JANEIRO 2020

VOL 1 — NÚMERO

APQV

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DA QUALIDADE DE VIDA

O QUE É QUALIDADE DE VIDA?

A 1ª revista onde encontrará estudos científicos sobre a Qualidade de Vida

Quando o envelhecimento não é ativo que Qualidade de Vida?

O papel das instituições de apoio a idosos

Jejum intermitente

Será benefício ou apenas moda?

Qualidade de Vida no trabalho e Saúde Mental

Promover a transformação e integrar a mudança

Problemática da sinistralidade rodoviária

Implicações das alterações neuropsicológicas na população sénior para a prática da condução de veículos a motor

ÍNDICE



- 4 Mensagem do Presidente
- **5** Quando o envelhecimento não é ativo que qualidade de vida? O papel das instituições de apoio a idosos
- **14** Jejum intermitente, será benéfico ou apenas moda?
- 22 Qualidade de vida no trabalho e saúde mental: Promover a transformação e integrar a mudança

30 Problemática da sinistralidade rodoviária - Implicações das alterações neuropsicológicas na população sénior para a prática de condução de veículos a motor





Editorial

A Associação Portuguesa da Qualidade de Vida (APQV) surgiu para fazer face a uma necessidade. Desta feita, no dia 26 de janeiro de 2017 nasceu a APQV, primeira e única associação orientada para a promoção da melhoria da qualidade de vida dos portugueses.

Atualmente possui sede na Lixa e filiais nos concelhos de Braga, Tabuaço, Vila Real e Évora mas o objetivo último será o alargamento das delegações locais a todo o país, estabelecendo-se uma rede de espaços de intervenção próxima das populações e de outras estruturas.

A APVQ pretende fomentar a igualdade de oportunidades para a melhoria da qualidade de vida das populações, dinamizando a congregação de esforços e apoios na saúde, na educação, na cultura, nos direitos humanos, direitos dos animais, na proteção do ambiente, no desenvolvimento local ou no desenvolvimento pessoal.

Entenda-se qualidade de vida como o "grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, refletindo a satisfação de objetivos e sonhos do próprio" (Calmeiro & Matos, 2004, p. 50).

Neste sentido, a APQV visa a conceção e desenvolvimento de projetos e iniciativas que pretendam responder de forma eficiente e inovadora aos desafios da sociedade, favorecendo a qualidade de vida das populações e promovendo os valores da Cidadania e da Igualdade.

Na sua essência, e de forma simplista, a APQV propõe-se verificar os índices de qualidade de vida, nas suas várias amplitudes, em todo o território nacional, tendo como objetivo seguinte a criação e a implementação de estratégias e medidas que melhorem esses índices.

Aproveitando, a celebração do seu aniversário publicamos, orgulhosamente, o 1º número da Revista Associação Portuguesa da Qualidade de Vida, a qual procura integrar um vasto leque de questões relacionadas com a Qualidade de vida. Neste primeiro número contamos com artigos sobre assuntos tão interessantes e atuais como: o papel das instituições no apoio a idosos; a prática do jejum intermitente como forma de emagrecimento; qualidade de vida no trabalho e saúde mental e sinistralidade rodoviária na população sénior.

Ana Paula Araújo* e Anabela Martins*

^{*}Diretora do serviço do Hospital Senhora da Oliveira

^{*}Responsável pela revista científica da Ordem dos Farmaceuticos





José Manuel Barbosa Teixeira

Presidente da Direção

A APQV - Associação Portuguesa Qualidade de Vida faz 3 anos de existência, repletos de sinergias, de confraternização, espírito de equipa, dinamismo e esperança em podermos chegar à nossa meta "Medir a qualidade de vida dos Portugueses". de três anos foram muita conquista, sobretudo criar porque conseguimos aproximação com a comunidade local, através do desenvolvimento de atividades, na área da solidariedade social; voluntariado; congressos; seminários e outros projetos.

Sentimo-nos muito orgulhosos por estarmos a conseguir atingir os nossos objetivos, nomeadamente chegar a formação ao maior número de pessoas, sobretudo quando ouvimos mensagens como: "Já não sentia esta autoestima há muito tempo.".

Não pretendemos que as pessoas alcancem boas notas, mas que desenvolvam competências de saber ser, fazer e estar, em sociedade. São situações como estas que queremos ver nos próximos anos, incutir e possibilitar a mudança nas pessoas, na medida de criar e promover qualidade de vida!

Espero continuar a conquistar a esperança daqueles que sempre estiveram ao lado da APQV, inclusive conquistar a de novos membros.

Termino esta mensagem com um lema da APQV: "O trabalho em rede e a união de esforços são o caminho para atingir um objetivo comum: A melhoria da Qualidade de Vida de todos os Portugueses!".



QUANDO O ENVELHECIMENTO NÃO É ATIVO QUE QUALIDADE DE VIDA? O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE APOIO A IDOSOS

Cláudia Martins*



RESUMO

Quando o envelhecimento ativo falha e se verifica o aumento da dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, poderemos falar de qualidade de vida na pessoa idosa? Existem estratégias que possibilitam o aumento e a manutenção da qualidade de vida na pessoa com dependência, que passam por um reajuste na perceção de indivíduos, famílias e comunidades da institucionalização da pessoa idosa.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística referentes ano ao de regista indice de Portugal um envelhecimento de 159,4%. Por isso, a preocupação com a qualidade de vida da população idosa é uma questão central para a redução de custos com cuidados de saúde e apoios sociais. A Organização Mundial de Saúde indica como caminho para a qualidade de vida na pessoa idosa a promoção de um envelhecimento ativo, entendido "como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem".1

A Direção Geral de Saúde, num alinhamento com as indicações da Organização Mundial de Saúde, propõe como objetivo o aumento da esperança média de vida com saúde e independência e a sua manutenção pelo maior tempo possível.

Envelhcer é inevitável, ficar velho é opcional.

^{*}Socióloga, Pós -graduada em"Cidade, território e requalificação" pelo ISCT (Instituto Superior de Ciências do Trabalho-Lisboa). Diretora Técnica do Centro Social Paroquial de S to António de Riachos, Torres Novas.

Assim defende a promoção de um envelhecimento ativo para a imagem positiva da pessoa idosa, como agentes indispensáveis de uma sociedade inclusiva, participativa e saudável. Este é um dos maiores desafios do nosso tempo a par do aumento da esperança média de vida: tornar o envelhecimento uma experiência positiva através da manutenção da saúde e da independência.

A saúde, a participação e a segurança surgem assim, como os três pilares fundamentais para um envelhecimento ativo, sendo estes interdependentes. Sem saúde a participação torna-se mais difícil.

Sem participação, envolvimento e reconhecimento social, a saúde tende a deteriorar-se através de processos de isolamento social, depressão e doença.

Sem segurança e proteção aumentam os riscos de quedas, acidentes, fraturas, abusos, maus-tratos, desconsideração, abandono e marginalização que impedem a participação e deterioram a saúde?

A saúde surge como um dos aspetos fundamentais para de um processo envelhecimento ativo contribuindo para a sua manutenção medidas preventivas como uma alimentação saudável, redução de substâncias nocivas como tabaco e álcool, atividade mental estimulante, uma vida afetiva e de relações sociais equilibrada e uma adequada gestão de stress da vida diária A segurança está associada ao local de residência do idoso e suas características arquitetónicas, à comunidade, ao meio ambiente e ao clima de não-violência.

A participação envolve os grupos sociais onde o indivíduo está inserido.



Neste pilar é essencial a presença da família, amigos, a participação nos diferentes contextos sociais e o exercício da cidadania.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), o envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem os indivíduos, famílias e nações. São eles determinantes:

Transversais: a cultura que determina o processo de envelhecimento através das tradições, atitudes e valores; e o género através de politicas que podem ser discriminatórias condicionando o envelhecimento nos diferentes géneros.

Relacionados com os serviços de saúde e sociais: a promoção da saúde e prevenção; os serviços curativos quando os primeiros não conseguem evitar o surgimento da doença, sendo de referenciar os cuidados de saúde primários e o acesso aos medicamentos; o tipo de cuidados, a longo prazo, prestados por cuidadores informais e formais de forma a garantir a qualidade de vida do idoso com maior dependência; a saúde mental nomeadamente através de subdiagnósticos.

Comportamentais: consumo de tabaco com consequente diminuição da esperança média de vida e doenças que lhe são associadas; atividade física e mental cuja atividade regular retarda declínio funcional e cognitivo com ganhos na autonomia e participação; alimentação saudável ou os seus desequilíbrios devidos a subnutrição baixos por recursos. dificuldade de falta acesso. de conhecimentos, perda de dentes, doença, isolamento social e deficiência cognitiva ou física, alimentares; ou por excessos deficiente saúde oral com impacto direto na e autoestima saúde dos indivíduos: consumo excessivo de álcool e a não adesão medicamentosa através do abandono da medicação ou automedicação.

Pessoais: peso da biologia e da genética sendo que o meio ambiente, alimentação e estilo de vida são fatores que condicionam esta determinante pessoal; fatores psicológicos nomeadamente a inteligência e a capacidade cognitiva.

Ambiente Físico: barreiras arquitetónicas que potenciam o isolamento social, a redução da resistência física, problemas de mobilidade e quedas; a localização da residência; acidentes domésticos e rodoviários, catástrofes naturais; água potável; ar puro; alimentos seguros.

Sociais: o apoio social existente; aprendizagem permanente; oportunidade de educação, proteção contra a violência e maus-tratos; paz.

Económicos: rendimento disponível; sistemas de proteção social; trabalho e/ou ocupação.

Sendo objetivo principal do envelhecimento ativo aumentar expectativa de uma vida saudável e com qualidade, urge explicitar mais conceito amplamente utilizado nas mais variadas disciplinas, mas de difícil definição. Não existe uma definição única do conceito "qualidade de vida" variando de acordo com a abordagem pretendida: socioeconómica, biomédica, psicológica ou geral e holística. No entanto existe um consenso entre investigadores ao aceitarem a existência de três aspetos que são fundamentais na análise e operacionalização do conceito. A qualidade de vida é subjetiva uma vez que só pode ser avaliada pelo próprio individuo, é multidimensional, englobando físicos, psicológicos, sociais e ambientais e é dual estando sempre presente dimensões positivas e negativas. Para além do mais, varia ao longo da História dentro da mesma sociedade e de sociedade para sociedade de acordo com as diferentes culturas.

"É preciso chegar ativo à terceira idade, não lamentar o envelhecimento, mas encará-lo como uma celebração da sabedoria"

(Alexandre Kalache)

Poderíamos ser exaustivos com a enumeração de definições do constructo qualidade de vida, apresentando vantagens e desvantagens de cada tipo de abordagem. No entanto, para a análise da questão da qualidade de vida em pessoas idosas com dependência, parece-nos que o conceito apresentado pela Organização Mundial de Saúde, bem como a sua operacionalização, é o que melhor se adequa. Assim, qualidade de vida é uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, O nível independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Para a sua operacionalização deveremos considerar seis domínios cada um com os seus respetivos indicadores. A saber:

Domínio físico, cujos indicadores serão a dor e desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso;

Domínio psicológico, onde serão tidos como indicadores os pensamentos positivos, o pensar, aprender, memória e concentração, a autoestima, a imagem corporal e aparência;

Domínio do nível de independência, onde se avalia a mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação e/ou tratamentos, a capacidade de trabalho;

Domínio das relações sociais, com os indicadores relações pessoais, apoio social e atividade sexual;

Domínio do ambiente, cujos indicadores são segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidade de obter novas informações e habilidades, participação em atividades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruido, trânsito, clima), transporte;

Domínio espiritual, cujos indicadores serão a espiritualidade, religião, crenças pessoais.

Quando os parâmetros de saúde, participação e segurança durante o processo de envelhecimento se mantêm elevados encontram-se reunidas as condições para uma autoperceção de uma boa qualidade de vida por parte da pessoa idosa nos diversos domínios.













Contudo, muitas vezes, o aumento da longevidade implica o aparecimento de doenças crónicas, uma diminuição da participação social e o aumento do sentimento de insegurança.

Assiste-se com frequência a um aumento dos problemas de saúde que acarretam um aumento dos gastos com a medicação e a dificuldade de a perceber e aderir à prescrição terapêutica e a uma diminuição do rendimento disponível para outras atividades. Por outro lado, a diminuição da capacidade física, transforma em barreiras arquitetónicas características habitacionais que até então não constituíam qualquer entrave à mobilidade. Pequenos desníveis dentro da habitação, banheiras, móveis elevados, excesso de objetos, pisos frios que levam à colocação de tapetes, compartimentos estreitos, ausência de barras de apoio dificultam a mobilidade da pessoa idosa e colocam riscos à sua segurança. A existência de degraus de acesso ao exterior nas habitações são fator de isolamento social e de acesso a bens e serviços, uma vez que constituem barreiras à saída do domicílio.

O somatório destes pequenos handicaps empurram os idosos para situações de isolamento social, inatividade física e mental, subnutrição, exclusão, desadequada adesão à terapêutica e consequente perda de qualidade de vida. O aumento da dependência, entendida aqui como a dificuldade ou impossibilidade de executar com autonomia as atividades básicas de vida diária (tomar banho, vestir-se, comer, ir ao

wc, deslocar-se no quarto, manter o controlo dos esfíncteres, transferir-se) e as atividades instrumentais de vida diária (preparar refeições, realizar compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos) é muitas vezes consequência do somatório destes fatores.

Contrariar e reverter estas situações de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas é fundamental, mas nem sempre fácil. A inexistência de retaguarda por parte de filhos ou vizinhos que possibilitem a participação, o exercício da cidadania e o sentimento de segurança constitui uma das maiores dificuldades a ultrapassar. Por outro lado, a adaptação dos espaços habitacionais através de obras estruturais e/ou de colocação de sistemas elevatórios nem sempre são possíveis por razões arquitetónicas, económicas ou de resistência do próprio idoso. Por fim, mas não menos importante, as situações de grande dependência acarretam uma perda significativa da qualidade de vida, agravada, em muito, pela perda de autonomia e pelo isolamento social a que votam a pessoa.

Coloca-se agora a questão inicial. Poderá a institucionalização da pessoa idosa contribuir para um aumento da sua qualidade de vida?

O estigma associado à institucionalização dos idosos seja nas respostas sociais não residências de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, seja na resposta social de Estrutura Residencial Para Idosos constitui um dos principais entraves à intervenção precoce nas situações de perda de autonomia, isolamento social e insegurança e consequente melhoria da qualidade de vida da população idosa.

As instituições de apoio social sejam de caráter privado ou Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), desempenham um papel fundamental no envelhecimento ativo das populações, bem como numa diminuição das consequências negativas e melhoria da qualidade de vida dos idosos com níveis diferentes de dependência.

No entanto, a ideia de que a institucionalização é o último reduto para quando nada mais é possível fazer no domicílio, diminui as hipóteses de uma intervenção bem-sucedida e o retardamento de situações de dependência e consequente perda de qualidade de vida.

Existem diferentes graus de intervenção de acordo com as respostas sociais, mas em todas elas podem ser encontrados fatores que contribuem para o aumento da qualidade de vida do idoso. O estabelecimento do plano de cuidados individual, independentemente dos serviços e resposta pretendida, faz-se através de uma negociação com o idoso o que lhe possibilita o empowerment sobre as decisões que irão afetar a sua vida. Só por si esta capacidade de decisão melhora a perceção de si mesmo, a relação com o outro e a sua capacidade de participação.

"Saber envelhecer é a grande sabedoria da vida. Quando se é idoso, é preciso ser mais ativo do que na juventude e o trabalho segue sendo a melhor forma de ocupar o tempo ocioso.

(Johnny De Carli)

Se analisarmos os cuidados prestados no domicílio seja a nível dos cuidados pessoais, alimentação, limpeza dos espaços habitacionais, tratamento de roupa, apoio na administração de medicação, realização de compras e de pequenas adaptações no domicílio, acesso a atividades lúdicas, ao intervirem nos determinantes comportamentais, sociais e de ambiente físico, contribuem para uma melhoria da qualidade de vida em diversos domínios como o físico, psicológico, independência, relações sociais e ambiente.

A visita diária dos prestadores de cuidados possibilita a interação com terceiros ao mesmo tempo que estabelece ritmos diários. A melhoria dos cuidados pessoais contribui para a melhoria do estado físico e da autoestima. O apoio que é dado na mobilidade e organização do espaço habitacional, bem como a hipótese de ocupar outros espaços domésticos que habitualmente não eram utilizados por dificuldade de mobilidade, permite uma maior participação no seio familiar e independência ou facilidade nas deslocações. Por outro lado, os cuidados de limpeza da habitação e possibilitam tratamento de roupa ambiente mais seguro e adequado. Por fim, o acesso a uma alimentação equilibrada, de acordo com as suas necessidades, conduz, a médio prazo, a uma melhoria da saúde do idoso, contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida.

Se a resposta pretendida for o Centro de Dia, às melhorias acima referidas, acresce a interação social com os restantes idosos e colaboradores da instituição, a criação de rotinas, a possibilidade de adquirir novas competências e aprender novas habilidades,



o acesso a atividades desportivas adaptadas às problemáticas, o apoio na adesão à terapêutica e a facilidade de acesso a serviços de saúde.

Nesta resposta verifica-se um aumento da qualidade ao nível do domínio das relações sociais, sem serem descurados os restantes domínios fundamentais para a melhoria da qualidade de vida.

Analisando a resposta social da Estrutura Residencial para Idosos, esta maioritariamente procurada por idosos com elevada dependência ou senilidade acentuada cujos cuidados em casa já não são possíveis. Mesmo nestes casos, a institucionalização abre a possibilidade a uma melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa proporcionar maior autonomia na mobilidade através de espaços adaptados, interação social e participação através do uso de ajudas técnicas que possibilitam a transferência e a deslocação, o acesso a serviços de saúde personalizados através das equipas de saúde da própria instituição, a adequação da medicação e a sua administração correta, ao estímulo físico e intelectual.

Face ao exposto, a institucionalização pessoa idosa, adaptando os serviços necessidades sentidas em cada fase da sua vida, é uma estratégia a ter em conta no processo de envelhecimento ativo (centros de convívio e universidades sénior) ou quando o envelhecimento é acompanhado de um e/ou aumento de incapacidade física cognitiva. A institucionalização, através das suas diversas respostas e serviços, possibilita atenuar algumas das condicionantes que contribuem para uma diminuição da qualidade vida, bem como retardar suas consequências.

Fica em aberto a possibilidade de análise da melhoria da qualidade de vida da população idosa institucionalizada através da aplicação de questionários à entrada e 12 meses após a sua institucionalização.

"Se deseja a juventude,
acho que isso o faz ser
aquele velho estereotipado,
porque só vive na memória,
mora num lugar que não
existe. O envelhecimento é
um processo extraordinário
em que se torna a pessoa
que sempre deveria ter
sido."

David Bowie



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] World Health Organization. Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: World Health Organization; 2002.
- [2] Quintela MJ. Envelhecimento Activo, Grupo de Intervenção Comunitária (GIC) Idosos da Fundação Portuguesa de Cardiologia, [consultado 2019 setembro 20]. Disponível em: http://www.fpcardiologia.pt/envelhecimento-ativo-2/
- [3] Azevedo, MSA. O envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida: Uma revisão Integrativa. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.
- [4] Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira Educação Física e Esporte. 2012; 26 (2): 241-50.
- [5] Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Qualidade de Vida- Aspectos Conceituais. Revista Salus Guarapuava-PR. 2007; 1(1): 13-15.
- [6] World Health Organization. Men, Ageing and Health. Acheiving health across the span. Geneva: World Health Organization; 2001.

JEJUM INTERMITENTE, SERÁ BENÉFICO OU APENAS UMA MODA?

Ana Castro, Ângela Teixeira e Sara Almeida*

Com a prevalência da obesidade cada vez mais alta e sendo esta considerada a doença do século XXI, cada vez mais existe a necessidade de recorrer a novas abordagens nutricionais para a perda de peso. O jejum é metodologias uma das mais recentes utilizadas, assim este artigo consiste num levantamento bibliográfico onde se pretende esclarecer os mitos e verdades e ainda as evidências científicas desta nova abordagem. Este novo método rapidamente alcançou popularidade uma vez que se verificou que é um método mais fácil de seguir do que em dietas com restrição calórica (RC). Após análise verificou-se que existem diferentes tipos de jejum intermitente (JI): o jejum em (JDA), jejum periódico, alternados ingestão alimentar em horários restritos e jejum religioso. O Ramadão é a forma mais comum de alimentação com restrição de tempo e resulta numa perda de peso transitória, com evidências positivas nos marcadores metabólicos². Este último tipo de jejum mencionado não requer a restrição de energia, através de uma meta-análise de 2012 que consistiu em 35 estudos, durante o Ramadão verificou-se uma redução de peso de 1.24 Kg [intervalo de confiança (IC) de 95%, -1.60 a -0.88 kg].

Jejum

Intermitente



Em 16 estudos de acompanhamento, o peso médio recuperado durante as primeiras 2 semanas após o Ramadão foi de 0.72 Kg [IC 95%, 0.32 a 1.13Kg). Relativamente às melhorias metabólicas, alguns estudos apontaram que este tipo de jejum em diabéticos tipo 2 por 15 a 21 dias leva a uma redução clínica significativa dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) aproximadamente 0.5, indicando que o glicémico melhorou controlo significativamente.3

Também foram realizados alguns estudos em indivíduos normoponderais, onde a alimentação é realizada após o pôr-do-sol até ao nascer do sol, após 4 semanas verificou-se uma perda de peso corporal de 1 a 2 % bem como alterações na homeostasia da glicose: diminuição de 12 a 20% na glicose em jejum, diminuição de 52% na insulina plasmática em jejum, diminuição de 60% na resistência à insulina. 4

ABORDAGEM AO JEJUM INTERMITENTE

JDA

de jejum com dia consumo de 0 a 25% das NED durante 24h

Alternando com 1 dia de dieta "liberal"



Jejum periódico

Ocorre 1-2 dias de jejum durante a semana alternado com 5-6 dias de dieta "liberal"

Ingestão alimentar em horários restritos

Os indivíduos têm um período do

dia podem em que se alimentar seguido de um período de jejum que pode durar 12 a 16 horas

Ou seja, janela alimentar de 8 horas, entre as 10 e as 18 horas, seguido de um jejum entre as18-10 horas da manhã do dia seguinte



🖯 Ramadão

O consumo alimentar só é permitido desde o pôr-do-sol até ao nascer do sol.

DISCUSSÃO

Não existem muitos estudos sobre o impacto dos vários tipos de jejum no metabolismo humano. Os que existem referem reduções consistentes no peso corporal e melhorias no perfil lipídico plasmático bem como nos fatores glicoreguladores.⁴

JDA durante um curto período de tempo pode representar uma perda de peso leve, +/- 4%. Não apresenta efeitos na homeostasia da glicose.4

O jejum do Ramadão diminui a glicose plasmática, a insulina plasmática e a resistência à insulina em indivíduos saudáveis normoponderais apresentando uma perda de peso leve, +/- 1-2%. Não apresenta efeitos em mulheres com síndrome dos ovários policísticos.4

JI VERSUS RC

Estudos recentes sugerem que JI e JDA são igualmente eficazes como as RC para a perda de peso e proteção cardiovascular. O que permanece incerto, no entanto, é se o JI/JDA promove melhorias comparáveis nos indicadores de risco de diabetes, quando comparado com RC.²

Numa revisão que relaciona o JI e RC para a prevenção da diabetes tipo 2, que teve como objetivo comparar os efeitos do JI e JDA com a RC diária sobre o peso corporal, glicemia em jejum, insulina em jejum e sensibilidade à insulina em adultos com excesso de peso e obesidade, os resultados revelaram reduções superiores no peso por dietas RC vs JI/JDA e reduções comparáveis na gordura visceral, insulina em jejum e resistência à insulina. Em conjunto, os resultados revelaram a hipótese de que a alternativa de JI e JDA em relação a dietas de RC para perda de peso e redução de risco da diabetes tipo 2 em população com excesso de peso e obesidade, mas são necessárias mais pesquisas antes de conclusões mais sólidas.

A RC induz efeitos fisiológicos que podem limitar perdas de peso futuras ou até mesmo o ganho de peso após intervenção. Períodos de balanço energético durante tratamentos de perda de peso podem atenuar estas respostas adaptativas à restrição de energia e assim aumentar a eficiência da perda de peso, ou seja, a quantidade de peso/gordura perdida por unidade de défice de energia.

No entanto, não há evidência de melhorias nestes fatores, ou seja, ambas as opções são válidas como tratamento da perda de peso.⁵

As dietas Low-Carb (envolvem uma redução de 25-30% das necessidades energéticas diárias): Devem ser individuais dependendo das necessidades energéticas de cada indivíduo e da severidade da obesidade.



O JI envolve restrição calórica de um a vários dias por semana ou diariamente com o prolongamento do jejum noturno. Estudos mostram que ambas as dietas podem levar a uma redução da massa gorda e melhoria nos parâmetros metabólicos em pacientes obesos, incluindo aqueles com Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) associada.



Efeitos das dietas low-carb:⁶

✓ É esperada uma perda de 10% do peso corporal como objetivo, no entanto em pacientes com IMC>35 ou IMC>30 com doenças metabólicas associadas é recomendada uma perda de 15-20% de peso corporal para obter benefícios para a saúde.

✓ A dieta é composta por uma fase de redução de peso (4 a 12 semanas) seguida de uma fase de estabilização de peso e vai depender das necessidades energéticas de cada indivíduo.

Very Low-Carb Diets (dietas muito pobres em hidratos de carbono)⁶:

✓ Fornecem apenas 800 kcal/dia e servem de estratégia para uma rápida perda de peso.

√ Há um maior risco de esteatose hepática, litíase biliar e deficiência em vitaminas e minerais.

✓ Só deve ser implementada sob necessidade extrema e em doentes internados.



Estes efeitos aparecem não só pela perda de peso, mas também pela ativação de vias metabólicas especificas nas condições de jejum6.

✓ Redução de 7% de massa corporal acompanhada de atividade física levou a uma diminuição de 58% da morbilidade na DM2 em comparação com uma diminuição de 31% em pacientes com 1700 mg de metformina, durante 2 anos.

✓ Atuação deve iniciar sempre pelas mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares.

✓ Distribuição de macros: 45-55% hidratos de carbono, 15-25% proteína, 25-30% lípidos com redução de 500 a 800 kcal/dia em relação às necessidades energéticas diárias.

✓ Quando há um maior fornecimento de proteína, há também mais facilidade em perder o peso e prevenir a recuperação do mesmo devido ao aumento da saciedade, preservação da massa livre de gordura e um gasto energético sustentado via termogénese induzida por dieta.

✓ As dietas hiperproteicas (1.2 g/kg/dia) numa dieta de perda de peso em mulheres obesas pós-menopáusicas eliminam as melhorias associadas no que diz respeito à sinalização de insulina nos músculos em comparação com dietas normoproteicas (0.8g/kg/dia). Daí que a distribuição de macros deva ser considerada sempre de forma individual.

✓ Apesar da educação alimentar ser de extrema importância na manutenção do peso após intervenção, alguns estudos mostram que o aconselhamento alimentar pós intervenção apenas tem efeito em 1/3 dos pacientes nos quais se mantém uma perda de peso maior ou igual a 5%.



JDA

O JDA envolve dias durante os quais não são consumidas calorias, e dias durante os quais alimentos e bebidas são consumidos ad libitum. Em 2007, Varady e Hellerstein analisaram estudos de JDA em roedores e concluíram que esse regime de jejum foi tão eficaz quanto a simples RC na redução do peso associado à obesidade corporal concentrações de insulina e glicose em jejum. Modelos de JDA em roedores obesos também demostraram redução das concentrações totais de colesterol plasmático e triglicerídeos, redução da esteatose hepática e expressão de genes inflamatórios, bem como, benéficos no risco de cancro.

Outro estudo sobre o JDA, que aborda um protocolo de investigação (Adultos Obesos) onde: em dias de jejum, os participantes consumiam uma refeição única de 500 kcal no horário de almoço entre as12-14 horas ou os

participantes consumiam uma refeição única de 500 kcal no horário de jantar, entre as 18-20 horas ou os participantes consumiam as 500 kcal distribuídas por refeições de 100 a 300 kcal cada ao longo do dia. Após 8 semanas, o peso corporal diminuiu até 4% em todos os grupos, não havendo alterações na homeostasia da glicose. Este estudo apresenta bastantes limitações ao nível das medições da homeostasia da glicose e na duração do mesmo.⁴



ALTERAÇÕES NO PESO E NA COMPOSIÇÃO CORPORAL

Duas mulheres com mesmo peso e IMC, mas com composição corporal bem diferente. Weight: 52kg Weight: 52kg



Quase todos os estudos de JI resultaram num grau de perda de peso e associada também a perda de massa gorda, variando de 2.5 a 9.9%. Heilbronn e colaboradores (2005)8 avaliaram 22 dias de JDA em 16 indivíduos saudáveis com IMC normal. O JDA resultou em menor perda de peso (2,5%), perda de gordura (4%) e aumento da oxidação de gordura. Eshghinia e Mohammadzadeh (2013)9 avaliaram 6 semanas de JDA em mulheres com sobrepeso ou obesidade o que levou a 7,1% perda de peso e 5,7% de perda de gordura visceral.¹⁰

CONCLUSÃO

Em conclusão, o método de JI mantém-se como boa estratégia a implementar em pacientes com objetivo de perda de peso, com ou sem doenças metabólicas associadas uma vez que apresenta a possibilidade de ter alguns dias de ingestão liberal.

Ainda assim, é necessário realizar mais estudos em que a amostra populacional seja maior, em que existam grupos de controlo com com indivíduos uma alimentação "normal" e que exista maior rigor na análise dos marcadores metabólicos (glicose em triglicerídeos insulina em jejum, plasmáticos, entre outros) e que esses estudos sejam também de longa duração para que seja possível perceber, após atingir o peso objetivo, com que prevalência há reincidências na recuperação do peso após tratamento.

COMPOSIÇÃO COPRPORAL - MUITO ALEM DO PESO MESMO PESO, COMPOSIÇÕES CORPORAIS DIFERENTES Altura: 1,80 m Peso: 100 kg IMC: 30 kg/m² Massa gorda: 30% Altura: 1,80 m Peso: 100 kg IMC: 30 kg/m² Massa gorda: 15%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [[1] Johnstone A. Fasting for weight loss: an effective strategy or latest dieting trend? International Journal of Obesity. 2015; 39: 727–733.
- [2] Barnosky AR, Hoddy K K, et al. Intermittent fasting vs daily calorie restriction for type 2 diabetes prevention: a review of human findings. Translation Research. 2014; 164(4): 302-311.
- [3] Patterson RE, Sears DD. Annual Review of Nutrition Metabolic Effects of Intermittent Fasting. Annu. Rev. Nutr. 2017; 37:371–393.
- [4] Varady KA. Impact of intermittent fasting on glucose homeostasis. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2016; 19(4):300-302.
- [5] Seimon RV, Roekenes JA, et al. Do intermittent diets provide physiological benefits over continuous diets for weight loss? A systematic review of clinical trials. Molecular and Cellular Endocrinology (2015), [consultado em 2019 setembro 16]. Disponível em: 10.1016/j.mce.2015.09.014.
- [6] Zubrzycki A, Cierpka-kmiec K, Kmiec Z, Wronska A. The Role of low-calorie diets and intermittent fasting in the treatment of obesity and type-2 diabetes. journal of physiology and pharmacology. 2018; 69(5): 663-683.
- [7] Varady KA Hellerstein MK. Alternate-day fasting and chronic disease prevention: a review of human and animal trials. Am J Clin Nutr. 2007; 86(1): 7-13.
- [8] Heilbronn LK, Smith SR, Martin CK, Anton SD, Ravussin E. Alternate-day fasting in nonobese subjects: effects on body weight, body composition, and energy metabolism. Am J Clin Nutr. 2005; 81:69-73.

[9] Eshghinia, S.; Mohammadzadeh, F. The effects of modified alternate-day fasting diet on weight loss and CAD risk factors in overweight and obese women. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2013, 12(4); 1-4.

[10] Stockman M-C, Thomas D, et al. Intermittent Fasting: Is the Wait Worth the Weight? Curr Obes Rep. 2018; 7(2):172-185.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SAÚDE MENTAL:

PROMOVER A TRANSFORMAÇÃO E INTEGRAR A MUDANÇA

Analisa Candeias*. **. ***

Falar sobre pessoas é falar sobre relações. E estas, as relações, não se cingem apenas àquele contacto que existe entre contacto indivíduos, àquele fugaz quotidiano, que nos leva a acreditar que não passa mesmo disso - algo esquivo e sem importância. No entanto, nunca uma pessoa fica a mesma após uma qualquer conexão com outro ser humano – fica maior, mais completa, com outro conhecimento. Talvez, por isso, as relações humanas sejam complexas e, ao mesmo tempo, muito satisfatórias, visto que acrescentam sabedoria ao que já dominamos.

Para que estas conexões ocorram com sucesso é imprescindível que exista, antes de mais, uma relação connosco próprios. Ou, pelo menos, a consciência dessa relação, que poderá já ser um primeiro passo para a aceitação daquilo que são as práticas do autoconhecimento e as da autoestima. Esta nem sempre é uma relação fácil, ou segura, pois muitas vezes faz-nos pensar mais do que estamos habituados – ou gostaríamos.

Conhecer o que somos permite-nos determinar estratégias de relação, não no sentido de proveito pessoal, mas sim no sentido de nos desenvolvermos e potencializarmos.



^{*} Professora Adjunta na Universidade do Minho. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) – Núcleo Universidade do Minho.

^{**} Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela Ordem dos Enfermeiros.

^{***}Doutoranda em Enfermagem, pela Universidade Católica Portuguesa. Título de Especialista em Enfermagem, pela Universidade do Minho. Mestre em Gestão – Setor Público e Administrativo, pela Universidade de Évora. Mestre em Enfermagem – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela Universidade Católica Portuguesa. Licenciada em Enfermagem, pela Universidade do Minho.



Numa organização existem pessoas. Podem ser pessoas que trabalhem com produtos, pessoas que trabalhem com ideias ou pessoas que trabalhem com pessoas. Existem igualmente, hoje em dia, uma infinidade de organizações, com diferentes objetivos e classificadas em diversas categorias – no entanto, o centro destas ideias escritas ficará pelas organizações onde existem pessoas. Este centro remete para uma noção de respeito perante o trabalho e o desempenho daqueles que fazem parte dessas organizações – que, sem eles, não seriam passíveis de serem preservadas.

A gestão de recursos humanos vai muito para além daquilo que é a execução de horários, formalização de férias ou alcance de indicadores. Numa organização que busque a continuidade, embora, muitas vezes, apresentando uma constituição mutável e complexa, é necessário que um dos seus objetivos estratégicos seja o desenvolvimento

"A qualidade do seu trabalho tem tudo a ver com a qualidade da sua vida." desenvolvimento do seu capital humano, a aposta na pessoa, tendo em conta as diferentes dimensões em que a mesma se movimenta, como por exemplo a dimensão social, política ou cultural.

De igual forma, é necessário que as organizações desenvolvam programas que visem promover a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a Saúde Mental (SM) dos seus trabalhadores, pois ambas contribuem para o aumento da produtividade, da realização profissional e do bem-estar.

Assim, é objetivo destas ideias escritas deslindar um pouco aquilo que são estes dois conceitos, tendo em conta a sua possível relação, e refletir sobre a sua importância para a conceção e evolução estratégica das organizações. Porque, além das relações que uma organização pode apresentar com o mundo exterior, é importante que a mesma conheça e saiba cuidar das relações internas que existem entre as suas pessoas – e das quais depende o seu sucesso.



SOBRE A (POSSÍVEL) RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E A SAÚDE MENTAL

Antes de iniciarmos qualquer tipo de descrição sobre uma possível relação entre a QVT e a SM, será necessário estabelecer um breve rumo conceptual sobre estas duas variáveis, possíveis de serem relacionadas e passíveis de serem desenvolvidas. Não será este um trabalho introdutivo a qualquer tipo de investigação formal que esteja a ser desenvolvida neste momento, mas sim uma reflexão sobre a importância da QVT e da SM nas organizações e a sua consequente promoção.

Tendo em conta a definição da World Health Organization, no seu site, a SM pode ser definida como um "estado de bem-estar no qual o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, pode fazer frente às tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de realizar uma contribuição na sua comunidade".

Esta é uma definição algo complexa, visto que implica um autoconhecimento efetivo cada indivíduo sobre aguilo realmente o compõe e sobre aquilo que é capaz; esta definição acarreta ainda a ideia ausência de SM não que a necessariamente sinónimo de presença de doença mental - pelo contrário, são representativas as pessoas que, embora apresentando uma doença mental, manifestam índices elevados de SM.

Os determinantes da SM são diversos e não devem ser considerados apenas ao nível do campo individual, mas sim englobados naquilo que é são as condições circundantes da pessoa. ³

A título de exemplo, ao nível individual podemos mencionar a capacidade da pessoa em saber lidar com OS seus pensamentos, emoções e sentimentos, e a capacidade de se relacionar com os outros; das condições circundantes, podemos mencionar as ambiências sociais, culturais. familiares e espirituais, abarcam a execução de políticas nacionais e internacionais, a promoção da saúde e prevenção da doença, o acesso à educação ou a liberdade de expressão religiosa. O risco no equilíbrio da SM é proporcional às condições de vida, à violência, à pobreza ou à iliteracia; sabemos também, hoje em dia, que as condições laborais e profissionais podem ser gatilhos no desenvolvimento de doença mental, assim como o desemprego ou a falta de perspetivas de crescimento individual dentro do cumprimento de uma missão organizacional.

Passando agora ao enquadramento conceptual da QVT, é necessário esclarecermos que não existe um consenso no que diz respeito à sua definição, o que torna um pouco difícil a sua abordagem. Atendendo a este facto, iremos explorar algumas definições daquilo que poderá ser a QVT, relacionando-as com as suas potenciais dimensões. Além disso, tendo em conta que QVT é um conceito subjetivo e que não existe (no momento) uma organização que se dedique apenas ao estudo desta variável, consideramos que a QVT pode significar uma diferente realidade para cada pessoa. Deste modo, torna-se igualmente urgente, nos dias estabelecer uniformização correntes, uma naquilo que diz respeito ao seu conceito e à avaliação das suas dimensões, podendo esta uniformização conduzir ao estabelecimento de estudos comparativos entre os muitos grupos profissionais existentes.

A QVT pode ser considerada como um método, como uma forma de trabalho, como o absoluto





numa organização e até como um movimento, apresentando-se como "um modo de refletir sobre as pessoas, o trabalho e as organizações", através da preocupação com o impacto do trabalho na pessoa e com a participação no ambiente organizacional, incluindo na tomada de decisão. Tendo em conta Chiavenato, a QVT pode ser considerada como uma forma de "criar, manter e melhorar o ambiente de trabalho, seja nas suas condições físicas - higiene e segurança - seja nas suas condições psicológicas e sociais", conduzindo esta ação ao bem-estar e satisfação da pessoa no seu local de trabalho. Ainda de acordo com Rose, LooSee, Uli & Idris, a QVT baseia-se na conceção de que as pessoas são o dentro recurso mais importante organização, sendo responsáveis e capazes de efetuar grandes contribuições, devendo ser tratadas com dignidade e respeito, usufruindo de boas condições no que diz respeito aos espaços físicos e administrativos, assim como às condições de saúde.



A par do desenvolvimento, da mudança e do contínuo dinamismo, tão em moda hoje em dia, é necessário que as organizações estimulem mudanças internas a nível político, económico e social, no sentido de conhecer e promover a QVT, tendo em conta que esta pode ser considerada como uma alavanca da criatividade e da produtividade.

Referem Ghassabkar e Mirjafaqui⁸ que a QVT pode funcionar como um equilíbrio entre as diferentes facetas que constituem a vida da pessoa, sendo fundamentada por determinadas dimensões, tais como salário justo e adequado, ambiente de trabalho seguro e higiénico, visão de crescimento profissional e desenvolvimento das capacidades do trabalhador ou coesão social na organização. Podemos igualmente aludir a Klein, Pereira e Lemos, que referem que a promoção da QVT levam à renovação e ventilação do clima organizacional, indicando algumas das suas possíveis dimensões, como a satisfação da pessoa no e com o trabalho, o relacionamento com a chefia e a liberdade no ambiente de trabalho.

Independentemente da definição de QVT adotada pelas diversas organizações que a queiram desenvolver e promover, existe uma ideia fundamental subjacente a esta ação:

a QVT deve centrar-se na pessoa, no trabalhador, e na relação estabelecida com a

própria organização, que vai muito para além da concretização de objetivos e da determinação de indicadores de produção. Embora sendo um conceito subjetivo, QVT não é, nos dias hodiernos, um conceito que se deva considerar abstrato; é, por si mesmo, um conceito que permite arquitetar pontes e articulações dentro (e fora) da organização, proporcionando aos trabalhadores a possibilidade de crescerem enquanto pessoas e enquanto profissionais.

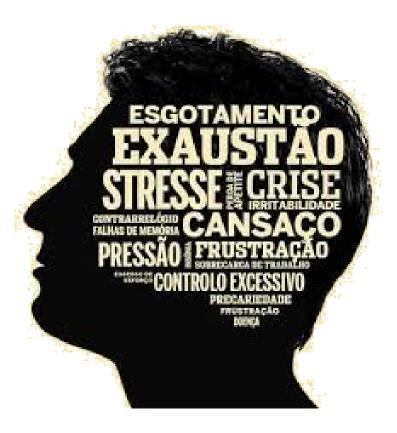
"Quem é exigente com a qualidade dos produtos, mas não com a sua qualidade de vida, trai a sua própria felicidade."

Augusto Cury

A possível relação entre a QVT e a SM pode passar, em primeiro lugar, por uma análise diagnóstica, interna à organização, sobre os índices de QVT e de SM dos trabalhadores – apresentando a gestão de recursos humanos uma parte essencial neste processo. Tendo em conta esta análise, os decisores, em conjunto com os restantes elementos da organização, poderão estabelecer uma estratégia que vise manter ou aumentar estes índices.

Também será necessário um esclarecimento daquilo que é a missão e a visão da organização junto das pessoas que a constituem, no sentido de as englobar no mesmo caminho estratégico. Sabemos que elevados índices de QVT influenciam elevados índices de SM8,9, o que poderá concorrer para elevados índices de motivação, envolvimento e felicidade no trabalho.

Em segundo lugar, a relação entre a QVT e a SM pode passar pela articulação da organização com a comunidade e com os seus stakeholders, partes interessadas no seu sucesso. O apoio de profissionais de saúde no desenvolvimento de práticas de promoção da QVT e de SM, ou apenas o seu apoio em consultadoria, implica um conhecimento mútuo de necessidades e apelar às unidades de assistência em saúde que circundam a área geográfica da organização pode proporcionar estratégia mais sólida e unificada. A articulação da organização com os seus stakeholders deve ser privilegiada, pois o desenvolvimento de pontos de interesse de ambas as partes implica uma ação de produção pensada e partilhada, existindo outro tipo de firmeza nas escolhas assumidas.



Ainda muito existe a realizar no âmbito da relação entre a QVT e a SM, tendo em conta que ambas são essenciais para a satisfação e o bem-estar da pessoa que faz parte de uma organização. A nível académico, é urgente o desenvolvimento de trabalhos de investigação nesta área, proporcionando conhecimento científico para que se possam dar alguns passos em frente; a nível organizacional, é essencial o desenvolvimento de ações que passem por reconhecer a importância destas variáveis no êxito de produção. Convidamos, para o futuro, a que se estabeleçam sinergias entre os dois níveis de atuação, visto que ambos são imprescindíveis e que existe apenas ganho se o trabalho for efetuado em conjunto - tendo, como fim último, a visão integral da pessoa no seu local de trabalho.



Iniciámos estas ideias escritas com a noção de relação interpessoal e a importância da mesma naquilo que é o desenvolvimento das organizações. Sendo as mesmas alicerçadas por pessoas, é importante que temáticas como a QVT e a SM sejam exploradas de forma a potenciar capacidades e competências. A aposta nestes alicerces implica, igualmente, uma aposta naquilo que é o movimento íntimo de cada um, que poderá ser multiplicado aquando o contacto com o outro.

Existe ainda um caminho a ser percorrido naquilo que é o estudo e desenvolvimento da QVT e da promoção da SM no trabalho. No entanto, este caminho deve ser percorrido numa harmonização entre o que é o movimento interno

e externo da organização, posicionandose esta no meio de uma sequência privilegiada de um possível sucesso e uma concretização da sua responsabilidade social.

Tendo em conta que a promoção da transformação e a integração mudança se conquistam em passos pensados cuidados. cabe às e descobrirem organizações os seus capitais e otimizá-los de forma a que esta promoção e integração sejam estabelecidas de forma instintiva e natural. A espontaneidade desta postura intensificar ritmo de poderá O crescimento das organizações, tornando mais concretos os seus propósitos na sua envolvente, contribuindo assim para a evolução da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]Website World Health Organization [http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/]. Geneva: World Health Organization [consultado 2019 Ago 17]

[2] World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

[3]World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.

[4]Candeias A. A Motivação como Variável Determinante da Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E.. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora; 2010.

[5]Nadler DA & Lawler EE. Quality of Work Life: Perspectives and Directions. Organizational Dynamics. 1983; 11: 20-30.

[6]Chiavenato I. Recursos Humanos – O Capital Humano das Organizações (8ª ed.). São Paulo: Editora Atlas; 2004.

[7]Rose RB, LooSee B, Uli J & Idris K. Quality of Work Life: Implications of Career Dimensions. Journal of Social Sciences. 2006; 2(2): 61-67.

[8]Ghassabkar G & Mirjafari SA. Investigating the Relationship between Self-Efficacy and Quality of Work Life with Creativity among Employed Male and Female Teachers in the Education of Deylam and the Countryside. Indian Journal of Positive Psychology. 2018; 9(2): 275-278.

[9]Klein LL, Pereira BAD & Lemos RB. Qualidade de vida no trabalho: Parâmetros e avaliação no serviço público. Revista de Administração Mackenzie. 2019; 20(3): 1-35.

PROBLEMÁTICA DA SINISTRALIDADE RODOVIÁRIA - IMPLICAÇÕES DAS ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS NA POPULAÇÃO SÉNIOR PARA A PRÁTICA DA CONDUÇÃO DE VEÍCULOS A MOTOR

Liliana Mendes*



SINISTRALIDADE RODOVIÁRIA - POTENCIAIS CONSEQUÊNCIAS

Os acidentes rodoviários têm-se evidenciado um dos maiores problemas de saúde pública. Segundo a World Health Organization (2018)¹ mundialmente, todos os anos morrem mais de 1.35 milhões de pessoas (8ª causa de morte) em todas as faixas etárias e cerca de 50 milhões de pessoas ficam incapacitadas. Apesar da diminuição do número de mortes nos países desenvolvidos, as vítimas são na generalidade peões, ciclistas e motociclistas, na sua maioria do sexo masculino (73%), com menos de 25 anos.

Dados da ANSR, em Portugal entre 2012 e 2016 registou-se um decréscimo de acidentes rodoviários (2012:75 e em 2016: 53) com vítimas mortais e feridos graves. Quanto à sinistralidade rodoviária, verificou-se que em 2017, 18% das vítimas mortais são peões (48% do sexo feminino e 52% sexo masculino), maioritariamente adultos e idosos com idades compreendidas entre os 55 e >75 anos de idade, 45,7% conduziam veículos ligeiros e 18,2% motociclos.

^{*}Universidade de Coimbra – Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde, ICNAS, Coimbra, Portugal.

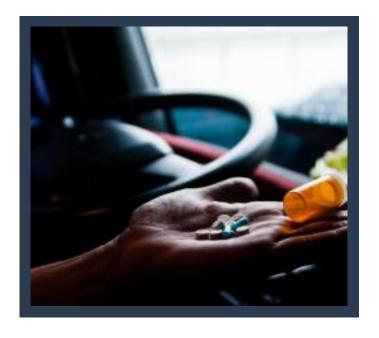
Estes números devem-se a múltiplos fatores, nomeadamente, o excesso de velocidade, o incumprimento do código da estrada e o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de medicamentos, a fadiga (e.g. trabalho por turnos) e alterações da acuidade visual.

Estes também evidenciam potenciais consequências humanas, sociais, psicológicas e económicas, ou seja, para além das vítimas mortais, os sobreviventes que ficam limitados/incapacitados fisicamente a curto ou a longo prazo, correm maior risco de desenvolver perturbações psicológicas.

Alguns estudos demonstram os efeitos psicossociais e psiquiátricos consequentes do acidente rodoviário, na sua maioria (46% após um ano e 36% após 6 meses) existe comorbilidade de Perturbação Depressiva Major em indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Consequentemente após um grave acidente rodoviário esperamos alterações no comportamento do condutor, especialmente fobia na condução (77%) e problemas de ansiedade.³





Dados relativos ao impacto dos acidentes rodoviários no desenvolvimento problemas familiares⁴ refletem que 85% das famílias declinam na qualidade de vida. Também, economicamente, a "perda" de um indivíduo produtivo, acarreta custos de tratamento normal (emergência e os iniciais) e de tratamento de lesões graves (cuidados continuados, como a reabilitação física e neuropsicológica; prestação de cuidados, domiciliários apoios familiares) e significando cerca de 4% do produto interno bruto.

Alguns autores ⁵ confirmam que, além das consequências psicológicas e por vezes físicas (e.g. amputações, paralisias) o acidente pode causar défices/incapacidades neurológicas/cognitivas que interferem significativamente na vida do sujeito, dificultando o seu quotidiano.

Este estado é definido como Handicap, o défice (e.g. traumatismo ou seja, craniano grave, moderado ou ligeiro) provoca disfuncionamento ou alteração mecanismos cognitivos diminuição de funções executivas, da da concentração, atenção) impossibilitando o sujeito de gerir as consequências do défice/incapacidade (e.g. dificuldades de planeamento de atividades), pelo que se irá repercutir ao nível pessoal, privado (ajustamento familiar) e social.

Maioritariamente, em 80% dos indivíduos que são vítimas de acidentes rodoviários, manifestam dores no pescoço pós-palpação, dores musculares, dor de cabeça, dormência desde o pescoço aos braços.

O conjunto desta sintomatologia devese à hiperextensão rápida e flexão dos músculos do pescoço sem traumatismo externo da cabeça e se perda de consciência, sendo assim definida como whiplash.5,6 Comparatilesão vamente, o whiplash e o traumatismo ligeiro têm craniano implicações somáticas como, dor crónica, vertigens e tonturas, implicações cognitivas, como a atenção, a memória e a concentração; e psicoafectivos (ansiedade, depressão, baixa autoestima, irritabilidade. labilidade emocional, baixa resistência à frustração, impulsividade, apatia, entre outras).

Estima-se que em 2020 os acidentes rodoviários sejam a 2ª maior causa de morte, tornando-se assim relevante utilizar medidas de intervenção ainda mais eficazes que permitam a

diminuição de mortes e de incapacitados; dos custos médicos e de reabilitação; assim como, melhorias dos cuidados continuados mesmo que estes não possam ser muito prolongados (particularmente no caso de pessoas com graves incapacidades) de forma a promover a autonomia do indivíduo e a qualidade de vida1.

Após traumatismo craniano grave com lesões cognitivas, também afeta significativamente o comportamento de condução, ou seja, uma vez que os indivíduos manifestam funcionalidade física acima dos 80%, deduzem que os de 3 memória, problemas atenção, orientação temporal ou espacial, inapropriadas reações emocionais, agressividade, entre outros, não nenhum obstáculo para a condução. Assim, será importante integrar o indivíduo num intensivo e multidisciplinar programa de reabilitação neuropsicológica para autonomamente conduzir um veículo em segurança.8

Também as lesões neurológicas resultantes do traumatismo craniano grave, podem trazer repercussões muitas vezes irreversíveis para vítima. nomeadamente, o abandono da atividade profissional (por incapacidades físicas neurológicas) e/ou ou tornar-se dependente da prestação de cuidados de terceiros (familiares), que por força da circunstância podem não estar física e psicologicamente (e por vezes financeiramente) preparados para reorganização dos planos vida individuais e familiares.⁹

CONDUTORES SENIORES Quanto à população idosa, A condução é uma tarefa visual/cognitiva

Quanto à população idosa, comparativamente às crianças e aos adolescentes, verificamos que este grupo é bastante propenso a morrer ou a sofrer de lesões incapacitantes devido a acidentes de automóvel ou atropelamentos.

Assim, condutores idosos os (profissionais/ não profissionais) não são tanto um risco para os outros utentes da via mas sim, um risco para si próprios, i.e., não apresentam risco para a segurança dos transportes dos outros, mas são mais frágeis, tornando-os vulneráveis a lesões físicas, aumentando em consequência o risco de morte numa situação de acidente.¹⁰ Neste sentido, os condutores mais velhos apresentam maior taxa de uma sinistralidade rodoviária com vítimas mortais, mas, a taxa de feridos/lesões é menor.

Esta prevalência, deve-se ao facto de que com o envelhecimento doenças como a depressão, os acidentes vasculares cerebrais, a dor crónica, a doença de Parkinson. demência, alterações a auditivas e visuais, entre outros, são mais diminuindo assim frequentes, capacidade de perceção do risco na condução.

complexa pois envolve o estado mental, visual, atenção construção visual memória, assim, é improvável que avaliação/prevenção da saúde e da função ocular por si só seria suficiente para prever a frequência de acidentes, no entanto, esta habilidade durante a condução particularmente importante, uma vez que, condutor nesta tarefa terá rapidamente captar e direcionar a atenção visual aos eventos da periferia.

Porque o condutor sénior não apresenta um risco para si próprio, não significa que se tenham de limitar o desenvolvimento de medidas de segurança direcionadas a este público, nem se pode concluir que todos os condutores idosos, mantêm todas as competências para continuar a conduzir em segurança. Tudo depende da condição física e psicológica.





Aplicação da realidade virtual no treino de competências de condução

A realidade virtual (RV) é de domínio multidisciplinar estando cruzados conhecimentos da ciência, tecnologia e das ciências humanas. Através de um computador, o indivíduo pode em tempo real, interagir com outras pessoas em forma de avatar, num mundo artificial imaginário ou simbólico. Esta nova forma interação, contribui para desenvolvimento de ambientes virtuais relevantes diagnóstico, o para tratamento, reabilitação e avaliação, nas mais variadas áreas, nomeadamente, na medicina, psicologia/psiquiatria neuropsicologia.

Por exemplo, na medicina, os ambientes virtuais têm sido utilizados na distração e redução da dor, ou como treino e planeamento de sessões de cirurgia.

Também na psicologia/psiquiatria, estas aplicações têm sido utilizadas para tratamentos da ansiedade, fobias (por exemplo falar em público), stress póstraumático ou como método auxiliar na

terapia comportamental, mais propriamente, em perturbações obsessivo-compulsivas.

Esta tecnologia possibilita também a reprodução e treino de situações comuns de atividades de rotina, como comer, andar, em pessoas com doença de Parkinson, entre outros.

A população clínica é diversificada, i.e., tem aplicabilidade em perturbações da funções atenção de executivas decorrentes de traumatismo craniano/lesões cerebrais, ou manifestadas tipicamente em de perturbações hiperatividade com défice de atenção, obsessivo-compulsivas ou na depressão; em perturbações da aprendizagem ou do desenvolvimento; ou degenerativas doenças Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer e, neste contexto, na avaliação da capacidade de condução.

alterações Em adultos com neurocognitivas, RV possibilita a reabilitação de processos cognitivos como a atenção, a memória, as funções executivas, a linguagem e capacidades visuo-espaciais; e em idosos como forma de diagnóstico precoce de sintomas associados por exemplo, a demências, em que põem risco a condução automóvel, e na verificação de estratégias maximizar independência a funcional. Assim, com a introdução dos videojogos interativos do desenvolvimento da tecnologia, OS gráficos computacionais aproximam cada vez mais as imagens do mundo virtual ao mundo real, sendo a RV um auxílio na simulação de ambientes virtuais, nos quais são ecologicamente adaptados e

LIMITAÇÕES PSICOMOTORAS E VULNERABILIDADE FÍSICA

cognitivas, da visão Alterações responsáveis psicomotoras, são pelas maiores taxas de sinistralidade rodoviária na população idosa. As limitações funcionais podem aumentar o risco de acidentes, enquanto que uma maior vulnerabilidade física aumenta a gravidade da lesão. Outra para elevada mortalidade a condutores idosos, está relacionada com o reduzido número de quilómetros percorridos, i.e., no geral pessoas que conduzem menos, aumentam as taxas de acidentes comparativamente aos condutores com mais experiência.10

Assim, existe uma necessidade crescente de apoiar os condutores mais velhos a aperfeiçoar as suas capacidades, bem como a reconhecer as suas dificuldades, adaptando a sua prática da condução às reais competências para a condução.

À medida que as pessoas envelhecem (processo que depende de cada indivíduo) as limitações funcionais e o declínio das funções motoras, como a força muscular, a coordenação e a capacidade de adaptação a mudanças súbitas na posição corporal, pode aumentar o número de colisões. Mas há poucas evidências de que o declínio nas funções visuais e cognitivas, como parte do envelhecimento normal, também tenham consequências na segurança rodoviária. Somente no caso de limitações psicomotoras, percetivas e cognitivas severas, a relação entre limitações funcionais e envolvimento em acidentes se torna visível (e.g. demência).

As limitações funcionais relacionadas com a idade, não interferem automaticamente na condução segura do condutor idoso. Por exemplo, a perceção das próprias limitações, a experiência de condução e a adoção de comportamentos de compensação (por exemplo conduzir em ruas menos movimentadas) podem favorecer a condução segura.







inseridos num contexto significativo e familiar, oferecendo vantagens aprendizagem, pois utilizam fatores lúdicos motivacionais para treinar funções, de entre as quais a condução. Dadas as limitações físicas de alguns utilizadores, uma das particularidades destes ambientes virtuais, permitem ser utilizados em casa, e até podem usufruir de serviços de

reabilitação à distância (Telereabilitação). A utilização de simuladores de condução pode auxiliar o treino de competências motoras/funcionais do idoso, como a consciência para as limitações, apoiando a adoção de comportamentos de compensação importantes à prática da condução segura, promovendo a redução da sinistralidade rodoviária.



Fatores e medidas que influenciarão futuros desenvolvimentos

São vários os fatores que podem contribuir para a redução atual do número de mortos de condutores profissionais/ não profissionais idosos, nomeadamente:

- ✓ Atendendo ao facto de que mais condutores idosos conduzirão num futuro próximo, é importante treinar as suas capacidades e competências em cenários próximos da realidade da condução (por exemplo, com recurso à tecnologia de realidade virtual), favorecendo a experiência na condução.
- ✓ Desenvolver ferramentas de avaliação neuropsicológica e psicomotoras, capazes de predizer o comportamento do condutor idoso.

- ✓ Desenvolvimento de programas educativos e de treino de competências sobre a segurança rodoviária, acessíveis a todos os condutores.
- √ No caso dos condutores profissionais/não profissionais com alterações/declínio cognitivo, desenvolver programas de reabilitação para compensar eventuais dificuldades na condução e aumentar a autonomia e a mobilidade

Referências Bibliográficas

- [[1] World report of road traffic injury prevention. World Health Organization, 2018 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/word_report/en/index.html, accessed 21 february 2019).
- [2] Dados de sinistralidade [online database]. Lisboa, Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (http://www.ansr.pt/default, accessed 23 february 2019).
- [3] Blanchard, E B, & Hickling E J. After the crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of motor vehicle accidents. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
- [4] Impact of road death and injury. Research into the principal causes of the decline in quality of life and living standard suffered by road crash victims and victi families. Proposals for improvements. Fédération Européenne des Victimes de la Route, 1995 (http://www.fevr.org/inglese/studies_researches.html, accessed 21 february 2019).
- [5] Meulemans, T. & Seron, X. L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale. Belgique: Pierre Mardaga. 2004.
- [6] Suissa, S., Harder, S., & Veilleux, M. The relation between initial symptoms and signs and the prognosis of whiplash. European Spine Journal. 2001; 10: 44-49.
- [7] Endo, K., Ichimaru, K., Komagata, M., & Yamamoto, K. Cervical vertigo and dizziness after whiplash injury. European Spine Journal. 2006; 15: 886-890.
- [8] Leon-Carrion, J., Dominguez-Morales, M.R., & Martin, J.M.B. Driving with cognitive deficits: neurorehabilitation and legal measures are needed for driving again after severe traumatic brain injury. Brain Injury. 2005; 19(3): 213-219.
- [9] Almeida, A., Pinna, D., Martins, F., Siebra, G., Moura, I. Reabilitação cognitiva de pacientes com lesão cerebral adquirida. CienteFico. 2004; 4(1): 3-12.
- [10]European Commission, Mobility and Transport. (https://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/old_en, accessed 21 february 2019)

Ficha técnica

Orgãos Fundadores

José Manuel Barbosa Teixeira Sérgio Casimiro da Costa Queirós Romeu Miguel Sousa de Oliveira

Edição

Diana Maia

Colaboradores

Vanessa Mendes Rita Lopes Andreia Moreira

Equipa Científica da Revista

Ana Paula Araújo Anabela Martins Cláudia Martins Ana Castro Ângela Teixeira Sara Almeida Analisa Candeias Liliana Mendes

Contactos

geral.apqv@gmail.com

+351 913 656 968

Rua António Manuel Marques Cerqueira Magro, Edifício Cidade Nova, Bloco D, R/C Fração B 4615-594 Lixa, Portugal

Seja sócio

Se é ativo e está interessado em colaborar na promoção da qualidade de vida, aqui tem a oportunidade!

É uma honra inclui-lo na APQV. Após o preenchimento dos seus dados, ser-lhe-á confirmada a sua inscrição, através dos contactos fornecidos. Após a admissão e notificação poderá pagar a sua quota anual de 12€.

Conheça os benefícios em ser sócio da APQV:

Coletivos

- Participação no Encontro Nacional de Sócios da APQV;
- Desenvolvimento de estudos e projetos;
- Possibilidade de participação em processos de agregação e negociação centralizada;
- Presença nos meios da APQV (website e páginas de social media);
- Acesso a eventos, congressos, conferencias, seminários, workshops, debates e encontros nos mais diversos moldes, sobre a gestão, desenvolvimento e liderança de Pessoas em contexto organizacional;
- Partilha de experiências através de "networking" personalizado entre profissionais das empresas associadas.

Individuais

(Inclui os sócios Desempregados, isentos de pagamento de quota)

- Acesso prioritário à informação divulgada pela APQV;
- Rede de benefícios de saúde, bem-estar, apoio à vida, lazer, educação, formação, conhecimento, cultura, etc;
- Descontos em eventos, congressos, conferencias, seminários, workshops, debates, encontros e ações de formação, nos mais diversos moldes, sobre gestão, desenvolvimento e liderança de Pessoas no contexto organizacional;
- Espaços de reflexão, trabalho em grupo, "networking", obtenção de "benchmarking" e conhecimento:
- Encontro semestral de "networking" exclusivo para associados;
- Áreas de suporte destinadas aos profissionais que gerem e lideram pessoas;
- Disponibilização de serviços online em termos de formação, consultadoria e coaching;
- Realização, difusão e publicação de estudos nas áreas de gestão de pessoas, desenvolvimento organizacional e liderança;
- Acesso a redes de colaboração geradoras de oportunidades em fases de transição de carreira;
- Acesso a blogue para partilha de ideias e lançamento de subjects sobre satisfação e expectativas;
- Surveys para questionar o que pretendem da APQV;
- Presença em diversas regiões do país através de filiais;Interação com instituições internacionais;

Seja sócio

Tu que és estudante, e também és ativo e estás interessado em colaborar na promoção da qualidade de vida, aqui tens a oportunidade!

É uma honra incluir-te na APQV. Após o preenchimento dos teus dados, ser-te-á confirmada a tua inscrição, através dos contactos fornecidos. Após a admissão e notificação poderás pagar a sua quota anual de 12€.

Conhece os benefícios em ser sócio da APQV:

Estudantes

- (Programa de Assessment;
- Programa de Mentoring; Aconselhamento profissional inicial;
- Assessoria remota com vista à melhoria das ferramentas para candidatura a postos de trabalho (Linkedin, CV, etc.);
- Disponibilização de plataforma dotada de artigos científicos sobre gestão de pessoas e desenvolvimento organizacional;
- Oportunidade de acesso a empresas associadas;
- Descontos em eventos, congressos, conferencias, seminários, workshops, debates, encontros e ações de formação, nos mais diversos moldes, sobre gestão, desenvolvimento e liderança de pessoas em contexto organizacional;
- Surveys para questionar o que pretendem da APQV;
- Presença em diversas regiões do país através de filiais;
- Interação com instituições internacionais



Rua Dr. António Manuel Cerqueira Magro, Edif. Cidade Nova, R/C, Lj. 8, Fr. L, 4615-594, Lixa Tel: 255 488 411 e-mail: geral.apqv@gmail.com

Colar foto	
tipo passe	

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - PESSOA SINGULAR

Nome			7. 7.			
	LOCALIDADE			CÓDIGO-POSTAL		
TELEFONE/TELEM	MÓVEL	_				EMAII
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				_		
Data	DE	Nascimento			ESTADO	Civii
		DI/OO				
NIF		BI/CC N.º				
HABILITAÇÕES A	CADÉMICAS					
		< 4 anos de escolaridade				
	Ensino	1º ciclo (4º ano)				
	Básico	2º ciclo (6º ano)				
		3º ciclo (9º ano)				
		Ensino Secundário	7	Especificar a Área:		
		Bacharelato				
	Ensino	Licenciatura	_			
	Superior	Mestrado	Π _			
		Doutoramento				
Empregad	ido(a) – Por cor o(a) – Por conta Reformado /IÇOS DA AP					
		FA	TURAÇÃO)		
PAGAMENTO:		Cheque □	Trar	nsferência bancária □	Numerário 🗆	
Modalidade:		Trimestral □		Semestral □	Anual □	
Declaro que todos os dados são verdadeiros. Se for aceite como associado da APQV, declaro que me comprometo a respeitar o Código de Ética e o Regulamento Interno desta Associação. Assinatura do Candidato			Decisão: ☐ Aceite ☐ Não aceite A Direção:			
				Data [.]		
	Data	// APQV – Associação Por		_		
(Quota de só	cio: 12€ / ano		N: PT50 0035 0309 000	076270 230 41	
,	~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	* Enviar comprovativo de pag			J. JE 10 E00 T1	



APQV

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DA QUALIDADE DE VIDA