



UNIVERSIDADE  
DE TRÁS-OS-MONTES  
E ALTO DOURO  
**utad**



# “Novos Olhares na Saúde”

## Coordenadores

Cristina Moura  
Inês Pereira  
M<sup>a</sup> João Monteiro  
Patricia Pires  
Vítor Rodrigues



ISBN: 978-989-97708-3-6

# Novos Olhares na Saúde

*Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor*

© 2014, Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado

**Revisão Técnica e Gráfica**  
Teresa Carvalho

**1.ª Edição:** Junho 2014

**ISBN:** 978-989-97708-3-6

## **Conselho Editorial**

Alexandrina Lobo  
Alice Mártires  
Amâncio Carvalho  
Cristina Antunes  
Helena Penaforte  
Mª João Monteiro  
Vitor Rodrigues

NOVO OLHAR PARA A COMUNIDADE (continuação)	
QUAL O HÁBITO DOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS LIDAR HABITUALMENTE COM OS ADOLESCENTES? Manuel Brás; Maria Figueiredo; Carina Ferreira & Eugénia Anes	157
NECESSIDADES DE CUIDADOS DO UTENTE Paula Martins; Gorete Baptista & Helena Pimentel	168
DIFICULDADES SENTIDAS PELAS EQUIPAS NA REFERENCIAÇÃO DE UTENTES PARA A RNCCI Andreia Fernandes; Gorete Baptista & Paula Martins	178
ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS Ana Ribeiro; Alexandrina Lobo; Carlos Neves; Graça Ramos; João Gomes & Paula Jesus	189
A PARTICIPAÇÃO DOS UTILIZADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PROCESSO DE CUIDADOS, VIVÊNCIA DAS PESSOAS COM DOENÇA DE CROHN Lara Régua; Paulino Sousa & Alexandrina Lobo	201
HUMANIDADE - UMA FERRAMENTA DO CUIDAR EM CUIDADOS CONTINUADOS - PERSPETIVA DO EDUCADOR SOCIAL Rita Araújo; Ana Galvão & Paula Martins	216
ALERTAR 112 - O USO DE LEI NO CIDADÃO FLAVIENSE: LIGUE, ESCUTE E INFORME Patrícia Pires; Ana Cêpeda; Ana Reis; Helena Penaforte & Vítor Machado	228

GESTÃO E EMPREENDEDORISMO NA SAÚDE	
NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR: LIDERANÇA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM Helena Menezes & Vítor Rodrigues	240
DA QUALIDADE À SATISFAÇÃO EM SAÚDE NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DE MIRANDELA Helena Domingues; Ricardo Ribeiro & Alexandrina Lobo	253
SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE DE PORTUGAL Carina Ferreira; Manuel Brás & Eugénia Anes	264
SATISFAÇÃO DOS DOENTES COM APNEIA DO SONO COM OS SERVIÇOS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS Ana Ferreira; Vítor Rodrigues & Teresa Correia	274
OS CUIDADOS DE HIGIENE COMO PRODUÇÃO DE CUIDADOS: UMA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS GESTORES Cristina Silva; Manuela Martins & Helena Penaforte	287
PERCEÇÃO DE SUPORTE ORGANIZACIONAL: ESTUDO EM ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO Vítor Machado & Manuela Frederico-Ferreira	297
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR Helena Menezes & Vítor Rodrigues	309
HUMANIDADE: EMPREENDER QUALIDADE EM SAÚDE M <sup>ª</sup> Olívia Costa; Ana Galvão & Gorete Baptista	322

## Necessidades de cuidados do utente

Martins, P.<sup>1</sup>; Baptista, G.<sup>2</sup> & Pimentel, H.<sup>3</sup>

**Resumo** - As instituições de saúde devem ser vistas como respostas completas, multidisciplinares e multifacetadas. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados integra o conceito de atenção integral ao doente/cuidador biopsicossocial, pelo que surge a expectativa da existência de objetivos atingíveis e mensuráveis, se na realidade o profissional integra a globalidade do ser humano mesmo quando os objetivos não atingidos são de áreas que não lhe dizem respeito, sem ignorá-lo e torná-lo importante aos olhos de toda a equipa. Neste estudo, pretendemos identificar as necessidades de cuidados no utente, percecionadas pelo próprio, pelo profissional de enfermagem que o cuida e pelo seu cuidador informal, bem como encaixar o papel da comunicação doente/profissional de saúde/cuidador na avaliação biopsicossocial do doente. Num estudo descritivo, simples de plano transversal, com uma vertente exploratória, foram aplicados 102 questionários, cada qual com 3 secções de preenchimento autónomo pelo utente, pelo profissional de saúde e pelo cuidador, nas Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção selecionadas. Verificou-se que as necessidades biológicas são as mais referidas pelos utentes e pelos enfermeiros, sendo que o cuidador privilegia todas as necessidades (biológicas, psicológicas e sociais).

**Palavras chave:** Necessidade de cuidados; utente; enfermeiro; cuidador

**Abstract** - Health care institutions should be seen as complete, multidisciplinary and multifaceted responses. The National Network of Integrated Care integrates the concept of integral care, biopsychosocial, for the patient/caregiver. By the expectation that arises from the existence of achievable and measurable objectives, whether in reality the professional integrates the totality of the human being even when the objectives are not met for areas that do not concern you, not ignore it and makes it important in the eyes the whole team. In this study we attempted to identify the care needs of the patient, perceived by itself, the nursing professional who cares and their informal caregiver, as well as fit the role of communication between patient, nurse and caregiver in the biopsychosocial assessment of the patient. In a simple descriptive, exploratory and transversal study, were applied 102 questionnaires, each with 3 independent sections of fill by the patient, the health professional and the caregiver, in the Units Continuing Care and Long Term Maintenance selected. It was found that the biological needs are most frequently mentioned by the patients and by nurses, and the caregiver focuses all needs (biological, psychological and social).

**Keywords:** Need for care; patient; nurse; caregiver.

<sup>1</sup> Paula Martins - Enfermeira Chefe da ULDM Santa Maria Maior, [paulinha13618@hotmail.com](mailto:paulinha13618@hotmail.com)

<sup>2</sup> Gorete Baptista - Professora-adjunta na ESSa-IPB, [gorete@ipb.pt](mailto:gorete@ipb.pt)

<sup>3</sup> Helena Pimentel - Professora-coordenadora da ESSa-IPB, [hpimentel@ipb.pt](mailto:hpimentel@ipb.pt)

## 1 - INTRODUÇÃO

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade traduz-se em Portugal, no aumento progressivo da população mais idosa. O aumento da esperança média de vida e o desenvolvimento de técnicas médicas com aparelhos sofisticados, espelha uma melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos 40 anos.

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas adequadas.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção.

Cerca de 12 milhões de pessoas enfrentarão em algum momento da sua evolução a morte, o processo que a antecede e, portanto, com a necessidade de uma expectativa terapêutica paliativa. Perante este facto, associa-se o aparecimento de importantes alterações no perfil sócio sanitário do doente em vários aspetos tanto terapêuticos como assistenciais. A sociedade aumentou as suas exigências e conforto e bem-estar em todas as suas esferas, incluindo a saúde e, por isso, exige uma atenção centrada no ser humano, de elevada qualidade de vida que permita uma vida e uma morte digna (Singer, Martín & Kelner, 1999). Por outro lado, os recursos limitados obrigam-nos a obter a maior qualidade possível com custos razoáveis.

Surge então, através do Decreto-Lei nº 109/2006, de 6 de junho, os “Cuidados Continuados Integrados” (UCC), denominados como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

A atenção integral da pessoa com uma doença na sua realidade total: biológica, psicológica, familiar, laboral e social, realizando um tratamento integral, atendendo a todas as fases da doença: tratamentos ativos, controlo sintomático, cuidados paliativos

do doente em fase avançada e atenção na etapa do final de vida (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2007).

## 2 - MÉTODO

Desenhou-se um estudo exploratório descritivo simples de plano transversal, com uma vertente quantitativa com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados no utente, percecionados por ele, pelo profissional que o cuida e pelo seu cuidador informal, bem como avaliar a importância do papel da comunicação doente/profissional de saúde/cuidador na avaliação biopsicossocial do doente.

### 2.1 - Participantes

A população alvo foram os utentes, enfermeiros e cuidadores informais de 4 Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção do distrito de Bragança, tendo sido obtida uma amostra de 102 doentes. Foi feita apenas a caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes que eram o alvo dos cuidados.

Dos utentes da amostra, 70% dos inquiridos tem idades entre os 75-94 anos, a Unidade Hospitalar é a grande responsável pela referenciação de utentes, 41,2% dos utentes estão há mais de 180 dias na UCC, 69% dos utentes vive com a esposa/marido ou com familiares, 44% deu entrada nas Unidades de Longa Duração e Manutenção por causa cardiovascular, 24% devido a outras patologias, osteoarticulares, neoplasias e doenças metabólicas.

### 2.2 - Material

Foi construído um questionário constituído por 9 questões (todas elas fechadas). Dizem respeito à caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes as primeiras 6 questões. A questão 7, 8 e 9 são iguais entre si, a questão 7 é para preenchimento do utente, a questão 8 para preenchimento do enfermeiro e a questão 9 para ser preenchida pelo cuidador responsável, estas 3 questões são referentes às necessidades biológicas, psicológicas e sociais. A mesma questão foi preenchida de forma independente e sem conhecimento das respostas dos diferentes intervenientes.

Relativamente às variáveis biológicas, foram consideradas as necessidades de cuidados relacionadas com as queixas de: dispneia, anorexia, astenia, tratamento de feridas,

própria doença, dependência nas atividades de vida diárias, reabilitação e gestão do regime terapêutico. Quanto às variáveis psicológicas, foram consideradas o não ter ninguém que a(o) cuide, a tristeza/solidão e a ansiedade. As variáveis sociais englobam o viver só, a família, o descanso do cuidador e o momento da alta clínica.

### 2.3 - Procedimentos

Foram realizados todos os procedimentos ético-legais para a investigação e, após obtenção de autorização por parte das UCC, procedeu-se à recolha de dados através da aplicação dos questionários no período compreendido entre os meses de fevereiro e abril de 2011. No início de cada um dos questionários, foi solicitado aos participantes a leitura do consentimento informado, no qual referimos os objetivos do presente estudo, bem como os motivos que nos levaram à sua realização e esclarecemos o anonimato e confidencialidade dos dados. Apenas foram aplicados questionários aos utentes/cuidadores/profissionais de saúde após a obtenção da sua autorização.

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS for Windows, versão 19.0, sendo realizada uma análise descritiva simples.

### 3 - ANÁLISE DE RESULTADOS

Seguidamente apresentam-se os resultados obtidos quanto às necessidades de cuidados percecionadas pelos utentes (Figura 1), pelos enfermeiros (Figura 2) e pelos cuidadores (Figura 3).

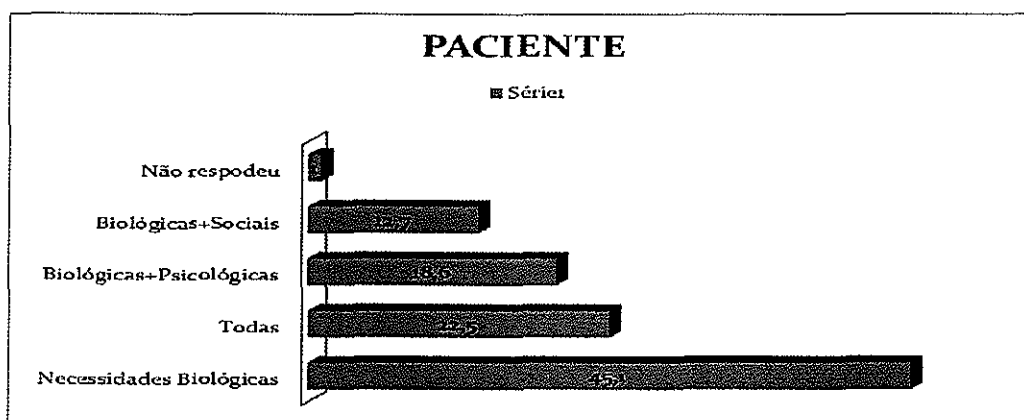


Figura 1. Necessidade de cuidados segundo o utente

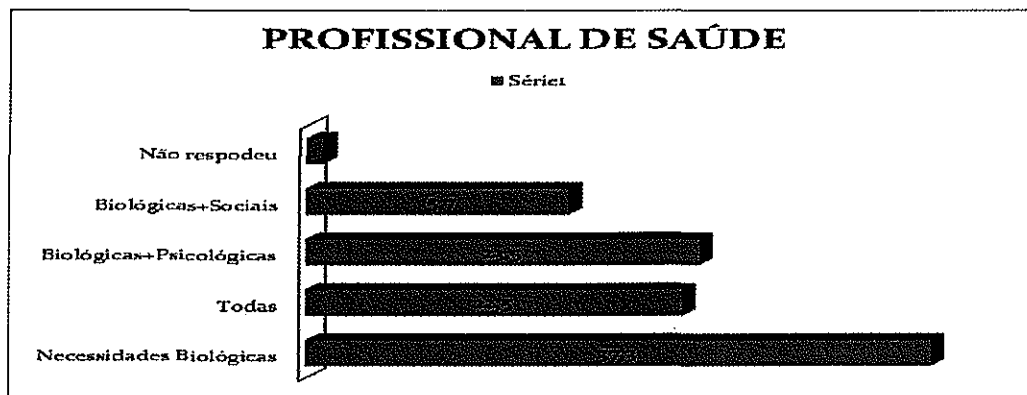


Figura 2. Necessidade de cuidados segundo o profissional de saúde

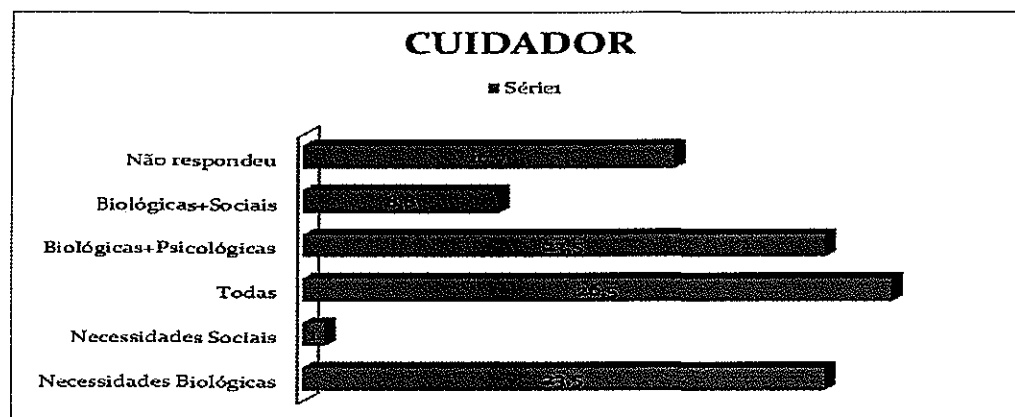


Figura 3. Necessidade de cuidados segundo o cuidador

Numa análise geral destes resultados, podemos observar que as necessidades biológicas são as mais referidas pelo utente (45,1%) e pelo enfermeiro (37,3%), sendo que o cuidador privilegia todas as necessidades (26,5%).

De entre os utentes que responderam, apenas 22,5% refere necessidades de cuidados em todas vertentes consideradas, seguindo-se as necessidades biológicas+psicológicas (18,6%). Para os enfermeiros, as necessidades biológicas+psicológicas (23,5%) sobrepõem-se à vertente todas as necessidades (22,5%). Os cuidadores repartem em igual percentagem as necessidades apenas biológicas e biológicas+psicológicas (23,5%) e 1% dos cuidadores considera os cuidados sociais a única necessidade. As necessidades biológicas+sociais aparecem referenciadas em quarto lugar.

#### 4 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Sem dúvida que tanto os utentes como os seus cuidadores formais e informais atribuem importância a todas as áreas em que é necessário intervir no ser humano, não o desmembrando mas sim considerando a unicidade do físico e psíquico, no respeitante às necessidades de cada um. Para existir equilíbrio todas elas deverão estar satisfeitas e, sabendo que se interligam, ou seja, influenciam-se, vão repercutir-se nas várias áreas de funcionamento do ser humano.

Assim sendo, se queremos estabelecer cuidados continuados de qualidade, devemos conhecer junto dos pacientes quais são as suas necessidades, vendo-o como um ser holístico. Em alguns estudos realizados com doentes oncológicos, analisando as suas necessidades, evidenciaram-se três questões básicas sobre as quais recaem todas as suas necessidades e que deveriam constituir os princípios básicos de atuação (Boyd, 2004):

- Bons cuidados profissionais, ou seja, que os tratamentos administrados sejam de qualidade;
- Cuidados centrados na pessoa, o tratamento deve estar organizado em função das necessidades e desejos do doente, mais do que baseado na conveniência da instituição prestadora de cuidados ou do pessoal de saúde;
- Cuidado holístico, o doente estende-se mais além do fundamento e aspeto clínico do tratamento, para dirigir-se de forma mais ampla às necessidades e desejos do utente.

Destas premissas, pode concluir-se que o cuidado centrado na pessoa está relacionado diretamente com a organização dos serviços, enquanto um cuidado competente e uma atenção holística está mais relacionada com a gestão do mesmo. Daí a avaliação das diferentes necessidades biológicas, psicológicas e sociais neste estudo. Tais constatações vão de encontro aos resultados obtidos, em que os utentes atribuem maior importância às necessidades biológicas, 22,5% refere necessidades de cuidados em todas as vertentes consideradas, seguindo-se as necessidades biológicas+psicológicas (18,6%).

De facto, o doente numa fase avançada apresenta e enfrenta uma sintomatologia multifatorial e com constantes alterações, uma deterioração progressiva, uma incapacidade física que aumenta diariamente e, portanto, uma dependência cada vez maior de familiares, cuidadores, equipas de saúde tanto hospitalares como domiciliárias

e serviços de urgência, com múltiplas admissões nos serviços de saúde e consumindo recursos não adequados. Além disso, necessita habitualmente de tratamentos farmacológicos que se modificam frequentemente. O afastamento das suas atividades diárias e o abandono da sua atividade laboral, do círculo de amigos, supõe uma solidão crescente com uma conseqüente angústia e depressão (Singer et al., 1999)

Na família do doente também se verificam uma série de alterações estruturais, económicas, psicológicas e sociais. Algum familiar do doente transforma-se no seu cuidador principal, em alguns casos com abandono do trabalho habitual, das suas horas livres, da sua vida afetiva, com a responsabilidade muitas vezes não partilhada, de cuidar o doente na sua higiene, alimentação, mobilização, entretenimento e escuta ativa. Como conseqüência, surge um cansaço progressivo que leva a um esgotamento físico, angústias e medos por não saber fazê-lo bem, ao contágio ou a padecer da mesma patologia, assim como à perda do ente querido, aparecendo facilmente quadros depressivos e lutos patológicos de difícil correção, quando o doente falece (Singer et al., 1999). O que se reflete nas preocupações dos cuidadores em que, neste estudo, estes repartem em igual percentagem as necessidades biológicas e biológicas+psicológicas (23,5%), apenas 1% dos cuidadores considera apenas as necessidades de carácter social. As necessidades biológicas+sociais aparecem referenciadas em quarto lugar.

Portanto, o cuidado biológico/alívio dos sintomas deve ser um objetivo primordial dos cuidados continuados, enfatizando este controlo ao realizar cuidados paliativos durante a fase avançada. A experiência clínica sugere que com os cuidados continuados, realizando atuações terapêuticas de suporte e palição básicas e adequadas, pode-se conseguir um controlo sintomático na maioria dos doentes durante a maior parte da duração da doença. Em fases avançadas, nem todos os sintomas físicos e psicológicos podem eliminar-se, mas pode-se conseguir um alívio suficiente que diminua o sofrimento do doente e família (Valentín, Fernandez & Carretero Murillo, 1998). É comum dizer-se que os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, atribuem maior ênfase na prestação de cuidados aos aspetos biológicos do que às outras vertentes, apesar de estas não serem de todo descuradas. Neste estudo, para os enfermeiros as necessidades biológicas são priorizadas, seguindo-se as necessidades biológicas+psicológicas (23,5%) e todas as necessidades (22,5%).

Em resumo, consideramos pertinente referir premissas de alguns autores (Valentín

Maganto, Pérez Cayuela & Valentín Moreno, 2003; WHO, 2002), que nos seus estudos dão ênfase à atenção que o doente avançado requer:

- Reconhecimento da unidade familiar (donte-família) como base de atuação. Se esta unidade existe, constitui um núcleo fundamental de apoio do doente, tanto em âmbito hospitalar, mas sobretudo no domicílio;
- Reconhecimento da dignidade pessoal da pessoa em fase avançada, cobrindo os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais durante o processo evolutivo;
- Uma mudança na atitude dos profissionais de saúde, entendendo as possibilidades terapêuticas que existem;
- Cuidar no seu conceito integral;
- Acompanhado e proporcionando bem-estar ao doente-família;
- Potenciar as atuações sobre o controle sintomático do doente, favorecendo a sua independência e tentando preservar a sua autonomia;
- Evitar internamentos desnecessários procurando sistemas alternativos, no contexto mais adequado, para a necessidade de cada pessoa/família;
- Apoio emocional e comunicação permanente e adequada às necessidades evolutivas e sociais;
- Garantir condições de biossegurança no domicílio;
- Coordenação entre os diferentes níveis de atenção de saúde, trabalhando e formando equipas multidisciplinares;
- Assegurar a identidade de cada membro da equipa multidisciplinar e a importância do seu seguimento e atenção ao doente avançado e terminal e família;
- Integração dos serviços de saúde e sociais;
- Entender o morrer como um processo natural que, igual ao nascer, requer pessoal e saúde treinado e disposto a realizar o seu trabalho.

## 5 - CONCLUSÕES

Do estudo realizado obtiveram-se os seguintes resultados preliminares:

- Verificou-se que as necessidades biológicas são as mais referidas pelo utente e pelo profissional de saúde;

- O cuidador privilegia todas as necessidades;
- De entre os utentes que responderam, apenas 22,5% refere necessidades de cuidados em todas dimensões, seguindo-se as necessidades biológicas e psicológicas (18,6%);
- Para os profissionais de saúde (enfermeiros), as necessidades biológicas e psicológicas (23,5%) sobrepõem-se a todas as necessidades (22,5%);
- Os cuidadores repartem em igual percentagem as necessidades apenas biológicas e biológicas e sociais (23,5%).

Devemos atender a que as necessidades são percecionadas em diferentes graus pelos intervenientes no processo de doença, tal como podemos observar nos resultados do presente estudo.

O utente que necessita de ser cuidado avalia e sente as suas necessidades de forma diferente de quem lhe vai prestar os cuidados. Por tal motivo, os cuidados devem ser dirigidos para o que o doente necessita realmente e não sobre aquilo que o cuidador percebe e avalia como necessidade mais premente.

A similaridade na perceção da necessidade de cuidados pelos diferentes intervenientes, só pode acontecer se o veículo comunicação entre os diferentes canais se estabelece de forma persistente, clara e precisa.

De salientar que os cuidados continuados podem melhorar a relação do doente com o seu meio familiar, favorecendo as relações interpessoais, promovendo um maior entendimento e uma vontade maior de viver, considerando sempre que o processo evolutivo da patologia pode levar à cura ou, inversamente, à deterioração global e à morte do doente. Estes cuidados podem requerer semanas, meses ou anos, pelo que tanto os cuidadores como os doentes se devem sentir parte integrante do processo do CUIDAR.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boyd, A. (2004). Changing cancer services to provide the care patients want. *Cancer future*, 3 (2), 121-123.
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A.
- Singer, P. A., Martín, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality end of life. Patients perspectives. *JAMA*, 281, 163-168.
- Sociedad Española de oncología Médica. (2007), *Manual SEOM de cuidados continuos*.
- Valentín Maganto, V., Pérez Cayuela, P., & Valentín Moreno, M. (2003). Importancia de la oncología en atención primaria. In V. Valentín, *Oncología en atención primaria* (3-12). Madrid: Nova

Sidonia.

Valentín, V. R., Fernandez, Y., & Carretero Murillo, M. (1998). Programa coordinado al paciente oncológico terminla en el area sanitaria XI en Madrid: Experiencia y resultados de Saños. *Revista Médicos de Familia*, 2 (2), 16-17.

World Health Organization. (2002). *Regional Office for Europe Palliative Cancer Care*. La Haya.

**Paula Martins**

Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior desde 2008; Licenciada em enfermagem desde 16/04/2007; Mestre em Tratamento de Suporte e Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico desde 2008 e Doutoranda em Oncologia Clínica na Universidade de Salamanca; Docente no Mestrado de Cuidados Continuados e no CET de Técnicas de Gerontologia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Formadora em serviço na área de Cuidados Paliativos.

**Gorete Baptista**

Possui estudos superiores especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca-Coimbra, Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental e Doutora em Biomedicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Exerceu enfermagem no Hospital de Bragança entre 1987 e 2000, Professora-adjunta na ESSa-IPB desde 2001, atualmente vice-presidente do conselho pedagógico e vice-coordenadora do departamento de enfermagem, membro do conselho científico, diretora dos cursos de mestrado em cuidados continuados e da pós-graduação em cuidados paliativos, investigadora do NIII (núcleo de investigação e intervenção no idoso) e da PAIDEIA sendo nesta, secretária da assembleia geral.

**Helena Pimentel**

Presidente do Conselho Diretivo da Escola Superior de Saúde, professora-coordenadora da ESSa-IPB. Doutora em Sociologia pela Universidade do Minho, Mestre em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca-Coimbra.