

Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA BASEADA-NA-EVIDÊNCIA

Alice Bastos

IPVC-ESE; UNIFAI

abastos@ese.ipvc.pt

Carla Faria

IPVC-ESE; UNIFAI

cfaria@ese.ipvc.pt

Isabel Amorim

IPVC-ESS; UNIFAI

isabelamorims@ess.ipvc.pt

José Melo de Carvalho

IPVC-ESE; UNIFAI

melocarvalho@ese.ipvc.pt

Correspondência/Contato

Alice Bastos
Escola Superior de Educação
Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Avenida Capitão Gaspar de Castro,
Apartado 513
4901-908 Viana do Castelo

Telefone +351 258806200
abastosg@ese.ipvc.pt
www.ese.ipvc.pt

RESUMO

Com o envelhecimento da população, assiste-se a um esforço na Gerontologia Social para colocar em destaque o Social. Teorizar o Social é o que reclama Walker¹. Mas, as vantagens e desvantagens acumuladas ao longo da vida resultam de processos individuais e geracionais, como alerta Dannefer^{2,3}. Pensar a velhice numa perspectiva de ciclo de vida, com ganhos e perdas, é um dos contributos de Baltes^{4,5}. As estratégias usadas na optimização selectiva com compensação poderão explicar a grande variabilidade intra-interpessoal. Questionar a ideia da velhice como associada a um consumo excessivo de recursos da Saúde e do Social exige uma boa teoria, como propõe Bass⁶ e uma prática-based-na-evidência⁷. Num Congresso subordinado ao tema dos serviços para a pessoa com demência, é fundamental clarificar a zona de actuação das Ciências Sociais e de Comportamento e Ciências da Saúde, para que investigadores e profissionais da Gerontologia possam contribuir para envelhecer melhor.

Palavras-chave: Gerontologia Social; Ciclo de Vida; Vantagens/Desvantagens Cumulativas; Prática-based-na-evidência; Serviços do Social

ABSTRACT

With the growth of aging population, Social Gerontology strives to highlight the Social Context. Theorizing the Social is claimed by Walker¹. However, the cumulative advantages and disadvantages throughout lifespan result not only from people's efforts, but rather from an accumulation of exclusion that proceeds over generations^{2,3}. Conceptualizing aging as a lifelong process, with gains and losses is one of the greatest of Baltes' contributions^{4,5}. Strategies used in the selective optimization with compensation process also explain the intra-interindividual variability. To put in question the idea of aging as being related to an overconsumption of Health and Social resources requires a good theory, claimed by Bass⁶ and evidence based-practice⁷. In a Conference about services designed for demented people, it is imperative to clarify the field of action of Social and the Behavioral Sciences, contrasting it with Health Sciences, so that Gerontology researchers can contribute to a better aging.

Key-words: Social Gerontology; Lifelong process; Cumulative advantage/disadvantage; Evidence based-practice; Social care

1. INTRODUÇÃO

A propósito de conceitos-chave na Gerontologia Social, recentemente Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nalletamby⁸ definiram a Gerontologia como o estudo do envelhecimento a partir de perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Desde a sua concepção em 1903, a Gerontologia é um tema multidisciplinar, que tem sido associado com a Medicina Geriátrica – especialidade médica. A Gerontologia Social pode ser entendida como uma especialidade da Gerontologia, como sugere Fernandez-Ballesteros⁹. No entender de Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nalletamby⁸: *“Social Gerontology concentrates on the study of the social, economic and demographic characteristics of older people and an ageing population. Increasingly, the focus has been on the life-course approach to ageing rather than the study of old age per se in gerontology”* (p. 118). Esta posição é crucial para separar as múltiplas perspectivas face ao envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido/ótimo.

Do ponto de vista dos métodos (para investigar, avaliar, intervir) a Gerontologia Social torna-se numa ciência camaleónica na medida em que, aparentemente, usa tudo o que está ao seu alcance para delinear estratégias e procedimentos de acção para lidar com a complexidade e a mudança humanas. Em termos de avaliação, assiste-se a protocolos gerontológicos capazes de avaliar a trilogia do envelhecimento em termos bio-psico-sociais. Em termos de avaliação, observe-se por exemplo, o protocolo recomendado por Hernandez Lopez¹⁰, ou então o usado por Paúl, Ribeiro e Teixeira¹¹, ou ainda o utilizado por Fernández-Ballesteros, Caprara, Garcia¹². O que há de comum a estes diferentes protocolos é por um lado a sua diversidade e por outro a sua extensão. Neste contexto, é lícito formular a questão: Que bateria usar, de carácter bio-psico-social, para investigar, avaliar, intervir nas demências? Dada a complexidade desta matéria, vamos tentar abordar o assunto a partir de algumas questões problemáticas.

2. A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO NORMAL, PATOLÓGICO E BEM-SUCEDIDO/ÓPTIMO

No final do século XX, usando o mesmo guarda-chuva foram editadas obras de referência sobre “successfull ageing”, incluindo artigos e livros da especialidade, no campo da Saúde liderado por Rowe e Kahn¹³ e nas Ciências do Comportamento, liderado P. Baltes e colaboradores⁴. O que há de relevante aqui é o facto de em dois domínios de prática profissional - Medicina e Psicologia – haver um conjunto de ideias

comuns e outros aspectos distintivos. Como referido noutro lugar^{14 15}, em determinadas circunstâncias é possível envelhecer bem. Essas circunstâncias, no entender de Rowe e Kahn^{13 16}, remetem-nos para uma trilogia básica: (1) evitar a doença; (2) manter padrões elevados de funcionamento em termos cognitivos e físicos; e (3) envolvimento com a vida. Na perspectiva das Ciências do Comportamento, Baltes e M. Baltes⁴ enunciam um conjunto de princípios e estratégias para envelhecer bem. Neste sentido, uma das tarefas centrais é apoiar os indivíduos a adquirir estratégias que sejam eficazes, facilitando as mudanças nas aspirações e nos objectivos. Este é um assunto muito delicado, sendo que alguns autores⁴ recomendam que se adopte o critério “performance standard/capacity ratio” em simultâneo com uma “just manageable difficulty” (p.20).

No final do século XX há um foco no envelhecimento “não-patológico” e no envelhecimento como processo que acontece ao *longo da vida* (lifelong process). Quando se analisa os anos subsequentes, é curioso observar que na proposta de Rowe e Kahn¹³ aquilo que foi sujeito a maior crítica foi a questão da “ausência de doença/incapacidade”, como se isso fosse uma questão apenas individual e não um assunto colectivo. Igualmente, assiste-se ao refinamento dos trabalhos de Baltes e colaboradores, sendo que a plasticidade (onde se enraíza a questão da variabilidade) ganha um papel central na investigação no século XXI^{5 17}. No entanto, como referido inicialmente, sob o mesmo guarda-chuva encontramos trabalhos muito diversos no campo das Ciências Sociais e do Comportamento e da Saúde.

3. A QUESTÃO DO SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO

Contrariamente às perspectivas centradas no indivíduo, investigadores das Ciências Sociais têm chamado a atenção para o peso da estrutura social no processo de envelhecimento. Partindo do princípio que há influências normativas ligadas à idade, à História e influências não normativas, como assinalou Baltes¹⁸, investigadores provenientes das Ciências Sociais, focaram a sua atenção em aspectos confundidores na Gerontologia Social: a questão da idade, coorte e tempo [da medida].

Walker^{19 1 20} nas últimas décadas tem vindo a chamar a atenção para as relações entre envelhecimento e Política Social, no âmbito das Políticas Públicas. Em seu entender, as relações entre envelhecimento e políticas governamentais são muito importantes. Não chega falar em qualidade de vida e bem-estar na Europa do Social. É preciso ir mais longe e fazer estudos comparativos, para verificar gastos consumidos por cada

País-Estado-Nação com os idosos. Assumindo que a longevidade humana é um dos maiores ganhos da Humanidade, importa rever Políticas e Programas para garantir qualidade de vida e bem-estar face a esta transição demográfica²¹. Por conseguinte, teorizar o Social, tal como teorizamos a Saúde ou a Educação, pode ser uma forma de avançar na investigação e prática gerontológica.

Igualmente, Dannefer^{2 22 3} assume que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do curso de vida e que é influenciado pela estrutura social, havendo aqui um ciclo de pobreza ou a sua ausência, decorrente de vantagens/desvantagens acumuladas ao longo de gerações. Este autor coloca em destaque não apenas o problema da coorte, mas também o que acontece dentro de cada coorte. No entender do autor, a velhice, mais do que qualquer outro período do ciclo de vida, é afectada pelo grupo social de pertença e tem a marca do género. Não basta afirmar que as mulheres vivem mais tempo, têm piores indicadores de funcionamento, são mais pobres. É preciso demonstrar onde começa este ciclo de exclusão, para se traçar medidas programáticas capazes de garantirem mais qualidade de vida e bem-estar para o maior número de pessoas.

Partindo de uma série de trabalhos seminais, Bass⁶ propõe uma teoria integrada de Gerontologia Social. Este autor defende que alguns dos obstáculos aos avanços do conhecimento na Gerontologia Social se prendem com as metáforas representacionais ou esquemas gráficos utilizados. Para se avançar no conhecimento, defende o autor, é necessário dispor de instrumentos conceptuais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores. E aqui, as metáforas representacionais também contam. Bass⁶ propõe que, para se pensar a questão do envelhecimento na Gerontologia Social, se utilize uma nova representação gráfica – uma torre (Figura 1).

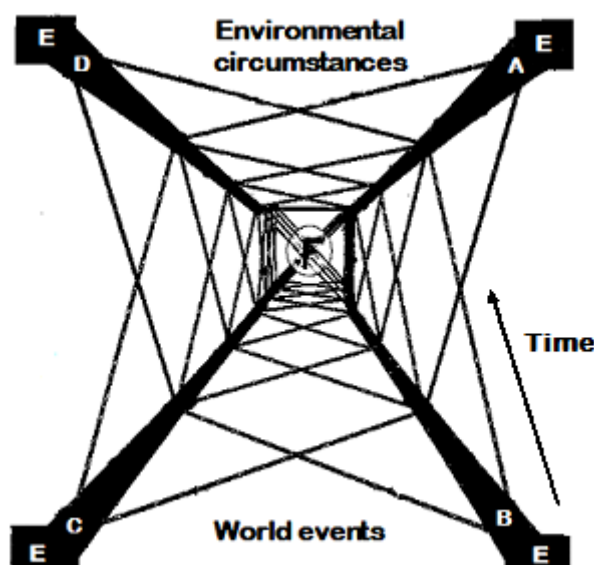


Figura 1. Teoria integrada da Gerontologia Social⁶

Legenda: A= Família, religião e tradições e expectativas culturais
 B= Circunstâncias macro e microeconómicas e recursos individuais
 C= Política pública, serviços de saúde, sistemas de suporte social e programas governamentais
 D= Construtos sociais (e.g., estratificação social, status)
 E= Contextos históricos
 F= Fisiologia individual e condição psicológica

Esta torre tem a particularidade de agregar uma grande multiplicidade de perspectivas, podendo o investigador/avaliador/interventor focalizar-se num dos aspectos da torre – o indivíduo, ou então a estrutura social, ou ainda as circunstâncias económicas, ou as políticas governamentais ou o ambiente. Simplesmente, à partida só temos de enunciar a partir de que lugar estamos a avaliar/intervir/investigar. Este é um bom ponto de partida para a interdisciplinaridade.

4. A QUESTÃO DA PRÁTICA-BASEADA-NA-EVIDÊNCIA

O campo da prática gerontológica é seguramente um dos territórios com elevados fluxos de informação entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais e do Comportamento. Por conseguinte, neste momento há adeptos fervorosos e críticos ferozes das estratégias e modelos que se inscrevem na *prática baseada-na-evidência* (“evidence based practice”, EBP). Assim, esta secção deve ser lida como aproximação a uma solução para um problema complexo, mal-estruturado, uma vez que este problema à partida comporta várias soluções. Estamos aqui no domínio dos “skills” técnicos, no núcleo da prática gerontológica.

Nas últimas décadas, influenciados pelos trabalhos realizados na Medicina, temos vindo a assistir à divulgação de obras que reclamam uma mudança de foco no modo como concebemos a investigação e a prática gerontológica²³. A este propósito, Coleman e Jerrome²⁴, estabelecendo pontes entre a Saúde e o Social, referem-se à prática gerontológica, como sendo algo semelhante ao que ocorre na prática clínica com *diagnóstico e tratamento*, sob a designação de *avaliação e intervenção*. Nesta linha, situam-se os trabalhos de Roberts e Yeager⁷ sobre EBP. Ou ainda, a obra recente editada por Thyer, Dulmus e Sowers²⁵. Esta é uma linha de pensamento e acção conforme as sociedades informatizadas.

EBP pode definir-se como *o uso consciente, explícito e criterioso, da melhor evidência científica disponível na tomada de decisão profissional*⁷ (p. 5). Em geral, a tomada de decisão na EBP é realizada seguindo uma série de passos, tal como acontece com modelos de matriz “problem-based”. Saber analisar de modo crítico os resultados da investigação (ie, a base da evidência) torna-se central, qualquer que seja a abordagem adoptada. Basta analisar a proposta de Naleppa e Reid²⁶ sobre a *abordagem centrada na tarefa* (“task-centered approach”) para compreender que, além do passo-a-passo típico, há ainda a questão dos “skills” de complexidade superior associados à análise, apreciação crítica e síntese. Todavia, como alertam Roberts e Yeager⁷, é o âmbito da própria “social work practice” que levou a dificuldades na definição do contemporâneo “evidence-based treatment in social work” (p. 10). Mas é o “Social Work/Social Care” enquanto *abordagem holística aos cuidados* (“holistic care approach”) que tem levado à necessidade da EBP.

Estas tendências contribuíram para esclarecer a necessidade de “social work to practice intervention” se fazer com recurso a protocolos de tratamento apoiados em manuais e planos estratégicos que efectivamente “meet the needs of individuals, families, groups, programs, and organizations.”²⁵ (p. 10). De salientar que os “social workers” têm uma longa tradição em reunir dados e monitorizar resultados. Como referem Roberts e Yeager⁷ “The social work profession in conjunction with other professional disciplines represents a remarkable resource of scientific measurement and practitioner’s talent able to contribute greatly in the area of practice-based research, thus moving forward the goals of evidence-based practice” (p. 10). Como se pode observar, o campo do “Social Work”, onde se inclui a Gerontologia e, com mais propriedade a Gerontologia Social, é extremamente vasto do ponto de vista procedimental.

Sobre “Human Services”, Shaw conjuntamente com Carol Mowbray e Hazel Qureshi²⁷, afirma seguinte: “Human Services” é a designação americana para este tipo de serviços, muito embora tenha vindo a ser cada vez mais adoptada fora dos EUA; “Social Care” (por ex., na Grã-Bretanha) e “Community Development” (por ex., em África e no mundo árabe) são outras designações que condensam um âmbito alargado de serviços formais e informais, estatais e independentes, seculares e religiosos, pessoais e sociais. A expressão “*human services*” é utilizada para fazer referência a esta “coalescency” de agências, ocupações e profissões.

Face à definição anteriormente apresentada, e dado que em Portugal temos uma grande variedade neste tipo de serviços (“serviços formais e informais, estatais e independentes, seculares e religiosos, pessoais e sociais”), orientados para públicos-alvo muito diversos (por ex., para crianças, adolescentes, pessoas idosas e com incapacidade, em risco social, entre outros), propõe-se para tradução do “*social work and human services*” a designação genérica de *Serviços do Social*, no mesmo sentido em que se utiliza os termos *Serviços da Saúde* ou ainda *Serviços Educativos*.

Mais recentemente, a “evidence-practice” volta à discussão pública com Thyer, Dulmus e Sowers²⁶, na sequência do *Handbook of Gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice and policy*²⁸. Note-se que aqui Gambrell²⁹ usa o termo “evidence-informed practice” para fazer referência a “uma filosofia e um processo desenhado para promover o uso efectivo de julgamento profissional na integração de informação face às circunstâncias e características únicas de cada cliente, incluindo as suas preferências e acções e os resultados da investigação externa” (p. 3). Retomando os trabalhos de Sackett e colaboradores^{30 31}, a autora coloca em destaque a questão de este formato de prática envolver “*the integration of the best research evidence with clinical expertise and [client] values*” (p.3). Estamos num território profundamente cruzado, onde os resultados da investigação são úteis para a tomada de decisão na prática profissional, mas ao mesmo tempo a tirania da investigação precisa de ser doseada pela “expertise”, decorrente da experiência profissional em domínios específicos, bem como pela ética e valores associados ao exercício da profissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto, há uma série de razões para se avançar com uma nova estratégia de acção, quer na prática quer na investigação em Gerontologia Social.

Partir dos dados para orientar a prática e partir da prática para delinear novos planos de investigação, é seguramente traçar novos caminhos associados a esta “revolução demográfica”, à semelhança do defendido por Bengtson³², Alley³³ e Hendricks³⁴ a propósito da relação entre teoria-investigação-prática. Este é um caminho árduo, que implica efectuar a formação dos profissionais do âmbito do envelhecimento em novos moldes. Aprender a consumir investigação é nuclear para o desenvolvimento da prática baseada-na-evidência.

Para além de cada profissional da Gerontologia Social precisar de consumir investigação, é necessário “saber ler” o “fit” entre objectivos-metodologia-resultados, o que implica uma Educação orientada para a análise e crítica da investigação. Só depois se pode discutir a questão das “boas-práticas”, a ser lido como “*the best practices*”, as que demonstram eficácia dos ganhos ou as que, tendo uma boa base de investigação descritiva, levam ao ensaio de novos procedimentos, como recomenda Willis³⁵. Estes aspectos procedimentais aplicam-se ao envelhecimento normal, óptimo ou patológico, como é o caso das demências. Simplesmente, como há uma diferença de grau, recomenda-se uma atenção redobrada à validade e fiabilidade das medidas para proceder à avaliação inicial e de seguimento.

De qualquer modo, como alertava Baltes³⁶, a velhice é ainda muito nova. Os investigadores e os profissionais da área do envelhecimento estão também na sua maioria ainda muito longe da velhice com elevado grau de dependência e fragilidade. Temos um longo caminho a percorrer.

6. REFERÊNCIAS

1. Walker, A. (2009). Aging and social policy: Theorizing the social. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 595-614). NY: Springer Publishing Company.
2. Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58, S327-S337.
3. Dannefer, D. & Shura, R. (2009). Experience, social structure and later life. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 747-755). Texas: Springer.
4. Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. In P. Baltes & M. Baltes (Eds). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). NY: Cambridge University Press.

5. Baltes, P., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In R. lerner (Ed.), *Theoretical models of human development*, Vol.1. *Handbook of child psychology* (pp. 569-664). NY: Wiley.
6. Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). NY: Springer Publishing Company.
7. Roberts, A. & Yeager, K. (2004). Systematic reviews of evidence-based studies and practice-based research. In A. Roberts e K. Yeager (Eds.), *Evidence-Based Practice Manual* (pp. 3-14). Oxford: Oxford University Press.
8. Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nalletamby (2010). *Key concepts in social gerontology*. Los Angeles: Sage.
9. Fernandez-Ballesteros, R. (2004). Introducción à Gerontología Social. In R. Fernandez-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social*: Madrid: Sintesis.
10. Hernandez Lopez, J. M. (2004). Tecnicas de investigacion y evaluation. In R. Fernandez-Ballesteros (Dir.). *Gerontologia Social*: Madrid: Sintesis.
11. Paúl, C. , Ribeiro, O. & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Grerontology and Geriatric Research*, Vol. 12, 10 pages.
12. Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., García, L.F. (2004): *Vivir con Vitalidad-m©: Un Programa Europeo Multimedia*. *Intervención social*, 1,3 65-85.
13. Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successfull aging*. NY: Pantheon.
14. Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo. In C. Paul & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa: LIDEL.
15. Bastos, A. (2013). O jardim das plantas aromáticas & bem-estar: Benefícios da intervenção green-care para envelhecer bem. In I. Mourão & LM Brito (Coods.), *Horticultura social e terapêutica* (pp. 35-41). Porto: Publindústria.
16. Rowe, J. W., & Kahn, RL (1987); Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
17. Willis, S., Schaie, K. W. & Martin, M. (2009). Cognitive plasticity. . In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 295-321). NY: Springer Publishing Company.
18. Schaie & Willis (2003). *Psicologia de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson/Prentice-Hall.
19. Walker, A. (2006). Aging and politics. In R. H. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 339-359). Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

20. Walker, A. (2010). Ageing and quality of life in Europe. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (pp. 573-586). London: Sage.
21. Goldstein (2009). How populations age. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 7-18). Texas: Springer.
22. Dannefer, D. & Kelley-Moore, J. (2006). Theorizing the life course. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 389-411). NY: Springer Publishing Company.
23. McInnis-Dittrich, K. (2002). *Social Work with elders*. Boston: Allyn & Bancon.
24. Coleman, P. & Jerrome, D. (1999). Applying theories of aging to gerontological practice through teaching and research. In V. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. NY: Springer.
25. Thyer, B A., Dulmus, C. N., & Sowers, K. M. (2013). *Developing Evidence-Based Generalist Practice Skills*. London: John Wiley & Sons.
26. Naleppa, M. & Reid, W. (2003). *Gerontological social work*. NY: Columbia University Press.
27. Shaw, I, Mowbray, C. & Qureshi, H. (2006). Social work and the human services. In I. Shaw et al. (Eds.), *The SAGE handbook of evaluation* (pp. 486-511). London: Sage.
28. Blackburn, J. A. & Dulmus, C. N. (2007). *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. New York: John Wiley & Sons.
29. Gambrill, E. (2013). Evidence-based practice. In B. Thyer, C. Dulmus & K. Sowers (Eds.) (2013). *Developing evidence-based generalist practice skills* (pp. 1-24). NJ: John Wiley & Sons.
30. Sackett, D.L., Strauss, S.E., & Richardson, W.S. (1997). *Evidence based medicine*. London: Churchill Livingstone.
31. Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. and Haynes, R.B. (2000) *Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
32. Bengston, V., Burgess, E., & Parrott, T. (1997). Theory, explanation and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S72-S88.
33. Alley, D., Putney, N., Rice, M. & Bengston, V. (2010). The increasing use of theory in Social Gerontology; 1990-2004. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (5), 583-590.
34. Hendricks, J., Applebaum, R., & Kunkel, S. (2010). A world apart? *The Gerontologist*, 50 (3), 284-293.

35. Willis, S. (2001). Methodological issues in behavioral intervention research with elderly. In V. Bengtson & K. W. Schaie (Eds), *Handbook of Psychology of Aging*. NY: Academic Press.
36. Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52, 366-380.

Alice Bastos

Psicóloga, Doutorada em
Psicologia

Professora Coordenadora do
Instituto Politécnico de Viana do
Castelo, Escola Superior de
Educação

Coordenadora de Mestrado em
Gerontologia Social no Instituto
Politécnico de Viana do Castelo.

Membro da UNIFAI

Carla Faria

Psicóloga, Doutorada em
Psicologia

Professora Adjunta do Instituto
Politécnico de Viana do Castelo,
Escola Superior de Educação

Coordenadora da licenciatura em
Educação Social Gerontológica no
Instituto Politécnico de Viana do
Castelo.

Membro da UNIFAI

Isabel Amorim

Professora Coordenadora do
Instituto Politécnico de Viana do
Castelo, Escola Superior de
Saúde

Coordenadora da licenciatura em
Enfermagem

Membro da UNIFAI

José Manuel Melo de Carvalho

Professor Adjunt do Instituto
Politécnico de Viana do Castelo,
Escola Superior de Educação
Coordenador do mestrado em
Avaliação e Inovação Educacional
no Instituto Politécnico de Viana
do Castelo.
Membro da UNIFAI
