que é que se passou [...]." "...pergunto a razão porque vêm ao hospital, e no caso específico do monotrauma a maneira como ocorreu a situação [...]." "Questiono sempre como é que foi a situação do trauma." "...o que é que se passou, o que é que aconteceu, no fundo qual é o motivo que o traz ao hospital, para perceber qual é a lesão [...]." "O que é que lhe aconteceu. Razão pela qual vem ao hospital."
Realização do exame	Observação	3	"Eu antes de fazer a radiografia vou tocar na zona afectada. Vou tocar com cuidado, vou perceber se aquilo que ele me está a dizer condiz com as suas queixas." "Depois observo o doente. Tento verificar as condições que ele tem para executar o exame."
	Explicação do exame	1	"Explico à senhora o exame que vou fazer e se tiver que retirar algum elemento ou colocar o doente como vou fazer o exame ... explicando o que é que vamos fazer."
	Posicionamento	9	"...vou fazer a radiografia à zona que eu considere que deve ser radiografada." "O exame que é adequado aquilo que ele se queixou, que contou." "Vou fazer o exame que eu acho que deve ser feito, em função da informação que ele me dá." "realizar as incidências que acho adequadas para aquele quadro que o doente me apresentou." "[...] posiciono o doente para fazer a radiografia." "Faço as radiografias adequadas para a lesão que me parece [...]."
Escolha das incidências	Zona afectada	8	"O ponto de aplicação. Se é uma situação traumática a zona onde se queixa, o tipo de impotência funcional e possível alteração, seja por situação de edema [...]." "Tenho em consideração a zona afectada [...]." "Em primeiro lugar sempre o local onde lhe dói, não é, a estrutura anatómica que lhe dói." "[...] à zona que foi traumatizada directamente ou à zona que dói, quando é uma zona específica." "O ponto exacto da dor, qual a irradiação dessa dor, avaliação de edema ou de hematoma na zona."
	Relato da situação	3	"Mediante aquilo que ele (doente) me diz [...]." "[...] e também a opinião do doente, tendo em conta que hoje em dia a sociedade já tem um nível de cultura bastante elevado, ao fazer uma radiografia o doente também me pode ajudar, porque sabe, mais ou menos, a zona que eu irei irradiar."
	Observação	1	"[...] algum tipo de observação e de movimentação para identificar qual é a articulação afectada ou região afectada."
	Experiência profissional	6	"Em princípio a experiência que uma pessoa já tem, em função das queixas que o doente apresenta [...]." "Porque para já na radiologia, em termos de ortopedia básica, existem duas incidências base, não é? Perpendiculares. Normalmente executo essas e, eventualmente, se vir mais qualquer alteração, posso executar qualquer complementar [...]." "[...] realizo as incidências que me permitam obter um diagnóstico seguro das lesões que me parece que o doente tem." "Tentava verificar mesmo o que é que é preciso, o que é que é a incidência que podemos verificar onde é o traumatismo."
	Protecção radiológica	2	"[...] eu tento fazer o mínimo de radiografias, para dar menos radiação, tendo em conta também a protecção radiológica." "Tento fazer o mínimo de incidências possíveis [...]."

Tabela 1 (parte 2/3): Distribuição das componentes da amostra pelas suas dimensões e respectivas frequências.

Dimensões	Componentes	Freq. (f)	Indicadores (exemplos)
Chamada de atenção pelo doente	Justificação	10	"[...] tento-lhe explicar que o exame é o suficiente para ver aquela lesão naquela zona. Tento-lhe explicar para ele perceber e não achar que estás a fazer o exame que não é o adequado à situação." "Explico ao doente, ou tento explicar ao doente porque é que estou a fazer aquele exame e o que é que justifica que eu faça aquilo em função da informação que ele me deu." "[...] o que eu faço é: explico ao doente que não, que a radiografia deve ser executada assim como eu estou a fazer, apesar de ser do lado contrário que lhe está a doer, ou ele pensar que devia ser ao contrário que se devia fazer, mas eu explico-lhe que não, que deve ser assim, porque é assim a correcta execução da radiografia." "...digo realmente para a pessoa confiar, porque estou a fazer realmente o que é correcto para localizar o traumatismo."
	Confirmação da lesão	6	"[...] uma das coisas é voltar-lhe a pedir exactamente para apontar aonde é que lhe dói [...]" "[...] eu tenho em conta aquilo que o doente me diz. Não é? Eu vou tentar perceber porque é que ele me está a dizer isso [...]" "Se o doente verificar que não é aquela a zona, mas sim uma outra, irei tentar avaliar as duas e ponderar qual será a melhor [...]" "Normalmente pergunto ao doente se é mesmo aquela zona onde realmente lhe dói, onde lhe aconteceu alguma coisa."
Chamada de atenção pelo ortopedista	Aceitação	9	"É claro que se o médico quiser, ele é soberano. Se ele quiser, lógica que faríamos aquilo que depois o ortopedista pedir." "[...] se foi por uma questão de erro, corrijo." "[...] e ajo em conformidade." "[...] eu satisfaço as pretensões dele e executo o que ele pretende." "Se realmente se verificar que se trata de um lapso meu, aceito obviamente e terei que efectuar a correcta." "Se por acaso eu tiver feito uma má incidência, nesse caso aceito a ordem, faço novamente outro exame e verifico que fui eu que errei."
	Pedir justificação	3	"Tento que ele me explique porquê, qual a razão porque é que não fiz. [...]" "Discuto com ele, qual é então a real localização da lesão [...]" "[...] perguntaria se ele acha que deveríamos fazer uma outra incidência e qual, qual seria a indicada."
	Dar justificação	6	"Eu tento falar com ele e tento-lhe explicar que foi o que eu achei mais correcto. Vou-lhe explicar que fiz o que achava mais correcto e que tentei fazer a zona afectada [...]" "Tento-lhe explicar que se não fiz. Se foi por uma questão de o doente não permitir ou não ter condições, explico-lhe isso." "O que lhe respondo é que o exame que fiz foi em relação ao que o doente disse oralmente [...]"

de atenção por parte do doente e a chamada de atenção por parte dos ortopedistas. A primeira envolve, na maioria dos casos, um desconhecimento da realização do exame em termos de posicionamento por parte dos doentes, questionando o técnico na forma como o exame está a ser realizado. Os profissionais tendem para a "justificação" (f=10), ou verificam de novo a "localização da lesão" (f=6). A segunda dimensão é na maioria das respostas assumida como rara ou nunca ocorrida, sendo as respostas à questão levantada, colocadas no condicional. A maioria dos profissionais aceita o que lhe é referido pelo médico especialista, reconhecendo-lhe uma competência, conhecimento e autoridade mais elevadas (f=9); nalguns casos é pedida uma justificação (f=3) e noutras situações os técnicos justificam as opções que tomaram, verbalizando-as (f=5).

O papel dos técnicos de radiologia na triagem ortopédica

A necessidade da discussão do papel praticado pelos técnicos de radiologia no quotidiano do seu exercício

profissional, a competência que transmite a outros profissionais de saúde em especial aos médicos ortopedistas e a imagem que proporciona aos doentes, as suas dificuldades, necessidades de mudanças e algumas sugestões, são pontos emergentes que surgem das manifestações dos entrevistados, em especial nas duas últimas questões.

Assim, nesta categoria, consideraram-se duas dimensões. A primeira que questiona a verdadeira competência dos técnicos de radiologia para a prática da triagem ortopédica em contexto de urgência hospitalar. Observa-se que há um sim manifesto em todas as respostas, sendo no entanto referido por metade dos inquiridos que esta competência deriva em muito da experiência profissional adquirida com a prática e com o decorrer dos anos, as quais são referidas pelos profissionais com maior número de anos de profissão. A segunda dimensão aponta para a forma como o processo de triagem ortopédica se encontra implementado. Em três dos casos há acordo quanto à manutenção do processo existente, por considerarem correcto e funcional. Apenas um inquirido refere a alteração do processo com a execução da triagem a ser executada por médicos. No entanto,

Tabela 1 (parte 3/3): Distribuição das componentes da amostra pelas suas dimensões e respectivas frequências.

Dimensões	Componentes	Freq. (f)	Indicadores (exemplos)
Competência do técnico de radiologia para realização de triagem ortopédica	Detém	6	<p>"Eu acho que sim. [...] Porque o técnico de radiologia é o profissional mais habilitado para saber que incidências é que deve fazer para cada estrutura e mais especificamente no monotrauma."</p> <p>"Eu julgo que sim, acho que tem competência para fazer triagem."</p> <p>"Eu penso que o resultado é bastante positivo. [...] Acho que sim, lá está, claro que às vezes há pequenos pormenores, pequenas situações clínicas que nós podemos não dominar, mas numa apreciação global acho que sim."</p> <p>"Eu penso que sim, até porque pela curta experiência que tenho acho a maioria das vezes nós fazemos as radiografias certas. [...] Eu acho que sim, que tem competências para o fazer."</p>
	Experiência clínica	6	<p>"Só no início da sua carreira profissional em emergência ... penso que não completamente. Devido à sua ... menor experiência em ...na abordagem destas situações, mesmo com uma situação de já requisitada pelo médico. Assim, isto implica já alguma experiência para poder ... vá lá, triar e decidir qual a melhor incidência."</p> <p>"Eu só considero dois profissionais que consigam perceber isso tão bem como um técnico de radiologia: é o médico ortopedista (estamos a falar de monotrauma) e um médico radiologista."</p> <p>"[...] depois tens sempre o complemento do médico[...]. Vais tentar fazer, mas tens sempre um complemento a seguir do médico que vai ver o doente. E se for o suficiente, tudo bem. Ainda bem, facilitaste um bocado ali o trabalho e o processo todo do doente na urgência."</p> <p>"Essa é uma pergunta um pouco difícil de responder porque envolve muitas variantes. [...] deverá, claro que com uma primeira fase de treino com os colegas mais velhos que já lá estão [...] nem todos estão preparados para o fazer. [...] É um facto, todos têm que ter experiência, mas alguns colegas de algumas escolas poderão estar mais preparados para receberem uma formação e uma integração na área, apreendem os conhecimentos e ficam logo aptos a nível profissional a executá-los. Outros, vindos de outras escolas, menos bem preparados, com o mesmo tipo de integração profissional, ainda assim, não ficam aptos, numa primeira fase, eles fazerem triagem a nível ortopédico."</p>
Processo de triagem existente	Manter	3	<p>"Não, acho que a forma como o processo está no hospital é adequada [...]."</p> <p>"Eu acho que está correcto."</p>
	Alterar	2	<p>"Como eu digo, deveria ser feito por médicos."</p> <p>"Isto à partida a triagem deveria ser feita, e era para ser feita por médicos. Pronto, e isso aí seria uma triagem mais qualificada."</p>
	Formação na escola	3	<p>"Eu penso que a nível da escola. Ter a escola logo a preparar os técnicos para essa possibilidade [...]"</p> <p>"A nível da nossa licenciatura poderíamos ter, talvez, mais uma parte traumática."</p>
	Formação no hospital	6	<p>"Talvez uma formação em sala. Reuniões técnicas inerentes ao serviço para tentar de alguma forma homogeneizar atitudes e comportamentos para melhorar esse tipo de metodologia."</p> <p>"[...] podia ser realmente uma pós-graduação muito específica feita com ortopedistas"</p> <p>"Para os profissionais que exercem aqui no hospital, sim [...]"</p> <p>"Acho que era a melhor opção mas dada por um ortopedista."</p>

apontam para uma complementaridade a nível de formação (f=9), de forma a que este processo se dê de maneira mais qualificada: 3 inquiridos apontam para uma alteração dos currícula escolar, com novos profissionais habilitados desde logo à correcta execução de triagem; 6 inquiridos apontam para uma formação *in loco*, mais dirigida à realidade da urgência do hospital em estudo, podendo essa formação ser ministrada por ortopedistas.

De acordo com os dados obtidos, observa-se que o processo que se encontra na base da abordagem ao doente por parte do técnico de radiologia no caso em estudo, reflecte muito da experiência profissional de cada um, devendo os novos técnicos ser integrados num serviço de urgência de uma forma mais cuidada, com maior acompanhamento por parte de técnicos mais experientes e eventual formação complementar, sendo esta uma missão das instituições de ensino, mas também das instituições que prestam cuidados de saúde. Quando essa formação envolve atendimento

específico prestado à comunidade e realizado por técnicos de radiologia, a situação assume características diferentes do simples processo de triagem de informação e de conhecimento, pois implica manuseamento de radiação ionizante, contacto muito próximo com o doente e acesso a informação pessoal, íntima e, eventualmente, delicada, de cada utente. Engloba todo este processo, uma vertente técnica muito específica, com segurança de conhecimentos da área clínica, mas igualmente uma vertente humana.

No entanto, é também visível que, aquando da selecção das incidências radiológicas específicas, a decisão técnica é baseada na aplicação directa à estrutura anatómica afectada, o que não significa necessariamente a origem da lesão, ou então é baseada na experiência profissional, a qual é indefinida (não foi objectivo deste estudo identificar o mecanismo de aquisição de competências gerado pela experiência profissional). Este aspecto é ainda mais evidente, quando os técnicos são confrontados pelo doente,

visto que, mesmo após todo o processo que levou à decisão técnica, vão confirmar o local da lesão.

A falta de informação e esclarecimento dos doentes sobre os procedimentos técnicos da área da radiologia, poderá implicar uma leitura errada das competências destes profissionais, se não devidamente esclarecidas quando solicitadas. Verifica-se assim que existe uma preocupação do técnico na justificação e confirmação do exame efectuado, quando confrontado com o doente.

No que respeita à avaliação crítica dos médicos ortopedistas relativamente ao desempenho dos técnicos na triagem ortopédica, verifica-se uma satisfação com a prática daqueles profissionais.

É necessário discutir as práticas de ensino como práticas dirigidas a contextos muito específicos, tentando conciliar os ideais formativos com as necessidades reais das instituições de saúde. Nesse contexto, o técnico de radiologia com alguma experiência profissional na área da triagem ortopédica, tem um papel importante na formação dos futuros profissionais. Ele pode representar um modelo de referência quanto à sua aptidão técnica, ou quanto à sua atitude diante das situações particulares de urgência hospitalar.

Conclusões

A avaliação da possibilidade de melhoria no processo de triagem realizada pelos técnicos de radiologia só muito recentemente tem sido reconhecida⁶.

Quanto ao processo que se desenrola por parte destes profissionais para a realização destas práticas, verifica-se que ele se baseia na observação directa do doente e da zona anatómica com queixas, bem como no relato da situação de monotrauma ocorrida e relatada pelo doente.

A competência dos técnicos de radiologia para a realização da triagem ortopédica passa em parte pela experiência profissional dos mesmos (conforme é referido por 50% dos inquiridos), existindo uma concordância tanto por parte dos técnicos com maior experiência profissional, como dos técnicos recém-licenciados.

Como considerações finais refira-se que os técnicos de radiologia inquiridos possuem conhecimentos suficientes para realizar triagem ortopédica em casos de monotrauma. No entanto e indo no sentido de uma possível especialização do técnico de radiologia, este processo deve-se basear em competências adquiridas em formações específicas (pós-graduações), aliadas a uma prática clínica no próprio hospital.

Recomenda-se a realização de outros trabalhos que visem ao estudo e optimização dos procedimentos em radiologia ortopédica de urgência. Análises mais sistemáticas são necessárias de forma a combinar as evidências da triagem ortopédica e a definição de técnicas e procedimentos.

Referências bibliográficas

1. Valbom C. Contributo para a efectividade na urgência hospitalar. 2001. 119 p. Located at: Centro de Documentação

- e Informação, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Monografia desenvolvida no âmbito da disciplina de Investigação Aplicada II, do 4º ano do Curso Superior de Radiologia 2000/2001; RLGIA VAL 2652. Portuguese
2. Applegate KE. Continuous quality improvement for radiologists. *Acad Radiol.* 2004 Feb;11(2):155-61.
 3. Brealey S, Scally A, Hahn S, Thomas N, Godfrey C, Crane S. Accuracy of radiographers red dot or triage of accident and emergency radiographs in clinical practice: a systematic review. *Clin Radiol.* 2006 Jul;61(7):604-15.
 4. Gerdtz MF, Bucknall TK. Why we do the things we do: applying clinical decision-making frameworks to triage practice. *Accid Emerg Nurs.* 1999 Jan;7(1):50-7.
 5. Renwick IG, Butt WP, Steele B. How well can radiographers triage x ray films in accident and emergency departments? *BMJ.* 1991 Mar 9;302(6776):568-9.
 6. Eng J. Getting started in radiology research: asking the right question and identifying an appropriate study population. *Acad Radiol.* 2004 Feb;11(2):149-54.
 7. Edwards H. Critical thinking and the role of the clinical ultrasound tutor. *Radiography.* 2006 Aug;12(3):209-14.
 8. Niemi A, Paasivaara L. Meaning contents of radiographers' professional identity as illustrated in a professional journal: a discourse analytical approach. *Radiography.* 2007 Nov;13(4):258-64.
 9. Castle A. Assessment of the critical thinking skills of student radiographers. *Radiography.* 2006 May;12(2):88-95.
 10. Agwu KK, Ogbu S, Okpara E. Evaluation of critical thinking application in medical ultrasound practice among sonographers in south-eastern Nigeria. *Radiography.* 2007 Nov;13(4):276-82.
 11. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência; 2003.
 12. Jackson C. Assessment of clinical competence in therapeutic radiography: a study of skills, characteristics and indicators for future career development. *Radiography.* 2007 May;13(2):147-58.
 13. Upton D. Clinical effectiveness: how much do radiographers know about it and what do they think of the concept? *Radiography.* 1999 May;5(2):79-87.
 14. Watton P, Collings J, Moon J. Reflective writing: guidance notes for students [Internet]. University of Exeter; 2001. Available from: www.exeter.ac.uk/employability/students/reflective.rtf
 15. Israel GD. Determining sample size: PEOD6 [Internet]. Institute of Food and Agricultural Sciences, University of Florida; 2003. Available from: <http://edis.ifas.ufl.edu/pdf/IFAS/PD/PD00600.pdf>
 16. Ghiglione R, Matalon B. O inquirido: teoria e prática. 3ª ed. Oeiras: Celta Editora; 1997.
 17. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

Artigo recebido em 23.10.2008 e aprovado em 22.01.2009.