

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SETOR DE RADIOLOGIA:

RELATO DE EXPERIÊNCIA

HUMANIZATION OF THE ADMINISTRATION IN THE RADIOLOGY SECTOR:

EXPERIENCE REPORT

Deni Pantoja da Rocha Lacerda¹

Exedito Paiva do Nascimento²

Fabiana da Silva Vieira³

Karina Barreto Farias⁴

RESUMO: A humanização na área da saúde refere-se a uma prática que busca oferecer melhores condições de trabalho aos seus profissionais e pacientes, assim, a 'humanização' é a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Deve-se compreender que a relação paciente e profissional, neste caso de Tecnólogo em Radiologia, tem que ser de qualidade, desde a prestação de um bom atendimento à realização de um bom exame. A complexidade do serviço de radiologia gera reflexões que perpassam por questionamentos, tais como, que dificuldades o serviço de radiologia enfrenta, no qual, implica em realizar práticas mais humanizadas? Estudos voltados para essa temática ainda geram constantes produções científicas, o que nos remete a pensar que é tímido o debate à cerca da humanização no serviço de radiodiagnóstico. O objetivo deste trabalho foi analisar e relatar as principais dificuldades do serviço público de radiologia em oferecer atendimento humanizado. O referido artigo está pautado em estudo descritivo, por relato de experiência com abordagem qualitativa e foi durante as atividades interdisciplinares em instituições públicas e privadas no serviço de radiologia que se percebeu a falta de uma prática mais humanizadas durante a prestação do serviço. Os resultados obtidos foram falhas na comunicação, comprometimento estrutura e falhas no equipamento foram fatores que implicam na prática humanizada. Ficou claro que através desses fatores torna-se um desafio para o serviço de diagnóstico por imagem dessas unidades refletir e buscar alternativas que possam propiciar a prática de um atendimento pautado na humanização.

Palavras-chave: Humanização. Atendimento. Radiologia.

ABSTRACT: Humanization in the health area refers to a practice that seeks to offer better working conditions to its professionals and patients, thus 'humanization' is the valuation of the subjects' change processes in health production. It should be understood that the patient and professional relationship, in this case Radiology Technologist, has to be of quality, from the provision of a good service to the accomplishment of a good examination. The complexity of the radiology service generates reflections that go through questions, such as, what difficulties does the radiology service face, in which, implies to carry out more humanized practices? Studies focused on this theme still

¹ Acadêmica do Curso de Tecnólogo em Radiologia da Faculdade de Tecnologia de Macapá – META; E-mail: denipantoa1544@hotmail.com

² Acadêmico do Curso de Tecnólogo em Radiologia da Faculdade de Tecnologia de Macapá – META; E-mail: expeditopaiva@bol.com.br

³ Acadêmica do Curso de Tecnólogo em Radiologia da Faculdade de Tecnologia de Macapá – META; E-mail: norteplacas.7@gmail.com

⁴ Professora Orientadora; E-mail: karinafarias@yahoo.com.br

generate constant scientific productions, which leads us to think that the debate about humanization in the radiodiagnosis service is timid. The objective of this work was to analyze and report the main difficulties of the radiology public service in offering humanized care. This article is based on a descriptive study, based on experience with a qualitative approach and it was during the interdisciplinary activities in public and private institutions in the radiology service that it was noticed the lack of a more humanized practice during the service rendering. The results obtained were failures in communication, compromised structure and equipment failures were factors that imply in humanized practice. It was clear that through these factors it becomes a challenge for the imaging diagnostic service of these units to reflect and look for alternatives that may lead to the practice of humanized care.

Keywords: Humanization. Attendance. Radiology.

1 INTRODUÇÃO

O termo humanização, é usado constantemente nas mais diferentes esferas, e cada vez mais torna-se difícil de explicar em tempos marcados por avanços tecnológicos. Diante de um cenário de trabalho que cobra cada vez mais agilidade e eficiência, a área da saúde que acaba, por vezes, sofrendo com os sintomas da desumanização em seus serviços. No campo direcionado ao diagnóstico por imagem, não é diferente, principalmente por uma forte interação com a área tecnológica, grande rotatividade de paciente e diversidade na complexidade da realização exames, pode ou está dificultando a prática de um atendimento humanizado.

No campo das políticas públicas de saúde ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários, trabalhadores e destes entre si.

A humanização em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos (CAMPOS, 2000), de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão). Este volta-se para as experiências concretas, se dá por considerar o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável, entretanto, dos movimentos coletivos que o constituem.

Orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão, a ‘humanização’ se expressa a partir de 2003 como Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004). Como tal, comprometeu-se com a construção de uma nova relação, entre as demais políticas e programas de saúde, nas instâncias de efetuação do Sistema Único de Saúde (SUS), e entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde. O aumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos com gestivos da produção de saúde e do grau de corresponsabilidade no cuidado, são decisivos para a mudança que se pretende.

Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso, falamos da ‘humanização’ do SUS (HumanizaSUS) como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas. Define-se, assim, a ‘humanização’ como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde.

Deve-se compreender que a relação paciente e profissional, neste caso de Tecnólogo em Radiologia, tem que ser de qualidade, desde a prestação de um bom atendimento à realização de um bom exame. No código de ética dos profissionais de radiologia, o mesmo afirma que o alvo de toda a atenção do tecnólogo, técnico e auxiliar de radiologia é o paciente em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade técnica e profissional. O benefício oferecido pelo serviço de radiologia deve ser cumprido em todas as cadeias do processo, o que significa atender o princípio da integralidade.

A complexidade do serviço de radiologia gera reflexões que perpassam por questionamentos, tais como, que dificuldades o serviço de radiologia enfrenta, no qual, implica em realizar práticas mais humanizadas? Estudos voltados para essa temática

ainda geram constantes produções científicas, o que nos remete a pensar que é tímido o debate à cerca da humanização no serviço de radiodiagnóstico.

E foi durante as atividades interdisciplinares em instituições públicas e privadas no serviço de radiologia que se percebeu a falta de uma prática mais humanizadas durante a prestação do serviço. Diante dessa inquietação foi oportunizado o acompanhamento das rotinas desenvolvidas no serviço de imagem durante os estágios obrigatórios que gerou a seguinte problemática norteadora desse estudo “Quais as dificuldades enfrentadas no serviço público de diagnóstico por imagem em Macapá, em oferecer um atendimento de caráter humanizado aos usuários?”.

Diante do exposto este trabalho teve como objetivo, relatar as principais dificuldades do serviço público de radiologia em oferecer atendimento humanizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HUMANIZAÇÃO: A CHAVE DE UM SERVIÇO DE SAÚDE DE QUALIDADE

Muito se tem discutido a respeito da humanização no atendimento hospitalar devido, principalmente, à vulnerabilidade do paciente e ao confronto entre tecnologia e humanização. No entanto, os estudos têm dado pouca ênfase à relevância dessa temática nos atendimentos de atenção básica, onde o sujeito não é, muitas vezes, um cliente adoecido, mas que da mesma forma necessita e busca um atendimento de qualidade e humanizado (SIMÕES et al, 2007, p.440).

O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que, a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (CORREA et al, 2005, p.11).

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento.

Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (RIZZOTO, 2002, p. 9).

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003. Seu propósito é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008a)

Nesse sentido, as principais prioridades nas quais a PNH tem investido são:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc);
- Buscar contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, co-responsabilizando esses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Produzir conhecimento e desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Aprimorar e ofertar/divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças

sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde;

- Implementar processos de acompanhamento e avaliação na/da PNH, na perspectiva de produção de conhecimento, incluindo metodologias e informações para aprimoramento da gestão, ressaltando análises e saberes gerados no próprio processo de construção de redes. Aponta-se, com isso, para a valorização dos processos coletivos e experiências exitosas, a serem colocadas em situação de análise (fazendo e aprendendo a partir da análise de experiências).

A Política Nacional de Humanização se propõe a um processo de criação que a um só tempo envolve dimensões éticas, estéticas e política. “Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética por se tratar do processo de produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (BRASIL, 2006).

A PNH apresenta-se, então, como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação. Por definição, a PNH assenta-se em três princípios:

- Transversalidade - entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos. Uma política que aposta na afecção e na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos;
- Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde - entre a política e a clínica, entendidas como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde - que informam as práticas e conformam o campo das tecnalidades - como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro; e
- Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos - aposta na ação transformadora dos sujeitos no mundo, que o produzem criando a si próprios.

A PNH faz uma aposta política, buscando que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. Esta radicalidade afirma-se, mais ainda, na proposição da PNH ganhar a dimensão de política pública porque é transversal às demais ações e programas de saúde e porque atenta ao que, como movimento social, dialoga e tenciona com suas proposições (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, 2005b).

2.2 SERVIÇO DE RADIOGNÓSTICO

Em meados do século XIX, o corpo humano era visualizado somente através de incisões em cadáveres. Com a descoberta de Rotgen foi possível iniciar estudos de cunho anatômico-radiográficos e fisiológicos-fluoroscopia. Logo foi percebida a importância da radiodiagnóstico para a saúde, pois dava outro rumo às práticas médicas (NAVARRO, 2009).

Com a rápida evolução tecnológica dos equipamentos e suas aplicações na medicina, levaram também a necessidade de que os temas relativos às radiações ionizantes fizessem parte da formação de médicos, físicos, técnicos, engenheiros, enfermeiros, e profissionais da Saúde Pública. A OMS fez questão de elaborar várias alertas relacionadas aos benefícios e riscos, dessa maneira a acessibilidade passou a ser discutida sobre várias vertentes, principalmente ao grande avanço que proporcionado às práticas médicas desde o auxílio na definição do diagnóstico como no acompanhamento do tratamento (NAVARRO, 2009).

No Brasil, de acordo com as diretrizes do SUS, o serviço de diagnóstico por imagem está incluído na atenção secundária e terciária de assistência em saúde, caracterizando-o como um serviço de média e alta complexidade, com recursos de média e alta tecnologia (BRASIL, 2011).

Para que o serviço de radiodiagnóstico possa contribuir salvando vidas e aumentando a expectativa de vida, é necessário que sejam realizados de forma adequada,

não deve ser tratado como uma caixa de ferramentas em que todas as ferramentas são retiradas, aleatoriamente, e utilizadas por tentativa e erro. O exame de radiodiagnóstico serve para confirmar uma suspeita clínica e para realização de programas de screening (NAVARRO, 2009).

O nível de qualidade dos serviços de radiodiagnóstico e seu consequente papel para o sistema de saúde estão associados basicamente ao nível de formação técnica, científica e ética dos profissionais e da sociedade. Para que princípios como equidade, integralidade e participação social do usuário, entre outros, possam se efetivar, é necessário que as práticas de saúde sejam revistas, reconhecendo-se que o direito à saúde é uma questão de cidadania (BRASIL, 2011).

3 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi realizado durante o estágio supervisionado da matriz curricular obrigatória do curso de Tecnólogo em Radiologia, da Faculdade de Tecnologia do Amapá – META, no período compreendido entre março à junho e agosto à novembro de 2017, duas vezes por semana, decorrente ao 5º e 6º semestre. Ocorreu nas dependências dos Setores de Radiologia das Unidades de Assistência em Saúde Hospitalares Públicas de Pronto Atendimento, que foram denominadas Unidade Hospitalar 1 e 2 (UH1 e UH2) autorizadas para as atividades. O perfil da clientela recebida por cada unidade era diferenciado, pois a UH1 recebia o público adulto e a UH2 recebia o público infanto-juvenil. As atribuições do estagiário neste contexto incluíram no primeiro momento: adaptação, observação e auxílio aos profissionais atuantes do departamento, no segundo momento atuava-se à frente do atendimento e realizações dos exames com a presença do supervisor de estágio.

A metodologia empregada foi descritiva, reflexiva e analítica. Consiste em um relato de experiência, resultado de reflexão que integra a construção teórica e as experiências vivenciadas. Um estudo de pesquisa descritiva que tem como característica observar, registrar, analisar e descrever os fatos ou fenômenos (MATTOS et al, 2008). Com intenção de dar conta do objetivo proposto, optou-se pela abordagem qualitativa.

Pois:

[...] a Pesquisa Qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa com nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, o trabalho com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008, p 21)

Como forma de registro das atividades, utilizou-se o diário de campo, no qual, resultou em 64 registros. Para análises dos dados, foram lidos todos os levantamentos de dados, através de leituras (pré-leitura, flutuante e analítica). Posterior a esse procedimento foi categorizado as informações mais recorrentes, em que resultou em três categorizações: a) falha de comunicação; b) estrutura física e c) falha dos equipamentos. O embasamento das discussões foi fundamentado em artigos científicos da base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e dissertações que apresentavam descritores como humanização em saúde, serviço de radiologia, radiodiagnostico, no período de seis meses. Tendo em vista, a dificuldade de produções científicas dos temas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 FALHA DE COMUNICAÇÃO

De acordos com registros realizados durante o período de estágios, foram recorrentes os episódios de falha de comunicação entre profissional e paciente nas UH1 e UH2, conforme o quadro 01, abaixo:

Quadro 1 - Falhas de comunicação mais frequentes nas UH1 e UH2

UH1	UH2
-----	-----

<p>1) Não chamar o paciente por nome, e referi-lo de “próximo”;</p> <p>2) Não foi observado apresentação do profissional para o paciente;</p> <p>3) Não foi observado esclarecimento de uma comunicação assertiva dos procedimentos dos exames para o paciente;</p> <p>4) Orientações de posicionamentos feito a distância do paciente;</p> <p>5) Não confirmação da localização atômica, que levava repetição do exame;</p> <p>6) Expressões faciais fechadas, sem cordialidade;</p> <p>7) Diálogos sem empatia;</p> <p>8) Discussões e conflitos com paciente;</p> <p>9) Falta de comunicação entre os profissionais.</p>	<p>1) Não foi observado apresentação do profissional para o responsável;</p> <p>2) Não foi observado esclarecimento de uma comunicação assertiva dos procedimentos dos exames para o paciente;</p> <p>3) Orientações de posicionamentos feito a distância do paciente;</p> <p>4) Não confirmação da localização atômica, que levava repetição do exame;</p> <p>5) Diálogos sem empatia;</p> <p>6) Falta de comunicação entre profissionais.</p>
---	---

FONTE: Produção própria.

Conforme Rego (2013), a forma como os profissionais se comunica, corresponde a forma de como se relaciona com as outras pessoas. Através da comunicação, os profissionais constroem laços de cooperação, estabelecem o nível de ajuda que disponibilizam e que recebem em consequência, incentivam a partilha de informação e promovem a abertura comunicacional, esperando-se assim que os indivíduos desenvolvam atitudes e comportamentos correspondentes e desejados (REGO, 2013). Quando não atinge todas as competências da comunicação, ocorre as falhas na comunicação que geram conflitos, é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos têm impacto ao paciente.

Segundo Leitão (2014), a comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente em contexto hospitalar, é cada vez mais encarada como um componente

fundamental e a valorizar, não apenas pela sua extrema importância na relação entre o profissional de saúde e o doente, mais pelo fato de constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados prestados.

No estudo realizado por Duarte e Noro (2013), sobre humanização do atendimento no setor radiologia em Rio Grande do Sul, constatou-se falha de comunicação em vários níveis, assim como os resultados em tela.

A demanda do número de exames realizados no setor de Radiologia faz com que alguns profissionais se sintam sobrecarregados, alegando ser um dos fatores prejudiciais ao atendimento humanizado. No estudo de Duarte e Noro (2013), foi possível evidenciar fatores inerente a vontade dos profissionais em querer ofertar um atendimento humanizado, como apresentado no depoimento de um profissional que relata as dificuldades “*A sobrecarga de trabalho, pela falta de profissionais, dificulta o atendimento humanizado*”. Sabe-se que muitas posturas são decorrentes por problemas de gestão que acabam interferindo no oferecimento de um serviço mais humanizado.

Ao ser evidenciado que havia falhas nas orientações de posicionamento, o profissional deixa de cumprir seus deveres. Conforme o Código de Ética e Deontológico dos profissionais da área de Radiologia são deveres explicitar o exame ao doente, disponibilizando-se para clarificar qualquer procedimento, do melhor modo possível; posicionar o doente e o equipamento corretamente, monitorizando-o durante os exames e ou tratamentos, confortando-o emocionalmente sempre que necessário e garantindo toda a sua privacidade.

A relação com o doente, assume um papel fundamental em todo o processo, podendo determinar o estado psicológico do doente antes, durante e após o exame, podendo eventualmente em causa a qualidade do exame. O técnico deve também 1) respeitar o doente, no quadro jurídico e deontológico, estabelecendo a salvaguarda dos valores fundamentais que colocam o Ser Humano acima de qualquer outra consideração, 2) deve criar as condições de prestação de cuidados de saúde adaptadas às características físicas, psicológicas e sociais do doente, expurgando qualquer tipo de discriminação (LEITAO, 2014).

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter

constantemente um sorriso nos lábios, mas, é além disso, é compreender os medos, angústias e incertezas, é dar apoio e atenção permanente ao paciente. É também procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente, e valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos elementos implicados na assistência. Na realidade, a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre as pessoas em geral”.

4.2 ESTRUTURA

A estrutura oferecida por ambas unidades UH1 E UH2 apresentaram vários comprometimentos, descritos no quadro 02:

Quadro 02 - Características das estruturas das UH1 E UH2

UH1	UH2
1) Falta de acomodações para paciente; 2) Falta de acomodações adequadas para profissionais; 3) Iluminação comprometida; 4) Falta de higienização; 5) Não disponibilização móveis (cadeiras, macas).	1) Falta de acomodações para paciente; 2) Falta de acomodações para profissionais; 3) Iluminação comprometida; 4) Falta de higienização; 5) Espaço pequeno; 6) Não disponibilização de móveis (cadeiras, macas).

FONTE: Produção própria

Estudo realizado por Da Rosa (2011), identificou problemas estruturais que implicam e interferem na qualidade do serviço radiodiagnóstico em instituições públicas. Ao refletir na luz da PNH, nota-se que há muito o que se fazer nas unidades estudadas, pois não é perceptível princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção

e gestão e do fortalecimento do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006).

4.3 FALHA DOS EQUIPAMENTOS

Durante o período de experiência no estágio, notou-se por vários momentos a paralização do serviço, por problemas relacionados à falhas no funcionamento dos equipamentos em ambas as unidades. O que ocasionava tumulto e atrasos de horas e até mesmo de dias, tanto na realização, quanto na entrega dos resultados.

Percebeu-se que não havia uma rotina programada para manutenções preventivas dos equipamentos. Segundo Vinhas (2007), este tipo de manutenção é de grande importância, não só pelos serviços de conservação, ajustes, eliminação de defeitos e inspeção, realizados sistematicamente com o propósito de evitar falhas operacionais, mas também porque fornece informações acerca da confiabilidade e disponibilidade operacional do equipamento. Conforme a portaria 453/98 do Ministério da Saúde, que discorre s os equipamentos devem ser submetidos vários testes, devendo ser realizados em diferentes periodicidades (BRASIL, 1998).

Na radiologia os equipamentos têm evoluído constantemente. Por exemplo, na radiologia intervencionista, costumam ser sofisticados e devem estar em boas condições de uso, pois um simples problema, como o não funcionamento adequado do colimador, pode gerar erros como artefatos na imagem e exposição a mais do paciente e da equipe às radiações ionizantes (PERREIRA et al, 2015).

Diante da situação observada, entende-se que há necessidade de ajuste no processo de gestão. De acordo com Silva, 2006, o novo estilo de gestão pública decorre da necessidade de discutir o papel e as formas de funcionamento de uma organização, com intuito ao atendimento das demandas atuais através da implantação de programas voltados para o aumento da eficiência e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Para Osborne (*apud MACHADO et al*, 2001), a organização pública deve seguir a estratégia do cliente, quer dizer, dar prioridade total para o cliente-cidadão. Para tanto, os gestores públicos necessitam adquirir novas competências que priorizem o diálogo, através da

construção de sistemas de comunicação, parcerias e resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, a realização deste estudo evidenciou as dificuldades que implicam nas práticas de um atendimento humanizado nos serviços de radiodiagnóstico em hospitais de pronto atendimento público. Ficou claro que através desses fatores torna-se um desafio para o serviço de diagnóstico por imagem dessas unidades refletir e buscar alternativas que possam propiciar a prática de um atendimento pautado na humanização.

Ao refletir na luz da PNH, nota-se que há muito que se fazer nas unidades estudadas, pois não é perceptível princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão e do fortalecimento do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e coletivos.

Portanto, espera-se, que os dados deste estudo contribuam para a construção de novos trabalhos abrangendo a temática, e que os profissionais da equipe de enfermagem que atuam em setores de radiologia possam beneficiar-se e utilizá-los em seu cotidiano. Enfatiza-se a importância de mais estudos sobre esses setores, tendo em vista a escassez de produções, o que promoverá maior conscientização das organizações e dos investigadores para a humanização nesses serviços.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citação em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6023**: informação e documentação: elaboração: referências. Rio de Janeiro, 2002.

BENEVIDES, R. PASSOS E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Rev Ciênc. Saúde Coletiva. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300014&script=sci_abstract&lng=p t. Acesso em: 24 Out. 2017.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da saúde**. 2008. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>. Acesso em: 10 Out. 2017.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 12 Out. 2017.

_____. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 12 Out. 2017.

_____. **Cartilha da PNH: Acolhimento nas práticas de produção e saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 12 Out. 2017.

_____. **Cartilha da PNH: Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 12 Out. 2017.

_____. **Programa Nacional da Assistência Hospitalar**. Brasília (DF): MS; 2000. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 25 Out. 2017.

_____. **Manual de condutas médicas: Programa de Saúde da Família**. Brasília (BR): MS; 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 25 Out. 2017.

CAMPOS, G. W. **Um Método para Análise e Co-Gestão dos Coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CORRÊA, A.K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Rev. Latino-American. Enferm. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 22 Nov. 2017.

DUARTE, M.; NORO, A. A humanização do atendimento no setor de radiologia: Dificuldades e Sugestões dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm**. 2013 Jul/Set; 18(3):532-8

DA ROSA, Juliana Ribeiro Cunha et al. Gestão da qualidade em um setor de radiologia hospitalar: Um estudo no Centro de diagnóstico por imagem (Santa Catarina). **Revista**

Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line, Desde 2011.

LAMELA, D.; BASTOS, A. **Comunicação entre os profissionais de saúde e o idosos: revisão de investigação**. São Paulo, 2012.

LEITAO, P. A. **Características da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes como indicadores da qualidade de exames de ressonância magnética, num serviço de radiologia**. Dissertação. Universidade de Évora. Évora, 2014.

MATTOS, M.G; ROSSETTO, A.J; BLECHER, S. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação**. São Paulo: Phorte, 2008.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos; 2007.

MINAYO, M. S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NAVARRO, M.V.T. **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009, 166 p. ISBN 978-85-232-0620-8. Available from SciELO Books. Disponível <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 25 Out. 2017.

OSBORNE, M. "The Determinants of Earnings: A Behavioral Approach." *Journal of Economic Literature*, 2001.

PERREIRA, A.L. **Soluções no serviço de radiologia no âmbito da gestão: uma revisão da literatura**. *Set/Out;48(5):298–304*, 2015.

REGO, A. **Comunicação Pessoal e Organizacional- Teoria e Prática**. (3ª edição). Edições Sílabo, 2013.

RIZZOTO, M.L.F. **As políticas de saúde e a humanização da assistência**. *Rev. Bras. Enferm.* 2002.

SILVA, P. C. **Gestão Humanizada no Setor Público**. Instituto Anísio Teixeira. Feira de Santana, 2006.

SIMÕES, A. L. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 15 de Out. 2017.

VINHAS, R. D.; **Gestão da Manutenção de Equipamentos de Laboratório: Uma estratégia para melhoria do desempenho da atividade de pesquisa em uma instituição de C&T em Saúde**; Dissertação de Mestrado; Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; Recife, 2007.