

Envelhecimento (In) Ativo e Desenvolvimento Emocional em Reclusos

Vera Lúcia Araújo de Almeida

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

Envelhecimento (In) Ativo e Desenvolvimento Emocional em Reclusos

Vera Lúcia Araújo de Almeida

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

Orientadores: Professora Doutora Ana Galvão

Professor Doutor André Novo

Bragança, Outubro, 2012

Resumo

Este projeto pretende apresentar o contributo do programa de Exercício Físico e do Desenvolvimento Emocional nos reclusos. Para isso optamos por desenvolver um estudo de carácter Quantitativo, Exploratório, Quasi - Experimental, Longitudinal e Descritivo.

A amostra é constituída por 20 reclusos do Estabelecimento Prisional de Izeda, com idade média de $41,10 \pm 10,19$ anos, distribuída entre os 24 e os 67 anos. Dos 20 reclusos, 9 foram designados para integrarem o Grupo de Investigação e os restantes o Grupo de Controlo. A seleção foi feita de forma aleatória. O Grupo de Investigação foi submetido a um programa de atividades de duas a três sessões semanais, durante 8 semanas, tendo cada sessão a duração de 1:15 Horas.

Foi aplicada a escala EVCE e o questionário SF-36v2, com a complementaridade das avaliações do estado funcional dos reclusos.

As características psicométrica obtidas na escala EVCE e no questionário SF-36v2 permitem-nos verificar que neste estudo se obtém uma boa consistência interna.

Após a realização das sessões de intervenção, verificamos que não houve alterações estatisticamente significativas entre os parâmetros do Grupo de Controlo e o Grupo de Investigação. Desta forma, podemos concluir que o programa de intervenção teria melhores resultados se tivesse uma duração maior ao longo do tempo.

Palavras-Chave: Envelhecimento Ativo, Recluso, Actividade Física, Desenvolvimento Emocional e Emoções.

Abstract

This project aims to present the contribution of an Exercise Program and of an Emotional Development Program in prison. For this study we chose to develop a Quantitative Explorational, Quasi - Experimental, Descriptive and Longitudinal.

The sample consists of 20 inmates of the Izeda Prison, with a mean age of 41.10 ± 10.19 years, distributed between 24 and 67 years. Of the 20 inmates, nine were appointed to serve on the Research Group and the remaining To the Control Group. The selection was done randomly. The Research Group has undergone program of activities two to three times per week for 8 weeks, with each session lasting 1h15m.

EVCE scale and SF-36v2 were applied, the functional status of the inmates was assessed.

The psychometric characteristics obtained in EVCE scale and SF-36v2 allow us to verify that this study gives a good internal consistency.

After completion of intervention sessions, we found that there were no statistically significant changes between the parameters of the Control Group and Research Group. Thus, we can conclude that the intervention program would have better results if it had a longer duration over time

Keywords: Active Aging, Recluse, Physical Activity, and Emotional Development Emotions

Abreviaturas e Siglas

- 1ºM** – Primeiro Momento de Avaliação
2ºM – Segundo Momento de Avaliação
AC – Água Corporal
AM – Automotivação
Cp – Capítulo
DGS – Direção Geral da Saúde
DGS – Direcção-Geral de Saúde
EP's – Estabelecimentos Prisionais
EPI – Estabelecimento Prisional de Izeda
EVCE – Escala Veiga de Competência Emocional
FC – Frequência Cardíaca
FC-D – Flexão do Cotovelo - Direito
FC-E – Flexão do Cotovelo - Esquerdo
FPD-MD – Força de Preensão Digital – Mão Direita
FPD-ME – Força de Preensão Digital – Mão Esquerda
FPMDP-MD – Força de Preensão Manual Dinamómetro de Pega – Mão Direita
FPMDP-ME – Força de Preensão Manual Dinamómetro de Pega – Mão Esquerda
GC – Grupo de Controlo
GCT – Gordura Corporal Total
GE – Gestão de Emoções
GI – Grupo de Investigação
GRG – Gestão de Relacionamentos de Grupo
IMC – Índice Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
MMT – Massa Muscular Total
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
pp – Página
QdV – Qualidade de Vida
TAD – Tensão Arterial Diastólica
TAS – Tensão Arterial Sistólica

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	7
1.1 - ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO	9
1.2 - ENVELHECIMENTO SOCIAL.....	12
1.3 - ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO.....	14
2 - DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E EMOÇÕES	17
3 - ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO ATIVO	23
4 - SISTEMA PRISIONAL	27
5 – QUALIDADE DE VIDA.....	31
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO – ENVELHECIMENTO (IN) ATIVO E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL EM RECLUSOS	35
6 – METODOLOGIA	37
6.1 - TIPO DE ESTUDO	37
6.2 - OBJETIVOS GERAIS.....	37
6.3 - VARIÁVEIS	38
6.4 - POPULAÇÃO / AMOSTRA.....	38
6.5 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	39
6.6 - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	43
6.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	54
7 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
7.1 – Resultados obtidos na aplicação da Escala - EVCE.....	55
7.2 - Resultados obtidos na aplicação do Questionário SF-36 v2	63
7.3 - Resultados obtidos nas Avaliações dos Parâmetros Físicos.....	73
CONCLUSÕES	89
LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS	
ANEXO A – QUESTIONÁRIO - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA	
ANEXO B – ESCALA VEIGA DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL	
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)	
ANEXO D – PLANOS DE SESSÕES	
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO ESCALA EVCE	
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO QUESTIONÁRIO SF-36 v2	
ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS	

Índice de Tabelas

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS RECLUSOS INQUIRIDOS.....	56
TABELA 2 – TEMPO DE PERMANÊNCIA EM ESTABELECIMENTOS PRISIONAIS DOS INQUIRIDOS.....	58
TABELA 3: RESULTADOS OBTIDOS NOS DOMÍNIOS GESTÃO DE EMOÇÕES, AUTOMOTIVAÇÃO E GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPO.	60
TABELA 4: RESULTADOS OBTIDOS PARA AS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS DOMÍNIOS GESTÃO DE EMOÇÕES, AUTOMOTIVAÇÃO E GESTÃO DE RELACIONAMENTO EM GRUPO.....	61
TABELA 5: RESULTADOS OBTIDOS NA ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE AS TRÊS CAPACIDADES: GESTÃO DE EMOÇÕES; AUTOMOTIVAÇÃO E GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPO – COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN’S (P) E O NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA (P).	62
TABELA 6: ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NO SF-36V2 NO GRUPO DE CONTROLO E INVESTIGAÇÃO NO 1ª E 2ª M. DE AVALIAÇÃO.....	64
TABELA 7: RESULTADOS OBTIDOS NOS 8 DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36V2 NO G. DE CONTROLO E INVESTIGAÇÃO NO 1ª E 2ª M. DE AVALIAÇÃO.....	68
TABELA 8: CONSISTÊNCIA INTERNA DOS 8 DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36V2.....	69
TABELA 9: ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE OS 8 DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36V2 DO GRUPO DE CONTROLO E DO GRUPO DE INVESTIGAÇÃO NO 1º M. DE AVALIAÇÃO.....	70
TABELA 10: ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE OS 8 DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36V2 DO GRUPO DE CONTROLO E DO GRUPO DE INVESTIGAÇÃO NO 2º MOMENTO DE AVALIAÇÃO.....	71
TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA E DIASTÓLICA (MMHG) DOS INQUIRIDOS.....	74
TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DA FREQUÊNCIA CARDÍACA (BAT/MIN) DOS INQUIRIDOS.....	75
TABELA 13: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS NO EXERCÍCIO SENTAR E LEVANTAR / 30 S (REPETIÇÕES) DOS INQUIRIDOS.....	76
TABELA 14: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO UP AND GO (S) DOS INQUIRIDOS.....	77
TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO PARÂMETRO FORÇA DE PRENSÃO MANUAL – DINAMÓMETRO DE PEGA (KG/F).....	79
TABELA 16: DISTRIBUIÇÃO DAS MEDIDAS DESCRITIVAS NO EXERCÍCIO FLEXÃO DO COTOVELO (REPETIÇÕES) DOS INQUIRIDOS.....	81
TABELA 17: DISTRIBUIÇÃO DAS MEDIDAS DESCRITIVAS NO EXERCÍCIO DE FORÇA DE PRENSÃO DIGITAL (KG) DOS INQUIRIDOS.....	82
TABELA 18: DISTRIBUIÇÃO DAS MEDIDAS DESCRITIVAS RELATIVAS AOS PARÂMETROS: PESO (KG); IMC (KG/M ²) E ALTURA (M) DOS INQUIRIDOS.....	84
TABELA 19: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS: GORDURA CORPORAL TOTAL (%) DOS INQUIRIDOS.....	85
TABELA 20: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO PARÂMETRO: ÁGUA CORPORAL (%) DOS INQUIRIDOS.....	86
TABELA 21: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS: MASSA MUSCULAR TOTAL (KG) DOS INQUIRIDOS.....	87

Índice Quadros

QUADRO 1: OS ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL DE ERIKSON	11
QUADRO 2: QUESTIONÁRIO SF-36; SUBESCALAS; ÍTEM E PONTUAÇÕES	41
QUADRO 3: AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DA COMPONENTE FÍSICA.....	42

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 RESULTADOS OBTIDOS NOS DOMÍNIOS GESTÃO DE EMOÇÕES, AUTOMOTIVAÇÃO E GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPO.....	60
GRÁFICO 2 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NO SF-36V2 NO GRUPO DE CONTROLO E INVESTIGAÇÃO NO 1ª E 2ª M. DE AVALIAÇÃO	64
GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS NO EXERCÍCIO SENTAR E LEVANTAR / 30 S (REPETIÇÕES) DOS INQUIRIDOS	76
GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO UP AND GO (S) DOS INQUIRIDOS.....	78
GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO PARÂMETRO FORÇA DE PREENSÃO MANUAL – DINAMÓMETRO DE PEGA (KG/F).....	79
GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO DAS MEDIDAS DESCRITIVAS NO EXERCÍCIO FLEXÃO DO COTOVELO (REPETIÇÕES) DOS INQUIRIDOS	81
GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO DAS MEDIDAS DESCRITIVAS NO EXERCÍCIO DE FORÇA DE PREENSÃO DIGITAL (KG) DOS INQUIRIDOS	83

Índice de Figuras

FIGURA 1: OS DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO	24
FIGURA 2: PADRÕES DE TRAJETÓRIAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA E VELHICE.	32

Introdução

A motivação deste tema “Envelhecimento (In) Ativo e Desenvolvimento Emocional em Reclusos” surge pela vontade de otimizar o desenvolvimento pessoal em situações que contribuem poderosamente para a realização dos nossos propósitos. Este trabalho pretende ser um guia orientador para alunos que mostrem interesse pelo tema: reclusos, envelhecimento, desenvolvimento emocional e atividade física.

A velhice é um fenómeno que atravessa todas as épocas, sociedades e culturas. Segundo o INE (2011, pp. 21) “consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com igual idade ou superior a 65 anos de idade”. Atualmente assiste-se a uma depreciação da velhice alimentando-se os estereótipos de que os velhos são desnecessários. “Os velhos, tradicionalmente vistos como detentores de um saber e de experiência são, atualmente tidos como um fardo para a sociedade” (Palmeira, 2005, pp. 25) A entrada na velhice ultrapassa os limiares da idade cronológica, pois depende de vários aspetos e cada indivíduo reage de maneira diferente (Farinatti, 2002). O envelhecimento é “um processo de degradação progressiva e diferencial” que afeta todos os seres vivos e que termina com a morte do organismo (Cancela, 2007, pp.2).

Simões (2006) citado por Couto (2008, pp.19) define o envelhecimento como: “um processo complexo em que intervêm fatores biológicos, económicos, sociais, culturais e até políticos, num sistema de relações entre o indivíduo, a sociedade e o meio ambiente”.

Já Meirelles (1997) citado por Casagrande (2006, pp. 14) define envelhecimento como sendo “a consequência de alterações, que os indivíduos demonstram, de forma característica, com o progresso do tempo, da idade adulta até o fim da vida”.

Como acima mencionado nas motivações deste trabalho de projeto e no que concerne à reclusão, podemos dizer que na maioria das vezes, que o que leva o recluso à

prisão são fatores de origem endógena (individuais) acabando as causas exógenas (sociais) por serem negligenciadas, colocando de parte os agentes que diariamente interagem com o mesmo (Lima, 2008). Segundo Foucault (1975) citado por Lima (2008), considera que as prisões, em geral, definem-se como resultantes de processos relacionados com objetivos políticos de controlo e de segurança do grupo social, colocando o condenado como objeto de submissão ao poder punitivo, servindo de exemplo ao povo e garantindo desta forma a lei e o poder.

“Os reclusos têm direito de beneficiar de cuidados de saúde iguais aos oferecidos à população que não se encontra privada de liberdade, no cumprimento do princípio da equidade e universalidade do Serviço Nacional de Saúde Português” (PNS, 2012, pp.18).

A “Saúde emocional é uma garantia adicional, imprescindível, de que as nossas decisões serão mais sensatas, acertadas e sábias” (Campos, 2010, pp. 343). Já o desenvolvimento emocional ensina várias habilidades tais como: habilidades sociais a valorização da arte e da cultura, o funcionamento emocional geral (...) (Pettinelli, 2009). Quanto ao exercício físico são vários os estudos que comprovam que é benéfico em dimensões como a auto estima, humor bem-estar geral. Vários autores (Spilker, 1996; e Cleary, 1995 citado por Santos, 2002) defendem que são necessárias no mínimo três dimensões para poder avaliar a qualidade de vida, sendo elas a componente física, psicológica e a percepção individual do estado de saúde (Santos, 2002).

Assim Rodríguez-Marín, Rodríguez, Castejon, Bueno e Sánchez (1991), citado por Picanço (2000) referem a qualidade de vida como detentora de uma valorização geral de todos os aspetos da vida, não só a percepção do que cada um faz da sua vida mas também alguns bens exteriores de presença, onde incluem o conforto e a saúde.

Este projeto tem como objetivos principais do estudo, avaliar os valores dos parâmetros físicos dos reclusos antes e após implementação do programa de intervenção física, avaliar as competências emocionais dos reclusos antes e após implementação do programa de intervenção cognitiva, avaliar a qualidade de vida dos reclusos no primeiro e segundo momento de avaliação e Identificar correlações entre as variáveis: Idade; Estado Civil; Habilitações Literárias; Proveniência; Número de Filhos; Tempo de permanência no EPI; Tempo de permanência em EP's; Tempo que falta cumprir até ao final da pena; Se trabalha no EPI; Se já praticou alguma Atividade Física fora do EP; Se pratica alguma atividade no EP, Se frequentou algum curso relacionado com o seu Desenvolvimento Emocional.

Este trabalho de projeto divide-se em duas partes principais: parte do enquadramento teórico e parte empírica (desenvolvimento do trabalho de projeto). Na parte final serão abordadas as principais conclusões.

Na primeira parte apresentamos vários conceitos e teorias sobre o processo de envelhecimento, no qual fazemos referência ao envelhecimento psicológico, social e biológico. Referindo que o ser humano não envelhece de uma só vez, mas antes de uma maneira gradual, ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos como o estilo de vida, actividades e ambiente, e de factores internos como a bagagem genética e o estado de saúde (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Ainda no enquadramento teórico abordamos o desenvolvimento emocional e emoções bem como a atividade física e envelhecimento ativo, o sistema prisional e a qualidade de vida. Apresentamos aqui uma revisão bibliográfica, a qual poderá contribuir para a avaliação e protecção dos idosos / reclusos que certamente diminuirá as dificuldades dos mesmos, primando desta maneira para a contribuição de uma sociedade reclusa mais saudável.

Na segunda parte procuramos fazer referência aos objectivos deste estudo, bem como expomos o material e métodos, contemplando a caracterização da amostra, os procedimentos metodológicos e estatísticos. No final são enumeradas as conclusões tendo em conta os objectivos anteriormente delineados.

PARTE I – Enquadramento Teórico

1 - Processo de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo no qual a velhice está inserida, este é compreendido como um procedimento que comporta um ciclo de vida que vai desde o nascimento até à morte, é um modo de participação recíproco entre a natureza e o homem. (Souza, Matias & Brêtas 2010). É um procedimento que arrasta consigo modificações profundas no que concerne à normalidade social (Fernandes, 2005).

Podemos dizer que quanto maior for o poder do indivíduo de assimilar e não renunciar às mudanças sociais, físicas e psicológicas mais satisfatório será o seu envelhecimento. Pois muitas vezes o homem sofre devido à vinculação que o mesmo tem sobre a imagem do seu próprio corpo (Souza et al, 2010).

De acordo com Schroots e Birren (1980) citados por Fonseca (2006), referem que o processo de envelhecimento apresenta três componentes: Biológica, Social e Psicológica. Na componente biológica segundo estes autores, esta reflete uma crescente vulnerabilidade e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer. Já a componente social é relativa às expectativas da sociedade para este nível etário no que respeita aos seus papéis sociais. Por ultimo a componente psicológica que é definida pela capacidade que o indivíduo tem de auto-regulação face ao processo de senescência.

Neste contexto, para Schroots, Fernández-Ballesteros e Rudinger (1999a) citado por Fonseca (2006), a expressão “padrão” refere-se ao envelhecimento e ao conjunto de mudanças associadas a este, sendo difícil de discernir entre as mudanças que configuram padrões atípicos ou patológicos de funcionamento e entre as mudanças que resultam do funcionamento normal ou típico do organismo. Birren e Schroots (1996) procuraram clarificar esta divisão chamando-os de “primário” e “secundário” posteriormente acrescentaram um novo padrão o “terciário”. No que se refere ao envelhecimento primário, Birren e Schroots, (1996:10) citados por Fonseca (2006), referem as mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento que são de todo irreversíveis. No envelhecimento secundário: referem-se às mudanças causadas pela doença mas que podem ser reversíveis ou prevenidas mesmo estando correlacionadas

com a idade. Já no envelhecimento terciário: referem-se às mudanças que sucedem de forma precipitada na velhice.

O percurso de vida de cada indivíduo vai refletir-se no seu modo de envelhecer, sendo este influenciado pelo seu percurso histórico-cultural, pela incidência de diferentes patologias, pelo seu ambiente ecológico e pelos seus fatores genéticos (Neri 1999, citado por Andrade, SD). Mas o envelhecimento exige perícia no desenvolvimento de cada etapa da vida, muitas das vezes constatamos que quase sempre é visto como o inverso da juventude (Souza et al, 2010).

Os estereótipos negativos sobre as pessoas idosas segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) devem-se ao desconhecimento do processo de envelhecimento. Para muitos, velhice é sinónimo de rigidez das estruturas mentais (Rosa, 1987 citado por Magalhães, 2008). Estas imagens negativas que cercam o envelhecimento desvalorizam e condicionam as suas oportunidades quer ao nível de realização quer ao nível da autovalorização (Pimentel, 2001).

A realidade é que muitas das vezes a sociedade atribui-lhe diversos significados, anteriormente o envelhecimento era percebido como um sinal de sabedoria, hoje na sociedade capitalista é interpretada como o velho e não o ancião, onde o homem é obrigado a vender a sua força para garantir a sua própria subsistência. O envelhecimento vive ancorado às perdas de funções físicas e mentais (Souza et al, 2010). O idoso deixou de ser o elo de ligação entre gerações, anteriormente assegurava o elo de continuidade, um elo fundamental tanto na sociedade como na família. Hoje em dia o idoso não encontra sequer lugar na sua própria habitação. Existe uma discrepância entre o antigamente e o agora (Fernandes, 2005).

“O envelhecimento atinge profundamente a pessoa, na sua personalidade, na sua consistência e no seu modo de participação”. (...) Não há velhice enquanto há capacidade de reinventar a vida, isto é, de exprimir um querer face às possibilidades que a existência oferece” (Fernandes, 2005, pp.230).

Segundo Oliveira (2005) as pessoas idosas muitas vezes são representadas como pessoas que não produzem, apenas gastam. O mesmo autor refere que é necessário criar

uma cultura que desmistifique a “incapacidade” do idoso estimulando-o assim para um envelhecimento mais ativo.

A análise de informação estatística e bibliográfica relativa à situação do envelhecimento populacional no nosso País destaca um quadro de caracterização das gerações mais velhas, tratar-se de um dos grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social e, socialmente marginalizado (INE, 2011).

Portugal sofreu rápidas e profundas modificações nas últimas décadas que alteraram o seu perfil demográfico, a população apresenta taxas de crescimento reduzidas, estrutura etária envelhecida, baixos níveis de fecundidade e de mortalidade infantil e um progressivo acréscimo de estrangeiros, que tornam o saldo migratório na principal componente da dinâmica populacional (Pimentel, 2001).

Numa população estimada em 10 562 178 indivíduos, sendo que 2 010 064 da população tem mais de 65 anos repartindo-se em 5 046 600 homens e 5 515 578 (INE, 2011). Neste sentido, o peso dos idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de modo significativo (Rebelo & Penalva, 2004). Esta ideia é vertida por exemplo no dia-a-dia dos telejornais.

1.1 - Envelhecimento Psicológico

O envelhecimento é diferente de sujeito para sujeito, pode ser encarado como o “coroamento” das etapas da vida, pois traz a colheita do que se aprendeu e viveu. Ou, pode considerar-se que envelhecer é um privilégio, sobretudo, pela riqueza de experiência social que acarreta (Mota et al., 2001 citado por Carvalhais, 2006). De facto, é um processo contínuo de modificação do ser humano como ser único.

O envelhecimento coloca complexos desafios, já que nesta fase existe um predomínio de perdas sobre os ganhos e foi esta perspectiva que levou Baltes e Baltes (1990), citados por Neri (2006) à proposição da teoria de selecção, optimização e compensação, segundo a qual os ganhos e as perdas são o resultado da interacção entre os recursos do indivíduo e os recursos do meio.

Sendo que a velhice não é uma fase da vida desligada das restantes e a maioria dos idosos continua a ter capacidade de controlo das suas vidas o ciclo de vida do desenvolvimento humano é concebido como inseparável do contexto em que ocorre a

interação recíproca e dinâmica entre o meio e o organismo, sendo que essa interação explica a diferenciação interindividual entre os indivíduos (Fonseca, 2012).

Segundo Havighurst (1953, 1973) citado por Rossell (2004), o desenvolvimento é definido em três etapas. Sendo que no início da idade adulta o indivíduo concentra as suas energias na consolidação de uma profissão, na sua vida social e familiar. Na etapa da maturidade o indivíduo afirma-se e continua com as suas responsabilidades quer a nível pessoal quer a nível profissional, assumindo assim as suas alterações fisiológicas que chegam com a idade adulta. Na terceira etapa da vida, os últimos anos de maturidade o indivíduo é confrontado com a perda e aquisição de novos papéis na sua vida. Em todas as etapas o indivíduo debate-se com problemas, mas a superação destes leva-o a integrar-se socialmente e a ser saudável (Rossell, 2004).

Segundo o modelo teórico de Levinson (1978) citado por Rossell (2004), este apresenta o desenvolvimento humano em quatro etapas. Na primeira etapa, a etapa da pré-adulter o indivíduo inicia-se na procura de trabalho e na sua independência paternal, emocional e económica. Na etapa do início da idade adulta o indivíduo ingressa no mundo das aspirações, compromissos e das responsabilidades, estas fazem parte das metas a que o indivíduo se compromete a atingir. É uma idade em que a vitalidade, a energia estão ao rubro, é a idade de concretização dos sonhos e projetos. Já na fase da adulter intermédia, espera-se que seja uma etapa sólida em todos os papéis que desempenha, manifestando-se também a diminuição de capacidades, destrezas físicas e habilidades. Por último Levinson refere o fim da adulter intermédia e o início da adulter tardia que ocorre entre os 60 e os 65 anos (Rossell, 2004).

Já Erikson encara o envelhecimento, como uma etapa em que o indivíduo, reflete revive os seus desapontamentos e êxitos e reflete sobre a sua vida, incorporando memórias e experiências significantes acerca do mundo e de si próprio (Fonseca, 2005).

O mais importante nesta teoria foi a contribuição de uma teoria que abrange todo o ciclo vital. Para Erikson, todas as pessoas ao longo da sua vida passam por oito momentos diferentes, momentos estes que estão conjuntamente abertos à apreciação de sentimentos positivos e vulneráveis à ação de sentimentos negativos. Em cada um destes momentos o indivíduo confronta, e de preferência supera novos desafios. (Fonseca, 2005). Estes resultam da interação entre exigências sociais e instintos inatos, o indivíduo desenvolve-se e em contrapartida a sociedade coloca-lhe novas exigências, às quais se deve adaptar (Marchand, 2005).

A ideia principal desta teoria é a gradual emergência do sentido de identidade, para desenvolver esta identidade o indivíduo deve resolver com sucesso as oito crises (Quadro 1) que surgem ao longo do ciclo vital. Cada exigência tem um papel fundamental num determinado momento, mas a resolução inadequada dessa mesma exigência, pode prejudicar o desenvolvimento do eu (Marchand, 2005).

Quadro 1: Os estádios de desenvolvimento psicossocial de Erikson

Idade	Crise	Descrição
0-1 anos	I. Confiança básica Versus Desconfiança básica	O bebé forma a primeira relação, baseada no amor e confiança, com a mãe, ou seu substituto. Se tal não acontecer, pode desenvolver um sentido persistente de desconfiança.
1-3 anos	II. Autonomia Versus Vergonha e Duvida	As energias da criança orientam-se para o desenvolvimento e controlo de capacidades físicas – andar, gatinhar, controlo dos esfíncteres – que lhe proporcionam um sentido de crescente autonomia. Se não o fizer adequadamente pode desenvolver um sentido de vergonha.
3-5 anos	III. Iniciativa Versus Culpa	A criança torna-se mais assertiva, toma mais iniciativa, podendo, porém, tornar-se muito agressiva com os outros, ou com os objectivos, e desenvolver um sentimento de culpa.
6-13 anos	IV. Industria Versus Inferioridade	A criança em idade escolar tem de lidar com as exigências decorrentes da aprendizagem de novas e, por vezes, complexas capacidades. Se tal não acontecer poderá desenvolver um sentido de inferioridade.
13-18 anos	V. Identidade Versus Confusão de papéis	A tarefa central do adolescente é a construção de um sentido de identidade - <<o que sou e o que quero ser>> - em diversas áreas incluindo profissão, papéis sexuais, política, e religião; caso contrário, pode desenvolver um sentimento de difusão e de confusão do eu.
18-25 anos	VI. Intimidade Versus Isolamento	O jovem adulto deve ser capaz de integrar o seu eu no nós, criando uma relação de intimidade com o outro. Caso contrário, desenvolverá um sentimento de isolamento.
35-65 anos	VII. Generatividade Versus Estagnação	O adulto jovem, ou de meia-idade, deve encontrar formas de satisfazer a necessidade de generatividade, i.e. de ajudar a nova geração, de se dedicar aos outros. Não o fazendo corre o risco de desenvolver um sentimento de estagnação.
65 + anos	VIII. Integridade Versus Desespero	Se as crises precedentes tiverem sido resolvidas adequadamente o sujeito vivência o sentido de integridade do eu; caso contrário pode desenvolver desespero.

(Fonte: Marchand, 2005)

Pereira (2002) citado por Palmeira (2005, pp.28) afirma que “não ficamos velhos por termos vivido um certo número de anos; envelhecemos porque desistimos do nosso ideal. Os anos enrugam a pele; renunciar ao ideal enruga a alma!”. A velhice nem sempre é bem aceite pois ninguém gosta de envelhecer, de se tornar velho fisicamente pois vivemos numa sociedade que idolatra o corpo, a aparência física e a beleza (Palmeira, 2005 citado por Souza, 2010). É frequente observarmos como os media dão ênfase aos aspectos físicos do envelhecimento.

1.2 - Envelhecimento Social

A sociedade tem vindo a conseguir consecutivos saberes sobre o modo de envelhecimento nos seus diversos domínios, em medicina, psicologia (...) mas ao mesmo tempo advém a desvalorização da velhice, reduzindo-a a um mero problema (Fernandes, 2005). O envelhecimento tem impacto ao nível das relações sociais, os idosos apresentam modificações, nos estatutos, papéis e redes sociais, pois sofrem a influência de diversos fatores: alteração da situação conjugal; quebra dos contatos com amigos e diminuições funcionais que coíbem a realização de atividades (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2003).

Lawton (1991) citado por Fernández-Ballesteros (2009) concebe uma importância semelhante aos recursos de competência pessoal e à pressão do meio. Para ele a probabilidade da presença de condições positivas e bem-estar psicológico, o indivíduo ver-se-á favorecido pelo equilíbrio entre a pressão do meio e dos recursos de competência do indivíduo. O modelo ecológico de Lawton defendia a probabilidade de ficar saudável ou doente estava relacionada com a maior ou menor presença de acontecimentos stressantes no meio e com o grau de vulnerabilidade individual (Fernández-Ballesteros, 2009).

Ao longo da vida os indivíduos continuamente experimentam processos de mudança, adaptação e de transição, que resultam na emergência de novas percepções, relações e comportamentos de si mesmo e da realidade. Sugerindo assim a existência de uma determinada plasticidade no desenvolvimento e funcionamento humano, independentemente da idade cronológica (Fonseca, 2011).

Fernandes (2001) refere que na passagem para a categoria de reformado há uma desvalorização, que acaba por se instituir como uma forma de exclusão social, esta

origina uma crise de identidade, a baixa da autoestima no idoso. Atualmente chega a haver mais avós do que netos, o que denota uma sociedade envelhecida e o aumento significativo das famílias intergeracionais.

Os idosos com um envelhecimento ativo adaptam-se melhor e alcançam um envelhecimento com um estilo de vida mais saudável. Tal resulta da perceção da capacidade de obtenção dos objetivos pessoais e da manutenção de uma interação social ajustada (Fernandes, 2001).

A maneira mais segura para permanecer feliz na idade da reforma é a pessoa saber lidar com a perda de papéis, estando ativo e envolvido em todas as actividades. O que requer um esforço pessoal para se compensar a perda de recursos quer materiais, sociais ou relacionais (Fonseca, 2011). Estas mudanças constituem desafios para as políticas sociais e económicas. Algumas teorias do envelhecimento permitem compreender, prever e explicar as mudanças, que, com o tempo, a idade produz no funcionamento psicológico e social (Narro, Herrera & Maceira, 1996; Fernández-Ballesteros, 2000 Citado por Ribeiro 2007).

O modelo de Schlossberg (1981) citado por Fonseca (2011), descreve as transições nos adultos, apoiando-se numa explicação simultaneamente contextual, desenvolvimental, de ciclo de vida e transaccional. Segundo este autor uma transição resulta na mudança de concepções acerca de si mesmo e do mundo. Definindo-a como uma mudança de concepções e de comportamentos que apresenta importantes consequências para o padrão de vida do indivíduo, isto porem não significa que o resultado de uma transição segundo Schlossberg (1981) seja sempre positivo (Fonseca, 2011).

Hopson (1981) citado por Fonseca (2011), sugere um modelo de reacção à transição relacionado com os níveis de ânimo e auto-estima do indivíduo o qual ajuda a compreender como é que os indivíduos representam e vivem as transições Este modelo é definido em sete estádios, os quais representam, neste processo, as experiências sentidas e vividas pelos indivíduos. A cada um desses estádios Hopson (1981) fez corresponder diferentes níveis de auto-estima, tais como: choque e imobilização; minimização / negação; depressão; indiferença; exploração de alternativas; procura de significado e integração (Fonseca, 2011).

Segundo a DGS (Circular Normativa 13/DGCG 02.07.04) no último século existe uma alteração demográfica que se traduziu na inversão das pirâmides etárias, o que faz com que se reflita o acentuado envelhecimento da população. Assim nos dias de

hoje envelhecer com independência, saúde e autonomia constitui um enorme desafio tanto no que concerne à responsabilidade coletiva como à responsabilidade individual. Já o INE (2009, pp.4) refere que o envelhecimento da população idosa aumentará uma vez que o decréscimo da população jovem continua a manter-se (...) no cenário central, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens) (...). E Carrilho e Patrício (2010) verificam que a fecundidade mantém-se em níveis muito inferiores aos necessários para renovar as presentes gerações de pais, ou seja cerca de 2,1 crianças por mulher, situam-se em 2009, em 1,3 crianças por mulher, valor idêntico ao estimado para 2007. Segundo Quintal, Lourenço e Ferreira (2012) o envelhecimento da população em indivíduos com 65 ou mais anos representam 17,8% da população portuguesa, atendendo que em 2050 seja 30% da população idosa.

Segundo Pereira (2012, pp. 208) o envelhecimento ativo está relacionado com a inclusão social com o processo de desenvolvimento humano dos indivíduos. Este pressupõe que nas etapas da vida o indivíduo tenha ausência de qualquer tipo de discriminação e a valorização das suas qualidades, incluindo, o respeito pela sua liberdade e opções de vida como o direito ao trabalho. “Envelhecimento ativo, afinal tal como a infância ativa, juventude ativa ou a idade adulta ativa, pressupõe sempre um indivíduo incluído socialmente”.

1.3 - Envelhecimento Biológico

O envelhecimento é comum a todas as pessoas, sendo este um processo natural, vivido de forma alterável consoante o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido. (Moniz, 2003).

Pinto (2009) citado por Fonseca (2012), refere que as teorias do envelhecimento biológico resumem-se a dois tipos: “as deterministas, nas quais se defende que o envelhecimento é uma consequência direta do programa genético, e as estocásticas, que atribuem o envelhecimento biológico à exposição contínua a agentes agressores do meio ambiente que provocam lesões sucessivas no organismo, as quais conduzem ao desgaste e à morte celular” (Fonseca, 2012, pp.18).

Numa perspectiva mais biológica, a velhice é um período da vida com características particulares e valores próprios, ligada à identificação dos processos

fisiológicos, psicológicos e sociais (Santos, 2000). Tal deriva do decréscimo de capacidades funcionais e da redução da aptidão de adaptação a fatores de stress externos e internos (Sousa & Figueiredo, 2003). Assim, o idoso é mais propício a doenças degenerativas tais como: alterações mentais, cancro, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, estados psicológicos que atingem os sentidos o sistema locomotor (Zaslavsky & Gus, 2002).

A velhice pode ser mais ou menos adiada, segundo o estilo de vida e uma série de outras eventualidades do contexto social, individual e familiar. Este processo de adaptação pode condicionar o envelhecimento como normal, patológico e bem-sucedido, em que o principal focus de actividade ocorre ao nível do corpo (Fontaine, 2000).

Segundo o INE (2011) a população idosa com mais de 65 anos duplicou, o que significa atualmente 19,03% da população total. Este facto consolida consciências para a necessidade de promoção de um envelhecimento mais saudável, mais autónomo e mais independente. Esta certeza compromete-nos para uma necessidade e um desafio tanto individual como coletivo no que concerne à adoção de uma atitude tanto preventiva como promotora da saúde. Assim devemos estimular esforços no sentido de fomentar o envelhecimento ativo para assim banir a ideia de que o envelhecimento é algo “penoso” e este seja considerado negativo (Sequeira, 2010).

Em suma, o envelhecimento não é nenhum problema, mas sim um percurso natural do nosso ciclo de vida. Para que o envelhecimento possa ser saudável, este passa por englobar a educação, a saúde, o trabalho, os valores a cultura que cada sociedade incorpora (DGS Circular Normativa 13/DGCG). Sendo este fruto das trajetórias de vida de cada sujeito.

2 - Desenvolvimento Emocional e Emoções

As emoções são complexos programas, em grande medida automatizados, de acções modeladas pela evolução. Acções essas levadas a cabo no nosso corpo, desde as posições do corpo às expressões faciais. Por outro lado os sentimentos de emoção são percepções, compostas daquilo que acontece na mente e no corpo quando sentimos emoções. Assim as emoções são desencadeadas de uma forma muito simples, por “imagens de objectos ou acontecimentos que estão realmente a ter lugar no momento ou que, tendo ocorrido no passado, estão agora a ser evocadas” (Damásio, 2010, pp.145).

Pérsico (2011) refere que as emoções estão presentes em todos os nossos momentos da vida quotidiana, tanto em forma de sentimentos agradáveis, positivos, como em forma de sensações dolorosas, sentimentos negativos.

Alguns autores defendem que a educação emocional é a aplicação de um conjunto de técnicas psicopedagógicas que visam desenvolver cinco aptidões emocionais básicas, tais como: a capacidade de reconhecer os próprios sentimentos, a capacidade de controlar as próprias emoções, a capacidade de empatia, a capacidade de integração emocional e interatividade e a capacidade de remediar danos emocionais. Uma pessoa que seja emocionalmente educada, consegue atuar melhor em situações emocionais complicadas (Martins & Melo 2008).

Segundo Goleman (2011, pp.54) a “Inteligência Emocional é a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os seus impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança”.

Salovey citado por Goleman (2011) redefine as inteligências pessoais de Gardner distribuindo-as assim também por cinco domínios: Conhecer as nossas próprias emoções; Gerir emoções; Motivarmo-nos a nós mesmos; Reconhecer as emoções dos outros e Gerir relacionamentos.

No domínio conhecer as nossas próprias emoções o autor refere a autoconsciência, ou seja o reconhecimento de um sentimento no momento em que o mesmo está a acontecer.

No que concerne à gestão das emoções é uma capacidade que nasce do autoconhecimento é a capacidade de nos tranquilizarmos a nós próprios, caso a pessoa possua um alto grau de gestão nas suas emoções ela recuperará muito mais depressa dos desafios que a vida por vezes nos apresenta. Caso contrário, as pessoas a quem falta esta aptidão estão constantemente em angústia.

Já no domínio, motivarmo-nos a nós mesmos, o essencial é a auto-motivação, pois as pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais eficazes e altamente produtivas em tudo o que fazem.

No que diz respeito a reconhecer as emoções dos outros, este é o domínio fundamental das aptidões pessoais. As pessoas empáticas, são mais sensíveis naquilo que os outros necessitam.

No quinto e último domínio, segundo o autor, gerir relacionamentos é pura e simplesmente a arte de nos relacionarmos, e a aptidão para gerir as emoções dos outros.

Isto significa que são os hábitos emocionais que nos irão governar durante a nossa vida, têm a sua essência entre a infância e a adolescência (Goleman 2011).

Cada emoção coopera na resolução de um problema específico, ou seja, dirige a ação contra aquilo que o ser humano deteta como perigo e inibe as reações perante estímulos irrelevantes (Pérsico, 2011).

Segundo Pérsico (2011, pp. 30) a ira: apresenta-se perante a sensação de se encontrar sobre uma ameaça física ou psicológica (...) cuja função é obter rapidamente a energia necessária para lutar ou fugir. Já o medo: aparece em situações de perigo e prepara o organismo para a luta ou para a fuga (...). O homem costuma sofrer medos instintivos que o salvaguardam, mas também outros, mais enigmáticos, que o paralisam inabilitando-o para a ação. A

surpresa: apresenta-se perante os acontecimentos inesperados e provoca uma quietude momentânea que facilita a observação visual e auditiva (...) sendo fugaz e imprevisível, quando esta já cumpriu a sua função, dá lugar a sentimentos positivos ou negativos e costuma ser seguida por outras emoções: medo, alegria, amor, etc. O desagrado: parece ser, segundo Daniel Goleman, um gesto que se produz quando algo é literal ou metaforicamente repulsivo para o gosto ou o olfacto. A felicidade: nasce a partir da ausência de preocupações, permite que nos dediquemos a qualquer tarefa já que suprime em grande parte as emoções que nos alertam para os perigos. O amor: provoca efeitos que abarcam todo o corpo que proporcionam um estado de calma, satisfação e relaxamento (...). A tristeza: aparece perante as perdas importantes (...) as energias reduzem-se, o que leva a pessoa a encerrar-se em si própria, a baixar os braços, a não sair e a chorar.

São as emoções positivas tais como a alegria o amor e a felicidade que potenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo. Já as emoções negativas tais como a ira a tristeza e a ansiedade, tendem a comprometer a nossa saúde e bem-estar (Martins & Melo 2008). As emoções têm um papel importante na qualidade de vida do indivíduo, a mesma pode influenciar a nossa saúde e a capacidade de conseguir modificar determinados comportamentos (Martins & Melo 2008).

Segundo Goleman (2011) “se existe um remédio, sinto que deve estar no modo como preparamos os nossos jovens para a vida. (...) Devíamos passar menos tempo a classificar as crianças e mais tempo a ajudá-las a identificar as suas competências e dons naturais, e a cultivá-los”.

É na elaboração de experiências e na interação com os outros que as emoções podem ser integradas e melhor articuladas, ou seja é através da partilha com outros que podemos dar sentido e integrar os acontecimentos da vida (Maia 2002).

Já Goleman (1999) citado por Martins & Melo (2008) refere que as emoções são impulsos para o agir, estas podem ser benéficas ou nocivas para a saúde e desenvolvimento do indivíduo. Carl Jung disse: (1992) “que se expressarmos todas as emoções conforme as experienciamos, seremos punidos pelo exterior (amigos, família, sociedade), se as negarmos ou reprimirmos, emergem de uma forma ou de outra... através de problemas psicofisiológicos, (...)”(Carl Jung, 1992 citado por Branco, 2004, pp.37). Vários estudos comprovam que o bem-estar e a felicidade, dependem mais dos nossos processos emocionais do que dos nossos processos intelectuais (Martins & Melo 2008).

Os indivíduos que possuem as suas aptidões emocionais bem desenvolvidas, são de um modo geral os indivíduos que, são mais eficazes e se sentem mais satisfeitos com as suas próprias vidas. Já os indivíduos, que não conseguem obter controlo sobre as suas emoções, são indivíduos, que travam constantemente batalhas íntimas que lhes minam os seus pensamentos claros e a capacidade de produzir trabalho (Goleman 2011). “O primeiro passo para uma inteligência emocional é o conhecimento dos próprios sentimentos, das próprias emoções” (Pérsico, 2011, pp. 37).

Atualmente as emoções são encaradas como um componente da vida e experiência humana, sendo especialmente consideradas essenciais para o funcionamento dos seres humanos e para a compreensão e comportamento dos mesmos (Davidson, 1994; Lazarus, 2000a; Ortony, Clore, & Collins, 1988, citado por Dias, Cruz & Fonseca 2010). “Um dos passos decisivos que o homem deu no seu caminho para a civilização foi o controlo das emoções” (Pérsico, 2011, pp.51).

Já Gardner (1989) definiu competência intelectual “como um conjunto de habilidades que capacitam o indivíduo a resolver problemas ou dificuldades, a criar produtos eficazes e a gerar novos problemas” (pp.293). Segundo este autor, a inteligência é complexa, descrevendo-a em sete dimensões: linguística, espacial, lógico-matemática, musical, corporal-cinestésica e pessoal. Sendo que a inteligência pessoal (subdivide-se em dois subtipos: interpessoal e intrapessoal) a primeira baseia-se segundo este autor, em perceber, particularmente diferenças em estados de ânimo, motivações (...) nos outros, a segunda na capacidade de conhecimento do próprio (Queroz & Neri, 2005).

Gardner (2004) citado por Rossell (2004) fala de uma nova inteligência a espiritual, a qual abrange a capacidade de refletir sobre questões fundamentais da existência humana. Envolve a capacidade de encontrar um propósito para a própria vida e de lidar com problemas existências tais como: as perdas e fracassos (Rossel, Herrera & Rico, 2004).

Em síntese, o nosso desenvolvimento emocional é fundamental ao bom funcionamento do indivíduo, este passa por a pessoa ter a capacidade de se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações. São as emoções bem geridas que potenciam a saúde e bem-estar do indivíduo, já as emoções mal geridas comprometem a nossa saúde. Em suma, as emoções têm um papel fundamental na qualidade de vida do indivíduo.

3 - Atividade Física e Envelhecimento Ativo

Atualmente sabe-se que a atividade física regular é indispensável para um envelhecimento saudável e ativo e que também é muito importante para uma boa saúde física e mental. É consensual que o aumento da atividade física regular pode trazer benefícios à nossa saúde e qualidade de vida, ajudando-nos a controlar e prevenir doenças e a reduzir os sentimentos de depressão, (...) (Machado, 2011). Assim, podemos dizer que atividade física é “todo o movimento corporal produzido pelo sistema músculo-esquelético, com gasto de energia” (Novo & Paz, 2012, pp.262).

Já o exercício físico é entendido como uma atividade planeada, estruturada e repetitiva, visando a melhoria ou a manutenção da aptidão física. Teixeira (2002) refere que o desporto ajuda no tributo para o desenvolvimento da condição física e da habilidade motora, do ajustamento social, da imagem corporal, na percepção e na atenção.

Mazo (2008) refere que a prática de atividade física deve ser utilizada como estratégia para diminuir os anos de dependência funcional e de incapacidade e aumentar a expectativa de vida ativa. Dependendo da sua motivação, circunstâncias ambientais e reações à incapacidade, aqueles que são assim afetados podem também ficar incapazes de executar as atividades desejadas. A consequência de tal incapacidade é uma deterioração na qualidade de vida do idoso (Shephard, 2003). Esta, mantida ao longo da vida, favorece uma colossal ação sobre o envelhecimento de certas funções, designadamente sobre o intelecto e o comportamento do indivíduo (Vallier, 1985).

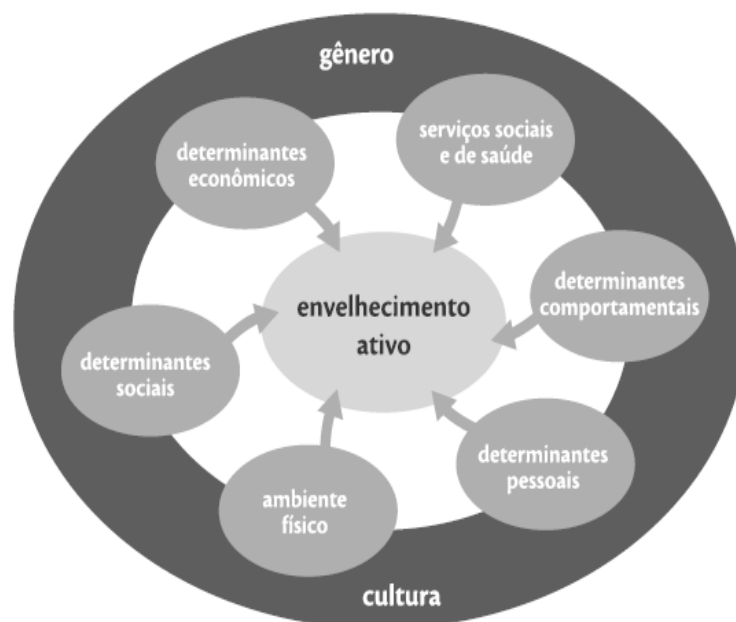
Os benefícios da Atividade Física são claros em todos os domínios, quer no domínio físico, cognitivo ou no psicossocial. Reconhece-se a sua forte relação com o bem-estar psicológico, este indicado por sentimentos de satisfação. Os principais benefícios da atividade física na terceira idade são a manutenção da massa magra, a manutenção de um alto metabolismo basal, prevenção de doenças crónicas e o fator psicológico, pois a atividade física na terceira idade desenvolve a auto estima e a vontade de viver (Casagrande, 2006).

O processo de envelhecimento ocorre a vários níveis (físico, psicológico e social) e provoca a perda funcional do organismo, sendo que esta perda é variável de indivíduo para indivíduo (Amorim & Abreu 2010).

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes dos quais passo a salientar a cultura e género. Sendo a cultura um fator determinante transversal dentro da estrutura para compreender o envelhecimento ativo. Esta determina muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o seu processo de envelhecimento, sendo também um fator chave no que concerne à convivência com as suas gerações, a regra cultural rege-se pela valorização da família a comportamentos mais saudáveis que possam adotar (OMS, 2005).

Quanto ao género este pode ser considerado como uma “lupa” que através da qual se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres. Existem sociedades em que as mulheres têm um status social inferior e por vezes têm um acesso restrito quer ao trabalho quer a serviços de saúde. Por outro lado os homens assumem comportamentos de maior risco, e expõem-se desnecessariamente ao risco de lesões (OMS, 2005).

Figura 1: Os determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OMS, 2005

É possível conquistar o envelhecimento sadio desde que o mesmo seja conquistado pelo indivíduo, através da utilização de diversos fatores como por exemplo:

praticar exercício físico (“Apenas 2,4% dos idosos praticam exercício físico regular” (Circular Normativa Nº13/DGCG 02.07.04, pp.7), uma dieta adequada e uma reduzida exposição a fatores debilitantes como o stress físico e mental. Por outras palavras, para um bom envelhecimento é crucial uma boa qualidade de vida (Santos, Andrade & Bueno 2009).

A atividade física é tida como um fator de proteção e potencializador na redução e minimização de distúrbios emocionais produzindo efeitos positivos na pessoa (Santos, Andrade & Bueno 2009).

Para os idosos, o exercício dentro dos limites da sua capacidade física e sob controlo médico, reduz a perda de massa óssea e aumenta a força e a massa muscular. Pode também melhorar a saúde mental e contribuir para o estado geral de bem-estar (DGS Circular Normativa 13/DGC.02.07.04. pp.7).

Com o aumento do envelhecimento houve necessidade de alterar determinados comportamentos. Assim, a atividade física contribui com um incremento na qualidade de vida dos idosos. Assume-se como um fortalecedor, na medida em que promove o bem-estar psíquico, físico e mental, atenuando os riscos de doenças e habilitando o idoso para a elaboração de tarefas do seu dia-a-dia, combatendo assim o sedentarismo, aumento da invalidez e limitações de funções (Amorim & Abreu 2010). “O próximo passo do Estilo de Vida Anti-envelhecimento é o exercício moderado mas consistente” (Jacob & Fernandes 2011, pp.14). Novo e Paz (2012) declaram que as pessoas fisicamente mais ativas vivem muitos mais anos. Em alguns estudos verificou-se uma forte correlação entre a capacidade aeróbia e a aumento das funções cognitivas, pois o exercício contribui para prevenir e minimizar muitos problemas que acompanham frequentemente o processo de envelhecimento.

Sabemos que os indivíduos têm, nos dias de hoje, um baixo nível de atividade física e que utilizam cada vez menos as suas capacidades corporais. Sustenta-se a necessidade de se promoverem mudanças no estilo de vida, porque a baixa atividade é um fator decisivo no desenvolvimento de doenças degenerativas, ou seja, é fundamental a incorporação e prática de atividades físicas no quotidiano. Nesta ótica, a atividade física e a qualidade de vida vem adquirindo uma maior relevância no sentido de

valorizar e implementar estas variáveis, para que estas possam contribuir para a melhoria e bem-estar do indivíduo (Casagrande, 2006).

Em suma, “o envelhecimento ativo é um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, tendo em vista o incremento da qualidade de vida das pessoas idosas” (Pereira, 2012, pp. 207). Podemos aqui socorrer-nos das perspectivas de Paul Baltes, sendo o processo de envelhecimento visto como um processo de desenvolvimento qualitativo.

4 - Sistema Prisional

As condições de vida do recluso num Estabelecimento Prisional diferem das da sociedade. Goffman (2005) define estabelecimento prisional, como um tipo de instituição (...) para proteger a sociedade contra perigos premeditados e de uma população criminal, isolando assim os reclusos, os quais deixam de constituir um problema imediato.

Segundo Foucault (1975), os Estabelecimentos Prisionais, em geral, definem-se como provenientes de processos relacionados com o controlo e segurança da sociedade, classificando o recluso como objeto de sujeição ao poder punitivo, servindo de exemplo a comunidade e garantindo desta forma a lei e o poder.

Segundo Gonçalves (2008) os reclusos podem ser definidos como indivíduos obrigados, pelo tribunal, (...) a viver em determinadas condições de espaço e clima social, durante um determinado tempo (...).

“Estar preso é uma situação “contra natura”. O Ser Humano não foi concebido para viver num espaço reduzido que o priva do exercício normal das suas funções. É pois natural que em tais condições ele sofra alterações e desenvolva estratégias adaptativas para sobreviver num contexto que lhe é adverso e onde, em princípio, não quereria estar” (Gonçalves & Vieira, 1995, citado por Ramos, 2011 pp.10).

Num estudo realizado no norte da América por James & Glaze estes referem que 40% dos reclusos têm um ou mais sintomas de transtornos mentais (James & Glaze 2006, citado por Phillips, Allen, Salekin & Cavanaugh 2011). Já Jones (1979) refere que os reclusos mais velhos expressam um aumento de níveis de stress psicológico quando comparados com os presos mais jovens (Jones 1979 citado por Phillips, Allen, Salekin & Cavanaugh 2011). Aday (1994) refere que os reclusos mais velhos relatam

sentimentos de depressão culpa e stress psicológico. Uma vez que os reclusos mais velhos são confrontados com o facto de estarem presos e, potencialmente morrerem dentro do sistema prisional (Aday 2003, citado por Phillips et al 2011). Wilson e Vito (1986) referem também que todos os reclusos de idade mais velha relatam dificuldades com a solidão e com as saudades que têm das suas famílias. Já Sabath e Cowles (1988) mencionam que estar envolvido em trabalho e nas interações sociais no estudo que realizaram, este teve efeitos positivos sobre a adaptação da vida na prisão.

“Somos apologistas de que, com as circunstâncias favoráveis, é possível modificar os comportamentos anti-sociais de qualquer pessoa, apesar de para os psicopatas a tarefa vir a ser previsivelmente mais difícil do que para outros criminosos (...)” (Ramsland, 2007, citado por Lobo, 2007 pp.25).

O recluso no cumprimento da sua pena tende a ter múltiplas implicações, desde a sensação de perda a uma regressão económica ao afastamento físico do casal (...). O recluso sofre no contexto prisional, por isso é preciso ter em conta a modelagem identitária intensa a que está sujeito, esta intensidade depende das condições por que passa nesse determinado período e pela duração (meses, anos) a que vai estar sujeito. Já na vida em sociedade este também sofre efeitos adversos a nível pessoal, uma vez a sua vida social está sujeita a privações e frustrações por parte da sociedade (Ramos, 2011).

Podemos verificar que hoje em dia o que caracteriza muitas vezes a violência é a crescente insatisfação social, esta pode ter início na própria casa da pessoa, com a qual o indivíduo quotidianamente se vê confrontado. Sabemos também que a família é a primeira instituição em que o ser humano inicia os seus relacionamentos, esta é primordial na construção dos valores morais e éticos, no combate à criminalidade (André, 2009).

Tendo por base a dialéctica que a relação ambiente – pessoa, Lawton (1983) citado por Fonseca (2006), considera serem essencialmente dois os resultados esperados dessa transação, o bem-estar psicológico e a competência comportamental. Sendo que o bem-estar psicológico é composto por aspetos externos e internos e são afetados por tipos de competência comportamental de natureza extrínseca e intrínseca. Isto significa que o bem-estar psicológico deve ser entendido como uma componente daquilo que se designa por vida boa, a qual compreende quatro sectores da existência humana: competência comportamental; qualidade de vida percebida, bem-estar psicológico e

meio ambiente objectivo / externo. Sendo que estes quatro sectores são interactivos mas independentes (Fonseca, 2006).

No desenvolvimento humano Lerner, Easterbrooks e Mistry (2003) citado por Fonseca (2007) sinalizam a importância do contributo de vários autores na relação entre a pessoa e o contexto ao longo do ciclo de vida. Estamos a referir-nos, nomeadamente, à abordagem ecológica do desenvolvimento humano, ao contextualismo desenvolvimental, à teoria da acção e do controlo pessoal e à psicologia desenvolvimental do ciclo de vida. Sendo que este paradigma assenta nestas quatro perspetivas que se interrelacionam (Fonseca, 2007):

- ✓ Na abordagem ecológica e segundo Bronfenbrenner (1989) o desenvolvimento humano é a interação progressiva e mútua entre o indivíduo, que está constantemente em progressivo crescimento com o meio. Sendo que todo este processo é influenciado pelos contextos mais vastos em que este se integra e pelas relações entre os contextos mais imediatos (Bronfenbrenner, 1989 citado por Portugal, 1992).
- ✓ No contextualismo desenvolvimental Dixon e Lerner (1992) citado por Fonseca (2007) atribuem aos indivíduos um papel de produtores do seu próprio desenvolvimento, associando a noção de plasticidade às mudanças sistemáticas que ocorrem na estrutura dos indivíduos (Fonseca, 2007).
- ✓ Brandtstadter (1984) citado por Fonseca (2007) fundamenta que a teoria da acção e do controlo pessoal é um processo que se regula na acção individual e social do indivíduo, sendo concebida como um construto através da conjugação de certos atributos, tais como: os valores, as expectativas e as crenças (Fonseca, 2007).
- ✓ Na perspetiva psicológica desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes, 1987, 1993, 1997, 1999, 2005 citado por Fonseca, 2007) o desenvolvimento humano baseia-se na interação entre fatores biológicos, históricos e culturais. Dando especial relevo às oscilações através de uma alternância dinâmica e permanente entre ganhos e perdas desenvolvimentais (Fonseca, 2007).

O processo de reclusão tem a propensão para afetar a rede familiar e comunitária do próprio agregado, desta forma enfraquecendo e fragilizando os suportes, quer materiais quer afetivos resultantes dessas mesmas redes, agravando assim as suas condições de inclusão na sociedade (Ramos, 2011).

“A ausência de afetos positivos ou, pior ainda, a exposição à violência, instrumentalização, provação, privação, etc., podem levar à perda de dignidade

individual e conduzir à “tolerância” coletiva com situações de indignidade” (Pereira, Gomes & Galvão, 2012, pp. 82). Podemos contribuir para a elevação da dignidade humana, recorrendo à metodologia do cuidar intitulada Humanidade.

5 – Qualidade de Vida

A clássica definição de saúde com a ligação do termo Qualidade de Vida (QdV) feita em 1948 pela OMS, esta definiu-a, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença”. Esta definição implicou que as iniciativas de promoção de saúde deixassem de ser dirigidas apenas no controlo de sintomas, mas também no aumento de esperança de vida, à diminuição da mortalidade, passando a considerar concomitantemente a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (Canavarro & Serra, 2010, pp.5).

“Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Freitas, Calçado & Gorzoni, 2006, pp.149).

A QdV influencia a concepção que dela fazemos. É por isso que de indivíduo para indivíduo ela difere, duas pessoas que se encontrem numa situação idêntica podem perfeitamente viver algo completamente diferente, “não basta acrescentar anos à vida, sendo também necessário acrescentar vida aos anos” (Rodrigues, 2002, pp.8).

Sendo então definida de múltiplas formas e com diferentes significados para pessoas diferentes (Rodrigues, 2002), sendo um construto multidimensional a qualidade de vida procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano (Canavarro & Serra, 2010).

No que concerne às medidas objectivas e subjectivas, a QdV de uma pessoa está dependente de factores da sua vida (indicadores sociais) e da percepção que a pessoa tem desses factores e de si própria (dependendo das percepções individuais, crenças, expectativas, sentimentos de cada indivíduo) (Rodrigues, 2002).

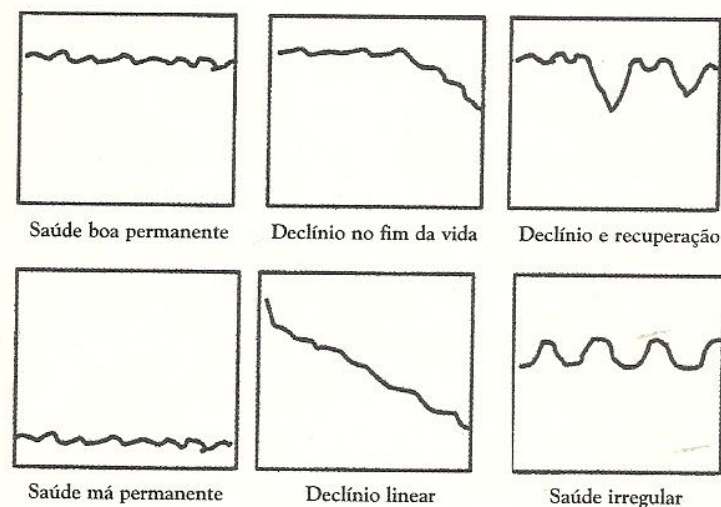
No que diz respeito ao aspecto dinâmico do conceito, a QdV deve-se basear principalmente nas expectativas e percepções dos indivíduos, deve ser vista como um processo dinâmico, e não como processo estático, uma vez que varia ao longo do tempo e depende das modificações do indivíduo e do que o rodeia, a “QdV não é portanto um fim em si mesmo, mas um meio” (Rodrigues, 2002. pp.8).

Nos idosos a problemática da saúde, varia quer com o estado da saúde real dos indivíduos quer com a avaliação que os idosos dela fazem, Whitbourne (1987) citado por Fonseca (2006) afirma que a saúde física exerce um impacto poderoso no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos. A variável saúde / doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da distinção entre envelhecimento normal ou patológico, uma vez que esta distinção conduz a cenários distintos na forma como se encara o envelhecimento, precisamente, com base no “factor saúde”: ora no sentido mais otimista, ora no sentido mais pessimista (Fonseca, 2006).

Flick, Fischer, Neuber, Schwartz e Walter (2003) citados por Fonseca (2006) constataram que a ausência de saúde por si só não é suficiente para caracterizar o estado de saúde na velhice, sendo necessário intervir com outras variáveis como os sistemas de coping, a interação social e as redes de suporte. Sendo que deve-se dar ênfase a aspetos como a autonomia, a independência e a autodeterminação, todos estes aspetos estão fortemente interligados ao modo e em que medida o idoso pode continuar a viver a sua vida no seio familiar ou se tem de o fazer num contexto institucional (Fonseca, 2006).

Assim quando alguns indivíduos numa fase bastante tardia das suas vidas mostram pequenas variações de saúde, outros pelo contrário, manifestam logo desde a meia-idade alterações de saúde bastante significativas, que neste conjunto se vão repercutir implicações no seu bem-estar psicológico e no seu bem-estar físico, quer numa situação quer noutra podemos encontrar trajetórias de saúde diversificadas (Fonseca, 2006).

Figura 2: Padrões de trajetórias de saúde na idade adulta e velhice.



Fonte: Fonseca, 2006

Além dos efeitos biológicos, que naturalmente aparecem associados ao processo de envelhecimento, outra das razões que ajuda a explicar a origem destas variações são os aspectos como a influência da personalidade, os comportamentos e a ação do contexto, todos eles interferem na saúde de cada indivíduo, determinando assim as respectivas trajetórias de saúde (Fonseca, 2006).

A teoria Salutogénica do envelhecimento (Antonovsky, 1987 citado por Fonseca, 2006) é a que se destaca mais relativamente á relação existente entre saúde e envelhecimento, esta visa explicar quem e como permanece saudável face a situações de stress. A existência de recursos generalizados de resistência, permitem ao indivíduo lidar com o stress de uma forma eficaz e de viver de uma forma mais saudável (Fonseca, 2006).

Couvreur (1999) refere que a atitude positiva que centraliza toda a energia, tanto emocional como física, é um trunfo evidente para se obter sucesso. A qualidade de vida é um conceito transversal, contextualizado nos sistemas que integram o sujeito, de acordo com a teoria ecológica do desenvolvimento humano.

**PARTE II – Estudo Empírico – Envelhecimento (In) Ativo e
Desenvolvimento Emocional em Reclusos**

6 – Metodologia

Neste capítulo, descreve-se a metodologia utilizada no âmbito deste estudo empírico efetuado e posteriormente são apresentados e discutidos os resultados obtidos. Como questão de partida: Qual o efeito da implementação de um programa de exercício físico e estimulação emocional numa amostra de reclusos?

6.1 - Tipo de estudo

Neste trabalho de projeto optámos por realizar um estudo de carácter Quantitativo, Exploratório, Quasi-Experimental, Longitudinal e Descritivo.

6.2 - Objetivos Gerais

Os objetivos principais deste estudo são:

- ✓ Avaliar os valores dos parâmetros físicos dos reclusos antes e após implementação do programa de intervenção física.
- ✓ Avaliar as competências emocionais dos reclusos antes e após implementação do programa de intervenção cognitiva.
- ✓ Avaliar a qualidade de vida dos reclusos antes e após a implementação da intervenção.

Para a concretização dos objetivos propostos foram estabelecidos seis momentos:

1º Momento:

- ✓ Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos dos reclusos;

-
- ✓ Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física; Desempenho Físico; Dor; Saúde Geral; Saúde Mental; Desenvolvimento Emocional; Função Social e Vitalidade.

2º Momento:

- ✓ Avaliação dos parâmetros relativos às condições físicas dos reclusos.

3º Momento:

- ✓ Implementação do programa de intervenção cognitiva.

4º Momento:

- ✓ Implementação do programa de intervenção física.

5º Momento:

- ✓ Avaliação do impacto das atividades direcionadas à sua Competência Emocional.

6º Momento:

- ✓ Avaliação do impacto do programa de atividade física na condição física dos reclusos.

6.3 - Variáveis

Neste trabalho de projeto as variáveis dependentes são: o desenvolvimento emocional, actividade física e a qualidade de vida.

Por outro lado as variáveis independentes são: a Idade; o Estado Civil; as Habilitações Literárias; a Proveniência; o Número de Filhos; o Tempo de permanência no EPI; o Tempo de permanência em EP's; Tempo que falta cumprir até ao final da pena; Se trabalha no EPI; Se já praticou alguma Atividade Física fora do EP; Se pratica alguma atividade no EP, Se frequentou algum curso relacionado com o seu Desenvolvimento Emocional.

6.4 - População / Amostra

A população do presente estudo envolve os reclusos do Estabelecimento Prisional de Izeda (EPI), no total de 317 reclusos. Para determinar a amostra foram tidos em conta os critérios de inclusão: Aceitar participar no estudo; Que não tenham nenhum

tipo de demência; Que estejam incluídos no lote de reclusos designados pela direção; Que estejam no estabelecimento prisional de Izeda há mais de um mês.

Para este trabalho de projeto, foram randomizados, com a ajuda do programa Random.org, os números de 1 a 317 seguindo-se as seguintes etapas:

- 1- Randomização dos números: de 1 a 317, o total da população reclusa do EPI.
- 2 - Foi feita uma seleção aleatória dos 317 reclusos, valor este que corresponde ao total da população reclusa.
- 3 - Seleção dos 30 primeiros reclusos da lista randomizada.
- 4 - Dos 30 reclusos, foram chamados individualmente, explicando-se o estudo, todos eles foram questionados, se queriam ou não participar no estudo em questão.
- 5 – Apenas 20 dos 30 reclusos se mostraram interessados a participar no estudo.
- 6 – Após a recolha da amostra de 20 reclusos, procedeu-se à distribuição aleatória dos reclusos, quer pelo grupo de Controlo, quer pelo grupo de Investigação.
- 7 – Os 11 primeiros reclusos para o Grupo de Controlo e os restantes 9 para o Grupo de Investigação.

Salientamos que no segundo momento de avaliação a amostra é de 8 reclusos no Grupo de Controlo e 7 reclusos no Grupo de Investigação. De seguida apresentam-se as conclusões em função dos objetivos delineados.

6.5 - Instrumentos de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados permite dar resposta neste estudo às questões por nós colocadas. Neste trabalho de projeto foram aplicados: a Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) (Anexo A e B) e o Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) (Ferreira, 1998) (Anexo C), conjuntamente com as avaliações dos parâmetros físicos, a cada recluso, em dois momentos.

No que concerne à “Escala Veiga de Competência Emocional” (Branco, 2004) e após autorização da autora (Anexo E), esta consiste num questionário constituído por duas partes. Na primeira parte temos a caracterização da amostra sendo esta adaptada as características específicas da população alvo. A segunda parte da escala “Escala Veiga

de Competência Emocional” inclui cinco habilidades (Autoconsciência – 20 itens; Capacidade da Gestão de Emoções – 19 itens; Capacidade da Automotivação – 21 itens; Capacidade da Empatia – 12 itens; Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos – 14 itens) da Competência Emocional, correspondendo a cada um deles uma escala tipo Likert, de 1 a 7, sendo que 1-“nunca”, 2- “raramente”, 3-“frequente”, 4-“por norma”, 5-“frequentemente”, 6-“muito frequente” e 7-“sempre”.

Neste estudo em específico, apenas foram utilizados três das cinco habilidades da escala EVCE: a Capacidade da Gestão de Emoções, a Capacidade da Automotivação e a Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos, uma vez que em outros estudos foram os domínios que obtiveram uma consistência interna mais elevada.

Como metodologia de análise, optou-se pela operacionalização dos itens na forma invertida após a autora facultar quais os itens a inverter na subescala. Os itens invertidos são: Grupo II: 2 (a,b); 3 (a,e); e o 4 (a,c). No grupo III os itens invertidos são: 1 (c,d,e,f); 2 (c,d,f); e no 3 (a,c,d,e,).

No que concerne ao Questionário SF-36v2 e após obtida a devida autorização (Anexo F), este pretende avaliar o estado de saúde da população em indivíduos com ou sem doença, comparando estados de saúde de doentes com os da população em geral. Contem 36 itens, sub-divididos em 8 domínios (Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Saúde Mental; Desenvolvimento Emocional; Função Social e Vitalidade) sendo que a sua aplicação foi individual. Estes 8 domínios estão aglomerados em dois grandes grupos a Componente Física e a Componente Mental. No Grupo da Componente Física temos os domínios: Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal e Saúde Geral. No Grupo da Componente Mental temos os domínios: Saúde Mental; Desempenho Emocional; Função Social e Vitalidade.

No questionário SF-36v2 a pontuação mais elevada é equivalente a uma melhor qualidade de vida à exceção dos itens 1, 6, 7, 8, 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9h, 11b e 11d uma vez que a sua operacionalização é de forma invertida e recalibrada (quadro 2). A pontuação do questionário é de 1 a 5 à exceção do domínio Função Física que a pontuação é de 1 a 3.

Quadro 2: Questionário SF-36; Subescalas; Item e Pontuações

Subescala	Itens	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima
Função Física	3a-3j	10	30
Desempenho Físico	4a-4d	4	20
Dor Corporal	7 ^{**} , 8 ^{**}	2	12
Saúde Geral	1 ^{**} , 11a, 11b [*] , 11c, 11d [*]	5	25
Vitalidade	9a [*] , 9e [*] , 9g, 9i	4	20
Função Social	6 [*] , 10	2	10
Desempenho Emocional	5a-5c	3	15
Saúde Mental	9b-9d [*] , 9f, 9h [*]	5	25
Mudança de Saúde	2	-	-

*Inversão **Recalibração

(Fonte: Ferreira, 1998)

A avaliação dos parâmetros da componente física (Quadro 3) foi feita através de: Avaliação da composição corporal pelo método de bioimpedância (balança Tanita[®]); Avaliação da força de preensão manual (dinamómetro manual Jamar[®]); Avaliação da força de oponência do polegar (dinamómetro digital pinch-gauge); Flexão do cotovelo; IMC; Sentar e Levantar em 30s e Up and Go. No que respeita à avaliação da tensão arterial, utilizou-se uma braçadeira adequada, com o indivíduo sentado numa cadeira confortável, deve ser feito por um profissional habilitado, pois existem técnicas e condições para se auferir a pressão arterial de maneira correta. O aparelho que mede a pressão arterial (esfigmomanómetro) é composto por uma braçadeira que envolve uma bolsa de ar inflável. Além do esfigmomanómetro será necessário também, um estetoscópio que é um aparelho usado para ouvir sons corporais (Circular Normativa 2/DGCG 31.03.04).

Quadro 3: Avaliação dos parâmetros da componente física

Teste	Objetivo	Descrição	
Avaliação da composição corporal pelo método de bioimpedância	Esta avaliação foi realizada através uma balança de bioimpedância	O participante teve de se descalçar e retirar as meias, subir para cima da balança colocando os calcanhares centrados nos eléctrodos ao mesmo tempo puxar os eléctrodos de mão, segurando-os com os braços em extensão. A posição para esta avaliação foi a posição erecta. Nesta avaliação também verificamos o IMC.	
Avaliação da força de preensão manual	Esta avaliação foi realizada através de um dinamómetro manual. A participante iniciou a avaliação sentada numa cadeira sem apoio de braços, com as costas a formar um ângulo de 90°.	Pressionar o dinamómetro durante 5 segundos, com cada uma das mãos separadamente, com um período de descanso de 2 minutos entre cada uma das tentativas.	
Avaliação da força de oponência do polegar	Esta avaliação foi realizada através de um dinamómetro digital. A participante iniciou a avaliação sentada numa cadeira sem apoio de braços, com as costas a formar um ângulo de 90°.	Pressionar o dinamómetro digital durante 5 segundos, com cada um dos polegares separadamente, com um período de descanso de 2 minutos entre cada uma das tentativas.	
Flexão do cotovelo	Avaliar a força dos membros superiores para desempenho de tarefas domésticas e outras atividades, como levantar e carregar sacos de compras, malas...	Número de flexões do cotovelo durante 30 segundos, segurando um peso de 3Kg.	
Sentar e Levantar em 30s	Avaliar a força dos membros inferiores necessária para a realização de várias tarefas, como subir degraus, caminhar, levantar da cadeira... O aumento da capacidade para realizar esse exercício pode reduzir a hipótese de quedas	Número de vezes que se consegue levantar da cadeira em 30 segundos com os braços cruzados sobre o tórax.	
Up and Go	Avaliar a agilidade e o equilíbrio dinâmico, importantes em tarefas que exigem manobras como descer do autocarro a tempo, levantar-se para ir à cozinha...	Número de segundos exigidos para levantar da posição sentada, caminhar aproximadamente 2,5m, virar e retornar à posição sentada	

(Fonte: Rikli & Jones, 2008)

6.6 - Descrição dos Procedimentos de Implementação do Programa de Intervenção

Para procedermos à realização deste trabalho de projeto, inicialmente elaboramos um pedido de autorização à Direção Geral dos Serviços Prisionais (Anexo H). Após pedido aceite contactamos o Estabelecimento Prisional de Izeda para posteriormente implementarmos o projeto.

Este programa de intervenção decorreu do dia 16 de Julho ao dia 6 de Setembro do corrente ano. É composto por 20 Sessões, sendo que as duas primeiras e as duas últimas foram a avaliação de parâmetros do Grupo de Controlo e do Grupo de Investigação.

No decorrer do Programa de Intervenção Física e Cognitiva, optamos por intercalar as sessões com os temas da Actividade Física e o programa estabelecido para as sessões de Competências Emocionais (Anexo D).

Na sessão nº 0 apresentação do trabalho e seleção dos reclusos participantes.

Na sessão nº 1, num primeiro momento, avaliação da condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2, a escala EVCE e a avaliação dos parâmetros do Grupo de Controlo.

Na sessão nº 2, num primeiro momento, avaliação da condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2, a escala EVCE e a avaliação dos parâmetros do Grupo de Investigação.

Na sessão nº 19, num segundo momento, avaliação da condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2, a escala EVCE e a avaliação dos parâmetros do Grupo de Controlo.

Na sessão nº 20, num segundo momento, avaliação da condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2, a escala EVCE e a avaliação dos parâmetros do Grupo de Investigação.

Na sessão nº 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 procedeu-se a intervenção no Grupo de Investigação.

Sessão Nº 0

O objetivo da sessão nº 0 do dia 16.07.2012, foi a apresentação do Trabalho de Projeto

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Apresentação do Trabalho de projeto; Análise das atividades propostas, Análise do documento: Consentimento Informado e seleção dos reclusos participantes.

Sessão Nº 1

O objetivo da sessão nº 1 do dia 18.07.2012, num primeiro momento foi avaliar a condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2 e a escala EVCE.

Procedeu-se à avaliação de parâmetros do Grupo de Controlo através da Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Saúde Mental; Desenvolvimento Emocional; Função Social e Vitalidade. Por último a avaliação dos parâmetros da componente física que foi feita através de: Avaliação da composição corporal pelo método de bioimpedância (balança Tanita[®]); Avaliação da força de prensão manual (dinamómetro manual Jamar[®]); Avaliação da força de oponência do polegar (dinamómetro digital pinch-gauge); Flexão do cotovelo; Tensão Arterial Sistólica e Diastólica; Sentar e Levantar em 30s; Up and Go; IMC; Gordura Corporal e Massa Muscular.

Sessão Nº 2

O objetivo da sessão nº 2 do dia 19.07.2012, num primeiro momento foi avaliar a condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2 e a escala EVCE.

Procedeu-se à avaliação de parâmetros do Grupo de Investigação através da Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Saúde Mental; Desenvolvimento Emocional; Função Social e Vitalidade. Por último a avaliação dos parâmetros da componente física que foi feita através de: Avaliação da composição corporal pelo método de bioimpedância (balança Tanita[®]); Avaliação da força de prensão manual (dinamómetro manual Jamar[®]); Avaliação da força de oponência do polegar (dinamómetro digital pinch-gauge); Flexão do cotovelo;

Tensão Arterial Sistólica e Diastólica; Sentar e Levantar em 30s; Up and Go; IMC; Gordura Corporal e Massa Muscular.

Sessão Nº 3

O objetivo da sessão nº 3 do dia 23.07.2012, no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia e a frequência cardíaca.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador.
- Dois alunos tentam apanhar os colegas distribuídos pelo meio campo. Os alunos que são apanhados têm de ficar parados com flexão de pernas e só podem ser “libertados” quando um colega lhe tocar.
- Divididos em equipas de 2. Realizam corrida de estafetas no campo todo, passando o testemunho a cada volta ao campo. Ganha a equipa que chegar primeiro sem deixar cair o testemunho.
- Ainda divididos em equipas de 2 realizam exercícios de estafetas. Na estação 1 têm de saltar para dentro dos arcos que estão colocados à mesma distância, a pés juntos. Na estação 2 saltam por cima dos sinalizadores colocados de forma mais distante. Na estação 3 saltam por cima dos sinalizadores que aumentam de distância de forma progressiva.
- Igual ao exercício anterior mas com a variante de pé-coxinho.
- Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão Nº 4

O objetivo da sessão nº 4 do dia 30.07.2012, no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca utilizando a bola como meio auxiliar.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador.
- Divididos em 2 equipas realizam “Jogo do Mata”.
- Aos pares, colocados de frente um para o outro, passam a bola através do “passe picado” mas, tentam acertar com a bola dentro do arco colocado no chão entre os 2 elementos do grupo.

-
- Mantendo a organização anterior, mas colocados em filas de 2, driblar a bola até ao arco colocado no chão e daí encestar no cesto colocado no meio campo, não podem continuar sem encestar, logo que enceste pega no testemunho colocado ao lado do cesto e corre até ao colega. Este pega no testemunho e volta a colocá-lo ao lado do cesto, pega numa bola, volta até ao arco e tenta encestar.
 - Igual ao anterior mas, aumentando a distância entre o arco e o cesto.
 - Ainda 2 a 2, colocados 1 em cada extremidade do campo, realizam corrida de estafeta com bola e com testemunho: 1º - Só com testemunho; 2º - Só com bola, em drible; 3º - Sai em drible e volta com testemunho; 4º - Sai com drible, contorna os obstáculos e volta com testemunho.
 - Divididos em 2 grupos de 5 elementos, colocados 2 numa extremidade e 3 na oposta, realizam exercícios de estafeta com bola. Na estação 1 controlar a bola com os pés pelo percurso marcado, contornando os obstáculos (sinalizadores e arcos) Na estação 2 contornar o arco driblando a bola sem a deixar tocar no arco. Na estação 3 realizar passe picado dentro do arco para o colega à sua frente. No final o colega repete no sentido contrário até todos terem realizado a tarefa.
 - Igual ao anterior mas, com um cesto no meio do percurso, tendo sempre de encestar e ir buscar a bola para poder continuar o percurso marcado.
 - Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão Nº 5

O objetivo da sessão nº 5 do dia 03.08.2012 no Grupo de Investigação, foi Promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador.
- 2 a 2 realizam corrida de estafeta com arcos e testemunhos.
- Igual ao anterior mas, com um cesto colocado no centro onde têm de encestar.
- Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo.
- Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais.
- Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo formador (flexões, dorsais).

-
- Corrida à volta do campo.
 - 2 a 2 realizar estafeta em meio campo com controlo de tempo.
 - Saltos de canguru com controlo de tempo.
 - Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão N° 6

O objetivo da sessão nº 6 do dia 06.08.2012 no Grupo de Investigação, foi a promoção da Automotivação.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Realização de dinâmicas de grupo com os formandos sobre a importância da motivação e auto-estima em contexto de grupo.

Sessão N° 7

O objetivo da sessão nº 7 do dia 08.08.2012 no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia e a frequência cardíaca.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador.
- Divididos em 2 equipas realizam “Jogo do mata”.
- Divididos em equipas de 2. Realizam corrida de estafetas no campo todo, passando o testemunho a cada volta ao campo. Ganha a equipa que chegar primeiro sem deixar cair o testemunho.
- Divididos em 2 equipas de 5 realizam exercícios de estafetas com obstáculos. Saída ao pé-coxinho, na estação 1 têm de saltar para dentro do primeiro arco a pés juntos, ir até ao segundo arco em pé-coxinho e apanhar o arco pequeno colocado dentro de um arco grande. Na estação 2 saltam por cima dos sinalizadores colocados de forma mais distante. Na estação 3 atirar o arco da marca colocada no chão e daí tentar acertar com o arco no bastão, ir buscar o bastão e realizar toda a prova no sentido contrário, deixando o arco no local onde foi recolhido.
- Igual ao exercício anterior mas no final de cada percurso têm de pegar numa bola colocada num cesto e tentar encestar em outro colocado distante do primeiro, ir buscar a bola e voltar a colocá-la no primeiro cesto.
- Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos.
- Realização de saltos de canguru com controlo de tempo.

-
- Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão N° 8

O objetivo da sessão n° 8 do dia 10.08.2012 f no Grupo de Investigação, foi sobre o tema Felicidade

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

Foram propostas 2 dinâmicas de grupo para que a população a quem se destina possa concluir que afinal a felicidade está na vivência de cada momento mesmo que muito curto. Já quase na reta final pediu-se a cada membro que responda a pergunta inicial – O que é para ti a Felicidade, depois de todos responderem mostrou-se um filme (8m) da mesma pergunta a uma turma de crianças, a qual uma das crianças responde que a felicidade é cheirar, ver, sentir, amar.

Sessão N° 9

O objetivo da sessão n° 9 do dia 13.08.2012 no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador;
- Realizar 15x3 repetições de preensão manual;
- Distribuídos em duas filas, realizar salto em comprimento;
- Em vagas de 2, realizar corrida cronometrada;
- Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo;
- Executar 15x3 repetições de saltos de canguru;
- Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais;
- Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo formador;
- Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos;
- Realização de saltos de canguru com controlo de tempo;
- Realizar preensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda;
- “Jogo das cadeiras”;

-
- Corrida à volta do campo;
 - Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão N° 10

O objetivo da sessão n° 10 do dia 16.08.2012 no Grupo de Investigação, foi motivar e envolver os reclusos na gestão de emoções

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Refletir com os formandos sobre: Comunicação; Aptidões emocionais; Comportamento associado às relações; conflitos e decisões inteligentes na gestão de conflitos.

Sessão N°11

O objetivo da sessão n° 11 do dia 17.08.2012 no Grupo de Investigação, foi estimulação do Pensamento Criativo.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Refletir com os reclusos sobre os conceitos: Valorização, Indivíduo criativo e habilidade, Desenvolvimento, Criatividade, Estímulos e Barreiras.

Sessão N° 12

O objetivo da sessão n° 12 do dia 20.08.2012 no Grupo de Investigação, foi Saber Sentir a Vida

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Nesta fase o grupo realiza uma dinâmica onde cada um enumera as emoções que mais e que menos o invadem. Entre todos, grupo e formadora, num diálogo aberto vão-se criar estratégias para que cada indivíduo aprenda a transformar as suas emoções menos boas em emoções positivas e geradoras de afetividade e felicidade individual e intrínseca.

Sessão N° 13

O objetivo da sessão n° 13 do dia 23.08.2012 no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia e a frequência cardíaca.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador;

-
- Divididos em 2 equipas realizam “Jogo do mata”;
 - Divididos em equipas de 2, realizam corrida de estafetas. Colocados 1 em cada extremidade, têm de correr, tocar na mão do colega e este sai na direção contrária. Termina quando todos tiverem realizado o exercício;
 - Igual ao anterior mas, com equipas de 4 elementos;
 - Saltos à corda. Dois elementos balançam a corda, enquanto um salta. Verificar quem realiza o maior número de saltos;
 - Divididos em 2 equipas de 5 elementos, uma tenta encestar a bola com a maior distância possível, enquanto a outra tenta acertar com o arco no bastão o mais distante possível;
 - 2 a 2, um às “cavalitas” do outro, percorrer o campo de uma extremidade à outra. Trocar e voltar ao ponto de partida;
 - Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos;
 - Realização de saltos de canguru com controlo de tempo;
 - Realizar prensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda;
 - Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão N° 14

O objetivo da sessão n° 14 do dia 24.08.2012 no Grupo de Investigação, foi desenvolver atitudes e comportamentos facilitadores do diálogo e da consequente resolução de conflitos.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

Promover o surgimento de liderança, aprender a lidar com as diferenças, aprender a ouvir, ampliar a capacidade de resolução de problemas e conflitos e essencialmente aprender a ouvir.

Sessão N° 15

O objetivo da sessão n° 15 do dia 27.08.2012 no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador;
- “Jogo do mata” em meio campo;

-
- Realizar 15x3 repetições de preensão manual;
 - Distribuídos em duas filas, realizar salto em comprimento;
 - Em vagas de 2, realizar corrida cronometrada;
 - Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo;
 - Executar 15x3 repetições de saltos de canguru;
 - Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais;
 - Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo formador;
 - Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos;
 - Realização de saltos de canguru com controlo de tempo;
 - Realizar preensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda;
 - Corrida à volta do campo;
 - Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão N° 16

O objetivo da sessão n° 16 do dia 29.08.2012 no Grupo de Investigação, foi identificar diferentes estilos de relacionamento interpessoal e conhecer os comportamentos mais adequados à eficiência de cada situação de comunicação.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Desenvolver o tema falado sobre os diferentes estilos comportamentais: Agressivo; Manipulador; Passivo; Assertivo;
- Desenvolver o tema: Estratégias para uma comunicação assertiva, bem como, facultar orientações essenciais para comunicar com assertividade;
- Dinâmica de grupo: orientar um participante com os olhos vendados, a colocar o maior número de canetas num recipiente usando o formador o estilo de comunicação autoritário;
- O formador, usando o estilo de comunicação assertiva vai dando indicações mais precisas ao participante;
- Sendo o objetivo perceberem que alcançam mais facilmente os objetivos comunicando de forma objetiva, clara e dinâmica, sem distorções!

Sessão Nº 17

O objetivo da sessão nº 17 do dia 31.08.2012 no Grupo de Investigação, foi promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo formador. Ao apito realizar as ordens dadas pelo formador;
- “Jogo do mata” em meio campo;
- Realizar 15x3 repetições de preensão manual;
- Distribuídos em duas filas, realizar salto em comprimento;
- Em vagas de 2, realizar corrida cronometrada;
- Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo;
- Executar 15x3 repetições de saltos de canguru;
- Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais;
- Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo formador;
- Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos;
- Realização de saltos de canguru com controlo de tempo;
- Realizar preensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda;
- Corrida à volta do campo;
- Realização de exercícios de retorno à calma.

Sessão Nº 18

O objetivo da sessão nº 18 do dia 03.09.2012 no Grupo de Investigação, foi Potenciar mudanças a nível cognitivo – comportamental nos reclusos, de forma a melhorar o processo de transição para a liberdade.

Procedeu-se com a seguinte intervenção:

- Dinâmica educativa; Conceito de visão; Pressupostos da visão; Visão e valores; Visão criativa; Fatores protetores e facilitadores ao desenvolvimento de habilidades e interações sociais.

Sessão Nº 19

O objetivo da sessão nº 19 do dia 05.09.2012, num segundo momento foi avaliar a condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2 e a escala EVCE.

Procedeu-se à avaliação de parâmetros do Grupo de Controlo através da Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Saúde Mental; Desenvolvimento Emocional; Função Social e Vitalidade. Por último a avaliação dos parâmetros da componente física que foi feita através de: Avaliação da composição corporal pelo método de bioimpedância (balança Tanita®); Avaliação da força de prensão manual (dinamómetro manual Jamar®); Avaliação da força de oponência do polegar (dinamómetro digital pinch-gauge); Flexão do cotovelo; Tensão Arterial Sistólica e Diastólica; Sentar e Levantar em 30s; Up and Go; IMC; Gordura Corporal e Massa Muscular.

Sessão Nº 20

O objetivo da sessão nº 20 do dia 06.09.2012 num segundo momento foi avaliar a condição física conjuntamente com a aplicação do Questionário SF-36v2 e a escala EVCE.

Procedeu-se à avaliação de parâmetros do Grupo de Investigação através da Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Saúde Mental; Desenvolvimento Emocional; Função Social e Vitalidade. Por último a avaliação dos parâmetros da componente física que foi feita através de: Avaliação da composição corporal pelo método de bioimpedância (balança Tanita®); Avaliação da força de prensão manual (dinamómetro manual Jamar®); Avaliação da força de oponência do polegar (dinamómetro digital pinch-gauge); Flexão do cotovelo; Tensão Arterial Sistólica e Diastólica; Sentar e Levantar em 30s; Up and Go; IMC; Gordura Corporal e Massa Muscular.

A opção por este programa de intervenção, prende-se com as sugestões dos respectivos orientadores deste trabalho, sendo o mesmo aplicado por um deles ainda que em contextos diferentes.

6.7 - Tratamento estatístico

O tratamento dos dados estatísticos foi feito com o recurso ao programa informático IBM SPSS Statistics 20, apresentando-se a estatística descritiva mediante o valor média±desvio padrão.

Na análise dos dados entre grupos, recorreu-se à média das variáveis em estudo, bem como a prova de Spearman para o estudo das correlações entre variáveis, estabelecendo-se o nível de significância para $p \leq 0,05$. A consistência interna das escalas foi determinada pelo Alpha de Cronbach.

7 - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

De seguida serão apresentados e analisados os resultados obtidos nas seguintes avaliações: Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos.

Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental.

Por último discutimos os resultados obtidos na avaliação dos parâmetros da componente física dos reclusos e apresentamos as limitações deste estudo.

7.1 – Resultados obtidos na aplicação da Escala - EVCE

Como descrevemos na tabela 1 para análise da caracterização sócio-demográfica partiu-se de uma amostra de 20 reclusos, dos quais 11 fazem parte do Grupo de Controlo e 9 do Grupo de Investigação, estes, apresentam uma média de idades de 41,10 anos. Sendo que a maioria dos reclusos tem idades compreendidas entre os 35-45 anos. No grupo etário 46-56 anos estão incluídos 25,0%, no grupo etário 57-67 estão incluídos 10,0% e no grupo etário 24-34 estão incluídos 30,0%.

No que diz respeito ao estado civil, como podemos verificar que a maioria dos reclusos é solteiro (65,0%), dois dos reclusos vivem em união de facto (10,0%), dois dos reclusos são casados (10,0%) e três dos reclusos são divorciados (15,0%). Segundo a amostra, 12 dos reclusos têm filhos (60,0%), e oito dos reclusos responderam que não têm filhos (40,0%). No que respeita às Habilitações Literárias, apenas um dos reclusos respondeu saber ler e escrever (5,0%), três dos reclusos têm o 2º ciclo (15,0%); 6 dos reclusos têm o 3º ciclo (30,0%), oito dos reclusos possuem o ensino secundário (40,0%) e apenas um dos reclusos se encontra a frequentar o ensino superior (5,0%). Sendo que

a maioria dos reclusos provem no meio urbano (80,0%), os restantes 4 reclusos proveem do meio rural (20,0%).

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos reclusos inquiridos

	n	%
Idade (n=20)		
24-34	6	30,0
35-45	7	35,0
46-56	5	25,0
57-67	2	10,0
X= 41,10 (\pm 10,19 anos) min: 24 anos; máx. 58anos; Mo= [35-45] anos; Me= 42,50 anos		
Estado Civil (n=20)		
Solteiro	13	65,0
União de Facto	2	10,0
Casado	2	10,0
Divorciado	3	15,0
Filhos (n=20)		
Sim	12	60,0
Não	8	40,0
Habilitações Literárias (n=20)		
Sabe Ler e Escrever	1	5,0
2º ciclo	3	15,0
3º ciclo	6	30,0
Ensino Secundário	8	40,0
A frequentar Ensino Superior	1	5,0
Não respondeu	1	5,0
Proveniência (n=20)		
Rural	4	20,0
Urbano	16	80,0

Como podemos verificar na tabela 2 no que concerne ao tempo de permanência no Estabelecimento Prisional de Izeda, verificamos que 2 dos reclusos permanece neste estabelecimento há menos de 12 meses (10,0%), 6 dos reclusos entre 13 a 24 meses (30,0%), 2 dos reclusos entre 25 a 36 meses (10,0%), 3 dos reclusos entre 37 a 48 meses (15,0%), 3 dos reclusos entre 49 a 60 meses (15,0%), 2 dos reclusos entre 61 a 72 meses (10,0%) e apenas 1 dos reclusos permanece no Estabelecimento Prisional de Izeda há mais de 73 meses (5,0%).

No que respeita ao tempo de permanência em Estabelecimentos Prisionais, 1 dos reclusos já permanece em Estabelecimentos Prisionais entre 13 a 24 meses (5,0%), 1 dos reclusos permanece entre 25 a 36 meses (5,0%), 4 dos reclusos permanecem em estabelecimentos entre 37 a 48 meses (20,0%), 2 dos reclusos entre 49 a 60 meses

(10,0%), 1 dos reclusos entre 61 a 72 meses (5,0%) e 5 dos reclusos permanecem em Estabelecimentos Prisionais há mais de 73 meses (25,0%), ou seja há mais de 6 anos.

No tempo que falta cumprir até ao final da pena podemos verificar segundo a tabela que 2 dos reclusos faltam-lhe menos de 12 meses até ao final da pena (10,0%), 5 reclusos entre 13 a 24 meses (25,0%), 2 dos reclusos entre 25 a 36 meses (10,0%), 2 dos reclusos entre 37 a 48 meses (10,0%), 2 dos reclusos entre 49 a 60 meses (10,0%), 1 dos reclusos entre 61 a 72 meses (5,0%) e 4 dos reclusos faltam-lhe mais de 73 meses (20,0%) para o final da pena.

Segundo os resultados obtidos, estes evidenciam que 14 dos reclusos trabalham no Estabelecimento Prisional de Izeda (70,0%) e apenas 6 dos reclusos responderam que não trabalham no EPI (30,0%).

Quando questionados sobre se alguma vez praticaram atividade física no EP, 13 dos reclusos responderam que sim (65,0%) e 7 dos reclusos responderam que não (35,0%); mas a quando do preenchimento dos questionários foi-lhe colocada a questão “se pratica alguma atividade no EP” e 16 dos reclusos referem que no momento em que foram inquiridos praticavam actividades no EPI (80,0%) apenas 4 dos reclusos disseram que não praticam nenhum tipo de atividade (20,0%).

No que respeita a atividades relacionadas com o seu desenvolvimento emocional 12 dos reclusos referiram que já participaram em temas relacionadas com o mesmo (60,0%), 8 dos reclusos referiram que nunca participaram (40,0%).

Tabela 2 – Tempo de permanência em Estabelecimentos Prisionais dos inquiridos

	n	%
Tempo de Permanência em Izeda (n=20)		
Menos de 12 meses	2	10,0
13 meses a 24 meses	6	30,0
25 meses a 36 meses	2	10,0
37 meses a 48 meses	3	15,0
49 meses a 60 meses	3	15,0
61 meses a 72 meses	2	10,0
>de 73 meses	1	5,0
Não respondeu	1	5,0
Tempo de Permanência em Estabelecimentos Prisionais (n=20)		
13 meses a 24 meses	1	5,0
25 meses a 36 meses	1	5,0
37 meses a 48 meses	4	20,0
49 meses a 60 meses	2	10,0
61 meses a 72 meses	1	5,0
>de 73 meses	5	25,0
Não respondeu	6	30,0
Tempo que falta cumprir até ao final da pena (n=20)		
Menos de 12 meses	2	10,0
13 meses a 24 meses	5	25,0
25 meses a 36 meses	2	10,0
37 meses a 48 meses	2	10,0
49 meses a 60 meses	2	10,0
61 meses a 72 meses	1	5,0
>de 73 meses	4	20,0
Não respondeu	2	10,0
Trabalha no EP de Izeda (n=20)		
Sim	14	70,0
Não	6	30,0
Já Praticou Actividade Física no EP (n=20)		
Sim	13	65,0
Não	7	35,0
Pratica alguma actividade no EP (n=20)		
Sim	16	80,0
Não	4	20,0
Participou em alguma actividade relacionada com o Desenvolvimento Emocional (n=20)		
Sim	12	60,0
Não	8	40,0

Na análise descritiva da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) mais propriamente nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções; Capacidade da Automotivação; Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos, recorreremos ao cálculo da Média, Mediana, Moda e Desvio Padrão.

Na tabela 3 podemos verificar que a média no domínio Gestão de Emoções no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação é de $3,69 \pm 0,97$, no segundo

momento de avaliação verificamos que a média é de $3,40 \pm 1,01$. Já o domínio Gestão de Emoções, no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação é de $3,33 \pm 0,59$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,23 \pm 0,92$.

No que respeita ao domínio da Automotivação a média no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação é de $3,74 \pm 0,76$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,55 \pm 0,72$. Já o domínio Automotivação no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação é de $3,22 \pm 0,57$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,50 \pm 0,64$.

No que concerne à média do domínio Gestão de Relacionamentos em Grupos no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação é de $4,67 \pm 0,91$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $4,51 \pm 1,78$. Já o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupos no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação é de $4,39 \pm 1,30$ no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $4,51 \pm 1,00$.

Segundo os resultados podemos verificar que no Grupo de Investigação, nos domínios Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupos a média aumentou, apenas no domínio de Gestão das Emoções a média diminuiu do primeiro para o segundo momento de avaliação.

No que respeita à diminuição de valores do Domínio Gestão de Emoções no Grupo de Investigação do primeiro para o segundo momento de avaliação, esta foi uma das questões que mais curiosidade me suscitou e para a qual não consegui encontrar nenhuma resposta óbvia, nem no âmbito deste trabalho nem de outros que consultei.

Será sem dúvida pertinente que mais investigações se realizem de forma a perceber se este resultado tem consistência ou se é meramente um achado.

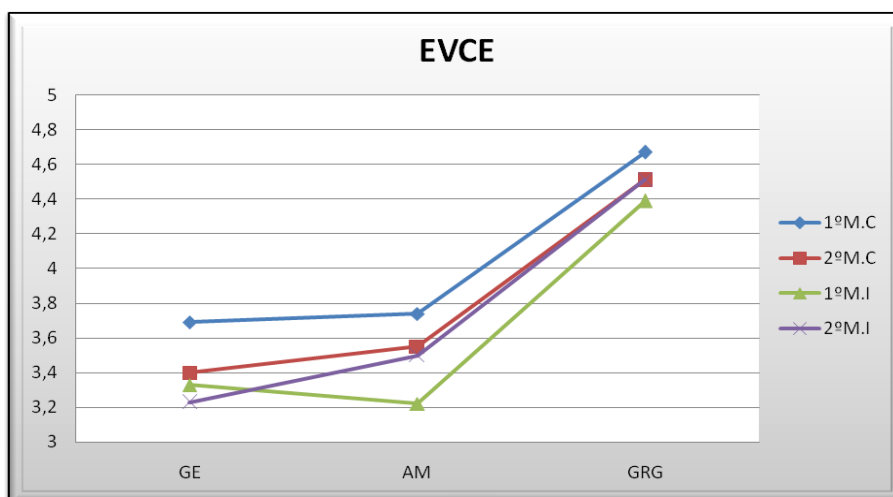
Mas posso especular sobre a influência que este tipo de programas tem no dia-a-dia monótono e rotineiro destes reclusos o que pode justificar de alguma forma as diferenças encontradas, sim, porque o Grupo de Controlo manteve-se na denominada zona de conforto.

Tabela 3: Resultados obtidos nos domínios Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupo.

		Gestão de Emoções		Automotivação		Gestão de Relacionamentos em Grupo	
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM	1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8	11	8	11	8
	Média	3,69	3,40	3,74	3,55	4,67	4,51
	Mediana	3,89	3,50	3,61	3,50	4,15	4,21
	Moda	2,26	2,21	2,57	2,48	4	2,63
	Desvio Padrão	0,97	1,01	0,76	0,72	0,91	1,78
Grupo de Investigação	N	9	7	9	7	9	7
	Média	3,33	3,23	3,22	3,50	4,39	4,51
	Mediana	3,26	3,31	3,24	3,24	4,28	4,28
	Moda	3,89	2,00	2,35	2,90	3,93	4,64
	Desvio Padrão	0,59	0,92	0,57	0,64	1,30	1,00

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 1, tendo em base a média dos resultados obtidos nos domínios: Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamento de Grupos efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação. Nele verificamos que o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupo tem maior cotação, seguidamente e com menor cotação temos o Domínio Automotivação, e por último temos o domínio Gestão de Emoções.

Gráfico 1 Resultados obtidos nos domínios Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupo



Ao nível da consistência interna e após a análise da tabela 4, pode-se constatar que a escala apresenta uma boa consistência, à exceção dos domínios: Gestão de

Relacionamentos em Grupo, no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação ($\alpha=.546$); nos domínios Gestão de Emoções e Automotivação, no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação ($\alpha=.484$; $\alpha=.495$) e no domínio Automotivação do Grupo de Investigação ($\alpha=.568$) no segundo momento de avaliação.

Segundo Ribeiro (1999) citado por Agostinho (2008) estes consideram um expressão mínima de consistência interna o valor de 0.50.

Tabela 4: Resultados obtidos para as Características Psicométricas dos domínios Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamento em Grupo

	Alpha Cronbach's			
	1º M		2ºM	
	G.C.	G.I.	G.C.	G.I.
Gestão de Emoções	.825	.484	.829	.785
Automotivação	.760	.495	.717	.568
Gestão de Relacionamentos em Grupo	.546	.916	.967	.866

Como podemos verificar na tabela 5 a análise correlacional dos três domínios, Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupo esta vai nos permitir conhecer a existência ou não da relação entre os três domínios, encontrando também a força e o sentido dessas relações. Assim verificamos que:

Existe correlação entre o domínio: Gestão de Relacionamentos em Grupo, e o domínio Gestão de Emoções no primeiro momento de avaliação, ($\rho =.473$; $p=.035$); Gestão de Relacionamentos em Grupo, e o domínio Automotivação no primeiro momento de avaliação ($\rho =.464$; $p=.039$); Gestão de Emoções no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Emoções no primeiro momento de avaliação ($\rho =.634$; $p=.011$); Gestão de Emoções no segundo momento de avaliação e o domínio Automotivação no primeiro momento de avaliação ($\rho =.659$; $p=.008$); Automotivação no segundo momento de avaliação e o domínio Automotivação no primeiro momento de avaliação ($\rho =.533$; $p=.041$); Automotivação no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupo no primeiro momento de avaliação ($\rho =.874$; $p=.000$); Gestão de Relacionamentos em Grupo no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupo no primeiro momento de avaliação ($\rho =.626$; $p=.013$); Gestão de Relacionamentos em Grupo no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Emoções no segundo momento de avaliação ($\rho =.552$; $p=.033$); Gestão de Relacionamentos em Grupo no segundo

momento de avaliação e o domínio Automotivação no segundo momento de avaliação ($\rho = .787$; $p = .000$);

Tabela 5: Resultados obtidos na Análise correlacional entre as três capacidades: Gestão de Emoções; Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupo – Coeficiente de correlação de Spearman's (ρ) e o nível de significância (p).

		Gestão de Emoções (1ºM)	Automotivação (1ºM)	Gestão de Relacionamentos em Grupo (1ºM)	Gestão de Emoções (2ºM)	Automotivação (2ºM)
Automotivação (1ºM)	P	.389				
	P	.090				
	N	20				
Gestão de Relacionamentos em Grupo (1ºM)	P	.473*	.464*			
	P	.035	.039			
	N	20	20			
Gestão de Emoções (2ºM)	p	.634*	.659**	.425		
	P	.011	.008	.114		
	N	15	15	15		
Automotivação (2ºM)	p	.453	.533*	.874**	.462	
	P	.090	.041	.000	.083	
	N	15	15	15	15	
Gestão de Relacionamentos em Grupo (2ºM)	P	.454	.368	.626*	.552*	.787**
	P	.089	.178	.013	.033	.000
	N	15	15	15	15	15

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

7.2 - Resultados obtidos na aplicação do Questionário SF-36 v2

Seguidamente passamos a apresentar os resultados obtidos na aplicação do Questionário SF-36v2. Segundo a tabela 6 podemos verificar que a média da Componente Física no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo, é de $73,65 \pm 17,17$, sendo o mínimo de 51,44 e o máximo de 96,25, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $77,29 \pm 20,55$, sendo o mínimo de 33,69 e o máximo de 98,75.

Na Componente Mental no primeiro momento de avaliação do Grupo de Controlo é de $71,47 \pm 17,59$, sendo o mínimo de 40,52 e o máximo de 92,81, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $74,78 \pm 13,23$, sendo o mínimo de 45,94 e o máximo de 88,65.

No que concerne à média da Componente Física no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $78,88 \pm 20,64$, sendo o mínimo de 44,69 e o máximo de 99,25, no segundo momento de avaliação que a média é de $83,97 \pm 7,84$, sendo o mínimo de 69,75 e o máximo de 92,81.

A média da Componente Mental no primeiro momento de avaliação do Grupo de Investigação é de $79,03 \pm 20,96$, sendo o mínimo de 29,79 e o máximo de 98,44, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $72,31 \pm 18,99$, sendo o mínimo de 45,00 e o máximo de 98,75.

Segundo o estudo de Plugge, Douglas e Fitzpatrick (2011), numa população de 112 mulheres reclusas com uma média de idades de 33,5 anos, recorrendo ao questionário SF-36 para avaliar a qualidade de vida, no momento de entrada na prisão e examinar as alterações durante um período de três meses de reclusão, comparando também os valores com mulheres da população em geral.

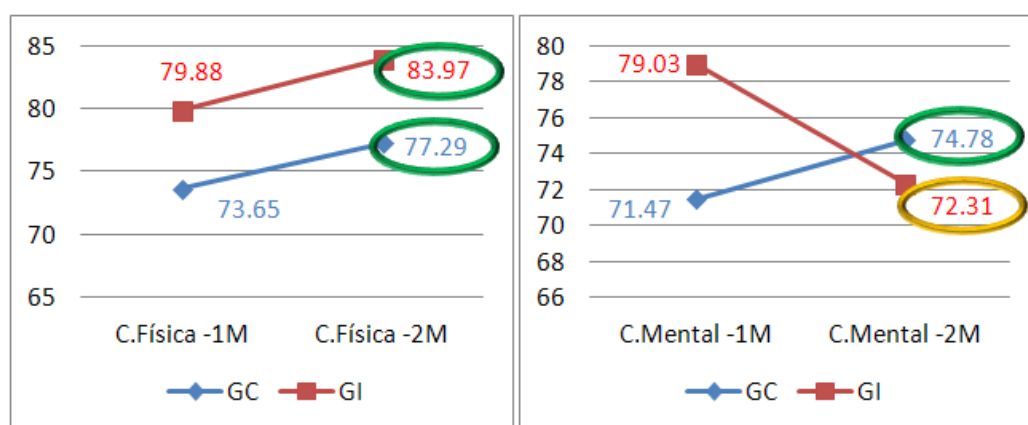
Estes autores verificaram que a Componente Mental das mulheres reclusas que continuavam presas após três meses melhorou durante este período, embora permanecendo mais pobre do que os da população em geral. No que respeita à Componente Física, estas não melhoraram significativamente e permaneceu mais baixa do que a população em geral.

Tabela 6: Análise dos resultados obtidos no SF-36v2 no Grupo de Controlo e Investigação no 1ª e 2ª M. de avaliação

		Componente Física		Componente Mental	
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8	11	8
	Média	73,65	77,29	71,47	74,78
	Desvio Padrão	17,17	20,55	17,59	13,23
	Mínimo	51,44	33,69	40,52	45,94
	Máximo	96,25	98,75	92,81	88,65
Grupo de Investigação	N	9	7	9	7
	Média	79,88	83,97	79,03	72,31
	Desvio Padrão	20,64	7,84	20,96	18,99
	Mínimo	44,69	69,75	29,79	45,00
	Máximo	99,25	92,81	98,44	98,75
Total	N	20	15	20	15
	Média	76,76	80,63	75,25	73,54
	Desvio Padrão	18,90	14,19	19,27	16,11
	Mínimo	44,69	33,69	29,79	45,00
	Máximo	96,25	98,75	98,44	98,75

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 2, tendo em base a média dos resultados obtidos nos domínios: Componente Física e Componente Mental do questionário SF-36v2 efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação. Nele verificamos que apenas a Componente Mental do Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação teve um decréscimo, em todos os outros momentos houve um aumento.

Gráfico 2 Análise dos resultados obtidos no SF-36v2 no Grupo de Controlo e Investigação no 1ª e 2ª M. de avaliação



Na análise descritiva do Questionário SF-36v2 mais propriamente nas dimensões: Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal; Saúde Geral; Vitalidade;

Função Social; Desempenho Emocional e Saúde Mental, recorreremos ao cálculo da Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo.

Na tabela 7 podemos verificar as médias de cada dimensão do questionário SF-36v2 no Grupo de Controlo e no Grupo de Investigação no primeiro e segundo momento de avaliação.

A média do domínio Função Física no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $78,82 \pm 33,26$, sendo o mínimo 0 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $82,5 \pm 24,64$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100. No Grupo de Investigação a média do domínio Função Física no primeiro momento de avaliação é de $90,56 \pm 18,45$, sendo o mínimo de 45 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $97,14 \pm 5,67$, sendo o mínimo de 85 e o máximo de 100.

No domínio Desempenho Físico no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo a média é de $78,41 \pm 29,23$, sendo o mínimo de 6,25 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $78,91 \pm 27,33$, sendo o mínimo de 18,75 e o máximo de 100. Já do domínio Desempenho Físico no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação a média é de $77,08 \pm 33,22$, sendo o mínimo de 18,75 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $79,46 \pm 25,95$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100.

No que respeita à média do domínio Dor Corporal no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $73,45 \pm 28,05$, sendo o mínimo de 21 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $83,62 \pm 21,31$, sendo o mínimo de 51 e o máximo de 100. Sendo que a média do domínio Dor Corporal no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $74,44 \pm 30,31$, sendo o mínimo de 10 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $83,86 \pm 23,65$, sendo o mínimo de 41 e o máximo de 100.

Já a média do domínio Saúde Geral no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $65,91 \pm 22,14$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 95, no segundo momento de avaliação que a média é de $64,12 \pm 21,03$, sendo o mínimo de 40 e o máximo de 95. No domínio Saúde Geral no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação a média é de $77,44 \pm 14,62$, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 97, no segundo momento de avaliação que a média é de $75,44 \pm 18,97$, sendo o mínimo de 40 e o máximo de 92.

No que concerne à média do domínio Vitalidade no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $63,07 \pm 15,68$, sendo o mínimo de 31,25 e o máximo de 81,25, no segundo momento de avaliação que a média é de $71,09 \pm 14,92$, sendo o mínimo de 43,75 e o máximo de 93,75. Já à média do domínio Vitalidade no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $73,61 \pm 22,05$, sendo o mínimo de 37,5 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $79,46 \pm 23,31$, sendo o mínimo de 43,75 e o máximo de 100.

Referente ao domínio Função Social no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Controlo é de $78,41 \pm 33,11$, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $76,56 \pm 24,49$, sendo o mínimo de 37,5 e o máximo de 100. No domínio Função Social no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Investigação é de $81,94 \pm 27,32$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $50 \pm 34,61$, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 100.

Já a média do domínio Desempenho Emocional no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $75,76 \pm 27,75$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $80,21 \pm 25,17$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100. Sendo que a média do domínio Desempenho Emocional no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $83,33 \pm 22,44$, sendo o mínimo de 41,67 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $72,62 \pm 39,88$, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 100.

Por último no domínio Saúde Mental no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Controlo é de $68,64 \pm 23,46$, sendo o mínimo de 10 e o máximo de 90, no segundo momento de avaliação que a média é de $71,25 \pm 13,56$, sendo o mínimo de 55 e o máximo de 90. No domínio Saúde Mental no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Investigação é de $77,22 \pm 28,73$, sendo o mínimo de 15 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $87,14 \pm 18,22$, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 100.

A percepção da qualidade de vida dos reclusos foi avaliada através do questionário SF-36v2. Verificamos, que no Grupo de Controlo, nos dois momentos de avaliação, todos os domínios obtiveram pontuações médias acima de 50, ou seja, do ponto médio da escala (cada subescala varia entre 0 e 100).

Quanto ao Grupo de Investigação, apenas a Função Social obteve pontuações médias iguais a 50, nos restantes domínios as pontuações médias obtidas foram acima do ponto médio da escala.

A única variável em que há alterações significativas é na Função Social do grupo de intervenção, quando se comparam os dois momentos de avaliação, havendo um decréscimo de 81,94 para 50, no segundo momento de avaliação.

Segundo o estudo de Plugge e Fitzpatrick (2011) estes verificaram que nas oito dimensões do questionário SF-36 as mulheres reclusas tiveram melhorias da primeira avaliação (entrada na prisão) para a segunda avaliação (terceiro mês de reclusão), sendo que o domínio em que obteve valores mais baixos no terceiro mês foi o domínio Vitalidade (48,1). No domínio Função Física obteve 74,9; no domínio Desempenho Físico 74,9; no domínio Desempenho Emocional 64,6; no domínio Função Social 58,7; no domínio Saúde mental 51,6; no domínio Dor Corporal 63,4 e no domínio Saúde Geral 58,2.

Tabela 7: Resultados obtidos nos 8 domínios do Questionário SF-36v2 no G. de Controlo e Investigação no 1^a e 2^a M. de Avaliação

	Função Física		Desempenho Físico		Dor Corporal		Saúde Geral		Vitalidade		Função Social		Desempenho Emocional		Saúde Mental		
	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	1 ^o M	2 ^o M	
Grupo de Controlo																	
N	11	8	11	8	11	8	11	8	11	8	11	8	11	8	11	8	8
Média	78,82	82,5	78,41	78,91	73,45	83,62	65,91	64,12	63,07	71,09	78,41	76,56	75,76	80,21	68,64	71,25	71,25
Desvio Padrão	33,26	24,64	29,23	27,33	28,05	21,31	22,14	21,03	15,68	14,92	33,11	24,49	27,75	25,17	23,46	13,56	13,56
Mínimo	0	25	6,25	18,75	21	51	25	40	31,25	43,75	0	37,5	25	25	10	55	55
Máximo	100	100	100	100	100	100	95	95	81,25	93,75	100	100	100	100	100	90	90
N	9	7	9	7	9	7	9	7	9	7	9	7	9	7	9	7	7
Grupo de Investigação																	
N	90,56	97,14	77,08	79,46	74,44	83,86	77,44	75,44	73,61	79,46	81,94	50	83,33	72,62	77,22	87,14	87,14
Média	18,45	5,67	33,22	25,95	30,31	23,65	14,62	18,97	22,05	23,31	27,32	34,61	22,44	39,88	28,73	18,22	18,22
Desvio Padrão	45	85	18,75	25	10	41	50	40	37,5	43,75	25	0	41,67	0	15	50	50
Mínimo	100	100	100	100	100	100	97	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Máximo	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	15
N	84,69	89,82	77,75	79,18	73,94	83,74	71,66	69,78	68,34	75,28	80,18	63,28	79,54	76,42	72,93	79,2	79,2
Média	25,85	15,15	31,22	26,64	29,18	22,48	18,38	20	18,86	19,12	30,22	29,55	23,46	32,52	26,1	15,89	15,89
Desvio Padrão	0	25	6,25	18,75	10	41	25	40	31,25	43,75	0	0	25	0	10	50	50
Mínimo	100	100	100	100	100	100	97	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Máximo																	
Total																	

Na tabela 8 apresentamos os valores de consistência interna das diferentes subescalas do SF-36v2, do Grupo de Controlo e ao Grupo de Investigação, no primeiro e segundo momento de avaliação.

Podemos constatar que os valores dos coeficientes de Alfa de Cronbach variam entre 0,347 a 0,974 no Grupo de Controlo, e 0,365 a 0,885 no Grupo de Investigação, ambos no primeiro momento de avaliação.

No segundo momento de avaliação e relativamente ao Grupo de Controlo, os valores dos coeficientes de Alfa de Cronbach variam entre 0,515 a 0,965 e no Grupo de Investigação, variam entre 0,379 e 0,948.

No presente estudo o coeficiente de consistência interna do SF-36v2 aplicado a reclusos demonstrou boa confiabilidade em todos os domínios, à exceção do domínio Saúde Mental no segundo momento de avaliação, apresentaram valores que ficam aquém do aceitável (alfa>0,70).

Segundo o estudo de Plugge e Fitzpatrick (2005), numa população de 66 mulheres reclusas na Inglaterra, com idade média de 28,9 anos, avaliou a qualidade de vida das reclusas, recorrendo ao questionário SF-36 para analisar os aspetos referentes ao seu estado de saúde. Estes autores verificaram que os resultados mostram que a confiabilidade interna do SF-36 na população reclusa é boa. Um alfa de 0,5 ou superior é aceitável, embora e de preferência o valor deve ser maior do que 0,8 (Jenkinson e tal, 1996 citado por Plugge & Fitzpatrick, 2005). Neste estudo obtiveram os seguintes valores na consistência interna: no domínio Função Física 0.88; no domínio Desempenho Físico 0.88; no domínio Desempenho Emocional 0.89; no domínio Função Social 0.75; no domínio Saúde Mental 0.85; no domínio Vitalidade 0.68; no domínio Dor Corporal 0.83 e no domínio Saúde Geral 0.84.

Tabela 8: Consistência Interna dos 8 domínios do questionário SF-36v2

	Alpha Cronbach's			
	1º M		2ºM	
	G.C.	G.I.	G.C.	G.I.
Função Física	.974	.875	.933	.658
Desempenho Físico	.883	.885	.847	.785
Dor Corporal	.722	.813	.965	.996
Saúde Geral	.847	.365	.860	.710
Vitalidade	.347	.670	.875	.735
Função Social	.819	.628	.881	.720
Desempenho Emocional	.743	.523	.804	.948
Saúde Mental	.713	.882	.515	.379

De seguida podemos verificar a análise correlacional do questionário SF-36v2 nos domínios: Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal; Saúde Geral; Vitalidade; Função Social; Desempenho Emocional e Saúde Mental. O padrão de correlações entre as subescalas do SF-36v2, no Grupo de Controlo e do Grupo de Investigação, no primeiro momento de avaliação, está representado na tabela 9. Podemos verificar que existe correlação entre os domínios: Dor Corporal e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .638$; $p = .002$); Saúde Geral e o domínio Dor Corporal, ($\rho = .450$; $p = .047$); Desempenho Emocional e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .807$; $p = .000$); Saúde Mental e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .485$; $p = .030$); Saúde Mental e o domínio Dor Corporal, ($\rho = .451$; $p = .046$); Saúde Mental e o domínio Vitalidade, ($\rho = .495$; $p = .027$); Saúde Mental e o domínio Função Social, ($\rho = .540$; $p = .014$); Saúde Mental e o domínio Desempenho Emocional, ($\rho = .447$; $p = .048$).

Tabela 9: Análise Correlacional entre os 8 domínios do Questionário SF-36v2 do Grupo de Controlo e do Grupo de Investigação no 1º M. de Avaliação

		Função Física	Desempenho Físico	Dor Física	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional
Desempenho Físico	p	.264						
	p	.262						
	N	20						
Dor Física	p	.359	.638**					
	p	.120	.002					
	N	20	20					
Saúde Geral	p	.316	.373	.450*				
	p	.715	.105	.047				
	N	20	20	20				
Vitalidade	p	.297	.440	.427	.307			
	p	.203	.052	.060	.189			
	N	20	20	20	20			
Função Social	p	.298	.273	.401	.093	.278		
	p	.202	.243	.080	.695	.236		
	N	20	20	20	20	20		
Desempenho Emocional	p	.327	.807**	.387	.036	.401	.344	
	p	.160	.000	.092	.879	.080	.138	
	N	20	20	20	20	20	20	
Saúde Mental	p	.247	.485*	.451*	.293	.495*	.540*	.447*
	p	.294	.030	.046	.210	.027	.014	.048
	N	20	20	20	20	20	20	20

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

O padrão de correlações entre as subescalas do SF-36v2, no Grupo de Controlo e do Grupo de Investigação, no segundo momento de avaliação, está representado na tabela 10, apresentando na globalidade as correlações. Podemos verificar que existe correlação entre os domínios: Dor Corporal e o domínio Função Física, ($\rho = .540$; $p = .038$); Vitalidade e o domínio Saúde Geral, ($\rho = .520$; $p = .047$); Função Social e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .610$; $p = .016$); Desempenho Emocional e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .618$; $p = .014$).

Tabela 10: Análise Correlacional entre os 8 domínios do Questionário SF-36v2 do Grupo de Controlo e do Grupo de Investigação no 2º Momento de Avaliação

		Função Física	Desempenho Físico	Dor Física	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional
Desempenho Físico	p	.183						
	p	.514						
	N	15						
Dor Física	p	.462	.283					
	p	.083	.306					
	N	15	15					
Saúde Geral	p	.540*	-.008	.171				
	p	.038	.977	.543				
	N	15	15	15				
Vitalidade	p	.250	.139	-.364	.520*			
	p	.369	.621	.182	.047			
	N	15	15	15	15			
Função Social	p	-.116	.610*	.259	-.016	-.058		
	p	.681	.016	.352	.954	.838		
	N	15	15	15	15	15		
Desempenho Emocional	p	.049	.618*	.239	.100	.389	.437	
	p	.862	.014	.390	.723	.121	.103	
	N	15	15	15	15	15	15	
Saúde Mental	p	.224	.066	-.012	.126	-.017	-.090	-.346
	p	.423	.816	.967	.656	.951	.751	.207
	N	15	15	15	15	15	15	15

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

7.3 - Resultados obtidos nas Avaliações dos Parâmetros Físicos

Seguem-se os resultados dos parâmetros obtidos nas avaliações físicas. Segundo a tabela 11 podemos verificar que a média da TAS no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $117,00 \pm 14,14$ mmHg, sendo o mínimo de 98 e o máximo de 142, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $117,00 \pm 12,89$ mmHg, sendo o mínimo de 105 e o máximo de 145. Sendo que a média da TAS no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $120,44 \pm 15,07$ mmHg, sendo o mínimo de 103 e o máximo de 146, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $122,29 \pm 13,68$ mmHg, sendo o mínimo de 103 e o máximo de 142.

Na avaliação da TAD no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $69,64 \pm 10,83$ mmHg, sendo o mínimo de 54 e o máximo de 84, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $71,63 \pm 11,59$ mmHg, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 86. Na TAD no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $67,00 \pm 7,23$ mmHg, sendo o mínimo de 56 e o máximo de 80, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $62,43 \pm 27,19$ mmHg, sendo o mínimo de 6 e o máximo de 88.

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (DGS) a classificação dos Grupos Tensionais, neste caso a Tensão Arterial Sistólica é a seguinte: Normal: 120-129; Normal Alto: 130-139; Hipertensão Estádio 1: 140-159; Hipertensão Estádio 2: ≥ 160 . Já a classificação dos Grupos Tensionais, neste caso a Tensão Arterial Diastólica é a seguinte: Normal: 80-84; Normal Alto: 85-89; Hipertensão Estádio 1: 90-99; Hipertensão Estádio 2: ≥ 100 (Circular Normativa 2/DGCG 31.03.04).

Segundo os resultados obtidos, verificamos que a média da TAS do Grupo de Controlo no segundo momento de avaliação é de 117,00, já a média do Grupo de Investigação é de 122,29. A avaliação da TAD do Grupo de Controlo no segundo momento de avaliação é de 71,63, no Grupo de Investigação é de 62,43. Estes resultados determinam que os dois grupos, segundo os valores da DGS, estão na classificação de Normal.

Tabela 11: Distribuição dos Valores da Tensão Arterial Sistólica e Diastólica (mmHg) dos inquiridos

		Tensão Arterial Sistólica		Tensão Arterial Diastólica	
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8	11	8
	Média	117,00	117,00	69,64	71,63
	Desvio Padrão	14,14	12,89	10,83	11,59
	Mínimo	98	105	54	50
	Máximo	142	145	86	86
Grupo de Investigação	N	9	7	9	7
	Média	120,44	122,29	67,00	62,43
	Desvio Padrão	15,07	13,68	7,23	27,19
	Mínimo	103	103	56	6
	Máximo	146	142	80	88
Total	N	20	15	20	15
	Média	118,72	119,64	68,32	67,03
	Desvio Padrão	14,60	13,28	9,03	19,39
	Mínimo	98	103	54	6
	Máximo	146	145	86	88

Na tabela 12 podemos verificar que a média da FC no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $80,00 \pm 13,08$ bat/min, sendo o mínimo de 62 e o máximo de 99, no segundo momento avaliação verificamos que a média é de $82,88 \pm 16,66$ bat/min, sendo o mínimo de 57 e o máximo de 114.

Já a média da FC no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $70,56 \pm 9,23$ bat/min, sendo o mínimo de 52 e o máximo de 83, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $78,43 \pm 20,06$ bat/min, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 114.

A classificação da FC é a seguinte: Bebés (menos de um ano) 100-160; Crianças (1 a 10 anos) e adultos 60-140; Atletas bem treinados (40-60) batimentos normais por minuto (<http://saude-info.info/ritmo-cardiaco-normal.html>).

Segundo os resultados obtidos, verificamos que a média da FC do Grupo de Controlo no segundo momento de avaliação é de $82,87$ bat/min, já a média do Grupo de Investigação é de $78,43$ bat/min. Estes resultados determinam que os dois grupos estão enquadrados na classificação normal para a sua faixa.

Apesar de haver um aumento de valores na FC quer Grupo de Controlo que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação, esse aumento não é estatisticamente significativo.

Tabela 12: Distribuição dos Valores da Frequência Cardíaca (bat/min) dos inquiridos

		Frequência Cardíaca	
		1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	80,00	82,88
	Desvio Padrão	13,08	16,66
	Mínimo	62	57
	Máximo	99	114
Grupo de Investigação	N	9	7
	Média	70,56	78,43
	Desvio Padrão	9,23	20,06
	Mínimo	52	50
	Máximo	83	114
Total	N	20	15
	Média	75,28	80,65
	Desvio Padrão	11,15	18,36
	Mínimo	52	50
	Máximo	99	114

Na tabela 13 podemos verificar que a média do exercício Sentar Levantar/30s no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $16,27 \pm 3,13$ repetições, sendo o mínimo de 11 e o máximo de 20, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $16,63 \pm 4,31$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 27.

Já a média do exercício Sentar Levantar/30s no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $18,56 \pm 4,53$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 28, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $20,71 \pm 6,16$ repetições, sendo o mínimo de 15 e o máximo de 30.

Segundo os resultados obtidos, estes determinam que houve um aumento quer no Grupo de Controlo quer no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação.

No que diz respeito ao estudo de Ferreira (2010) com uma amostra de 26 reclusos, todos eles toxicodependentes, com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, verificou-se que a amostra melhorou significativamente os níveis em estudo, sendo que o exercício Sentar / Levantar em 30s melhorou de 15,62 para 21,77 repetições no segundo momento de avaliação.

Já no estudo de Ferreira (2009), este com reclusos portadores de diferentes patologias, 7 destes reclusos padecem de problemas do foro psicológico e os restantes de problemas físicos, as suas idades variam entre os 30 e os 59 anos. Neste estudo

verificou-se que no exercício Sentar Levantar/30s os resultados obtidos foram de 13,92 para 17,92 repetições no segundo momento de avaliação.

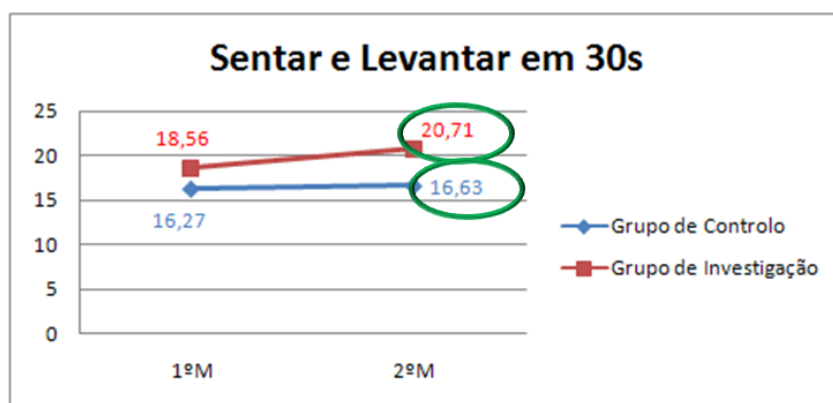
Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação os reclusos obtiveram uma média de 20,71 repetições.

Tabela 13: Distribuição dos resultados no exercício Sentar e Levantar / 30 s (repetições) dos inquiridos

		Sentar e Levantar (30s)	
		1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	16,27	16,63
	Desvio Padrão	3,13	4,31
	Mínimo	11	13
	Máximo	20	27
Grupo de Investigação	N	9	7
	Média	18,56	20,71
	Desvio Padrão	4,53	6,16
	Mínimo	13	15
	Máximo	28	30
Total	N	20	15
	Média	17,41	18,67
	Desvio Padrão	3,83	5,23
	Mínimo	11	13
	Máximo	28	30

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 3, nele verificamos nos dois momentos de avaliação que a recta de maior acentuação corresponde ao Grupo de Investigação. Ainda que em ascensão mas com um realce menor temos o Grupo de Controlo.

Gráfico 3: Distribuição dos resultados no exercício Sentar e Levantar / 30 s (repetições) dos inquiridos



Na tabela 14 podemos verificar que a média do exercício Up and Go no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $6,11 \pm 1,23s$, sendo o mínimo de 3,78 e o máximo de 8,47, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $5,60 \pm 0,71s$, sendo o mínimo de 4,71 e o máximo de 6,94.

Já a média do exercício Up and Go no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $5,91 \pm 0,87s$, sendo o mínimo de 4,50 e o máximo de 6,97, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $5,10 \pm 0,66s$, sendo o mínimo de 4,03 e o máximo de 6,02.

Segundo os resultados obtidos, estes determinam que houve um decréscimo no exercício Up and Go quer no Grupo de Controlo quer no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação.

No que diz respeito ao estudo de Ferreira (2010) no exercício Up and Go melhorou de 7,65 para 7,45 no segundo momento de avaliação.

Já no estudo de Ferreira (2009), verificou-se que no exercício Up and Go os resultados obtidos foram de 7,33 para 7,25s no segundo momento de avaliação.

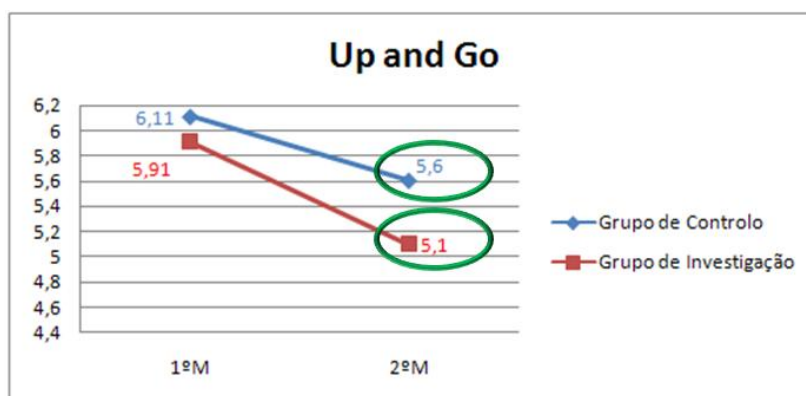
Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação os reclusos obtiveram uma amédia de 5,10s.

Tabela 14: Distribuição dos resultados obtidos no Up and Go (s) dos inquiridos

		Up and Go	
		1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	6,11	5,60
	Desvio Padrão	1,23	.71
	Mínimo	3,78	4,71
	Máximo	8,47	6,94
Grupo de Investigação	N	9	7
	Média	5,91	5,10
	Desvio Padrão	.87	.66
	Mínimo	4,50	4,03
	Máximo	6,97	6,02
Total	N	20	15
	Média	6,01	5,35
	Desvio Padrão	1,05	0,68
	Mínimo	3,78	4,03
	Máximo	8,47	6,94

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 4, tento em base a média de segundos do exercício Up and Go efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação, nele verificamos que a recta de maior acentuação corresponde aos resultados do Grupo de Investigação. Ainda que em ascensão mas com um realce menor temos os resultados do Grupo de Controlo.

Gráfico 4: Distribuição dos resultados obtidos no Up and Go (s) dos inquiridos



Na tabela 15 podemos verificar que a média da FPMDP-MD no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $44,18 \pm 5,02$ Kg/f, sendo o mínimo de 38 e o máximo de 54, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $45,25 \pm 6,16$ Kg/f, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 54. Sendo que a média da FPMDP-ME no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $40,45 \pm 8,53$ Kg/f, sendo o mínimo de 23 e o máximo de 52, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $42,38 \pm 11,90$ Kg/f, sendo o mínimo de 22 e o máximo de 60.

Na FPMDP-MD a média no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $47,33 \pm 7,21$ Kg/f, sendo o mínimo de 40 e o máximo de 60, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $45,43 \pm 5,62$ Kg/f, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 52. Na FPMDP-ME no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação a média é de $46,22 \pm 7,38$ Kg/f, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 60, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $44,86 \pm 5,64$ Kg/f, sendo o mínimo de 38 e o máximo de 54.

Segundo os resultados obtidos, estes determinam que houve uma diminuição quer nos resultados do Grupo de Controlo quer nos resultados do Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação.

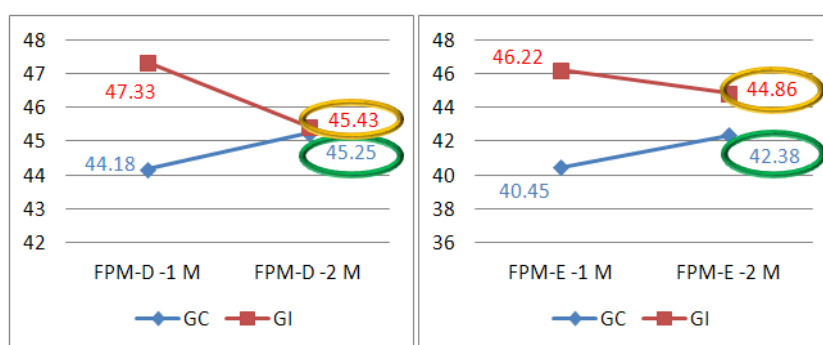
Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação os reclusos obtiveram uma média na FPMDP-MD de 45,43 Kg/f e na FPMDP-ME de 44,86 Kg/f.

Tabela 15: Distribuição dos resultados obtidos no parâmetro Força de Preensão Manual – Dinamómetro de Pega (Kg/f)

		Força Preensão Manual (Direita)		Força Preensão Manual (Esquerda)	
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM
		Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	44,18	45,25	40,45	42,38
	Desvio Padrão	5,02	6,16	8,53	11,90
	Mínimo	38	36	23	22
	Máximo	54	54	52	60
Grupo de Investigação	N	9	7	9	7
	Média	47,33	45,43	46,22	44,86
	Desvio Padrão	7,21	5,62	7,38	5,64
	Mínimo	40	36	36	38
	Máximo	60	52	60	54
Total	N	20	15	20	15
	Média	45,75	45,34	43,33	43,62
	Desvio Padrão	6,11	5,89	7,95	8,77
	Mínimo	38	36	23	22
	Máximo	54	52	60	60

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 5, tento em base a média de Kg/f do exercício Força de Preensão Manual – Direita e Esquerda efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação, nele verificamos que a recta de maior acentuação corresponde ao Grupo de Controlo nos dois momentos de avaliação. O Grupo de Investigação nos dois momentos de avaliação teve um decréscimo ainda que não muito acentuado.

Gráfico 5: Distribuição dos resultados obtidos no parâmetro Força de Preensão Manual – Dinamómetro de Pega (Kg/f)



Na tabela 16 podemos verificar que a média da FC-D no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $22,36 \pm 4,84$ repetições, sendo o mínimo de 14 e o máximo de 29, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $19,63 \pm 3,85$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 26. Na FC-E no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo a média é de $21,82 \pm 4,94$ repetições, sendo o mínimo de 12 e o máximo de 28, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $20,63 \pm 4,00$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 26.

Na FC-D no primeiro momento de avaliação a média do Grupo de Investigação é de $21,56 \pm 3,47$ repetições, sendo o mínimo de 18 e o máximo de 27, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $26,29 \pm 6,10$ repetições, sendo o mínimo de 19 e o máximo de 35. Já na FC-E no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $22,67 \pm 4,55$ repetições, sendo o mínimo de 17 e o máximo de 29, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $27,29 \pm 6,50$ repetições, sendo o mínimo de 20 e o máximo de 36.

Segundo os resultados obtidos, estes determinam que houve um decréscimo quer no Grupo de Controlo quer no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação.

No que diz respeito ao estudo de Ferreira (2010) no exercício, Flexão do Cotovelo obteve os seguintes valores $14,75$ para $20,44$ repetições no segundo momento de avaliação. No estudo de Ferreira (2009), verificou-se que no exercício Flexão do Cotovelo os resultados obtidos foram de $13,17$ para 15 repetições no segundo momento de avaliação.

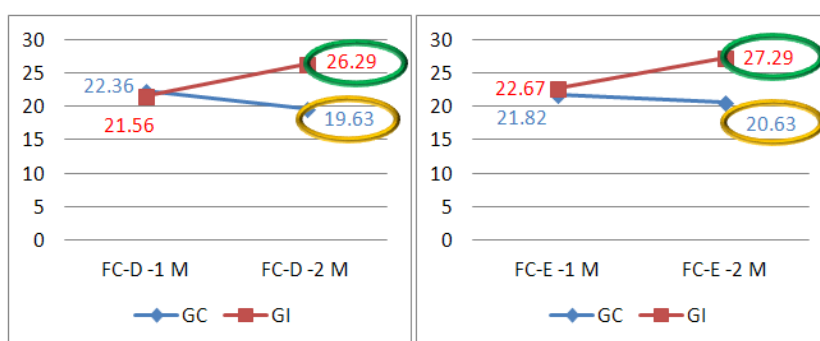
Neste estudo, sendo a média de idades de $41,10$ anos, verificou-se que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação os reclusos obtiveram uma média de $26,29$ repetições na FC-D e $27,29$ repetições na FC-E.

Tabela 16: Distribuição das medidas descritivas no exercício Flexão do Cotovelo (repetições) dos inquiridos

		Flexão do Cotovelo (Direita)		Flexão do Cotovelo (Esquerda)	
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8	11	8
	Média	22,36	19,63	21,82	20,63
	Desvio Padrão	4,84	3,85	4,94	4,00
	Mínimo	14	13	12	13
	Máximo	29	26	28	26
Grupo de Investigação	N	9	7	9	7
	Média	21,56	26,29	22,67	27,29
	Desvio Padrão	3,47	6,10	4,55	6,50
	Mínimo	18	19	17	20
	Máximo	27	35	29	36
Total	N	20	15	20	15
	Média	21,96	22,96	22,24	23,96
	Desvio Padrão	4,15	4,97	4,74	5,25
	Mínimo	14	13	12	13
	Máximo	29	35	29	36

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 6, tento em base a média de repetições do exercício Flexão do Cotovelo – Direita e Esquerda efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação, nele verificamos que a recta de maior acentuação corresponde ao Grupo de Investigação nos dois momentos de avaliação. Já o Grupo de Controlo nos dois momentos de avaliação teve um decréscimo nas repetições no que respeita à Flexão do Cotovelo.

Gráfico 6: Distribuição das medidas descritivas no exercício Flexão do Cotovelo (repetições) dos inquiridos



Na tabela 17 podemos verificar que a média da FPD-MD no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $10,18 \pm 3,63$ Kg, sendo o mínimo de 6 e o máximo de 17, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $12,13 \pm 3,68$ Kg, sendo o mínimo de 9 e o máximo de 20. Na FPD-ME no primeiro

momento de avaliação a média no Grupo de Controlo é de $10,00 \pm 2,68$ Kg, sendo o mínimo de 6 e o máximo de 15, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $10,38 \pm 3,25$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 18.

No exercício de FPD-MD no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Investigação é de $9,89 \pm 1,54$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 13, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $9,57 \pm 0,98$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 11. Na FPD-ME no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação a média é de $10,86 \pm 1,46$ Kg, sendo o mínimo de 9 e o máximo de 13, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $10,11 \pm 1,17$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 12.

Segundo os resultados obtidos, estes determinam que houve um aumento no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação e houve uma diminuição do Grupo de Controlo no segundo momento de avaliação.

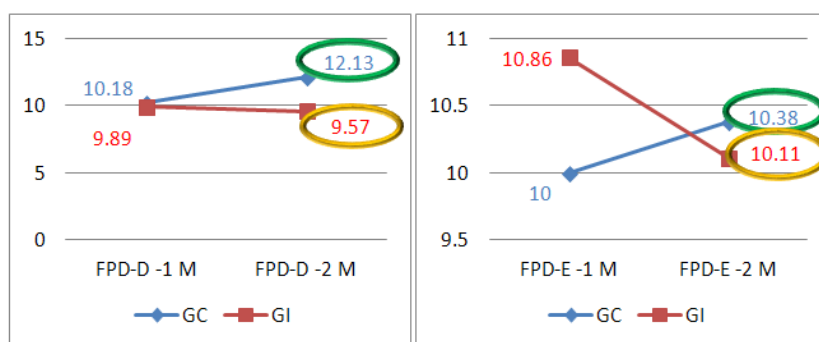
Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação os reclusos obtiveram uma média na FPD-MD de 9,57 Kg e na FPD-ME de 10,11 Kg, havendo assim um aumento do primeiro para o segundo momento de avaliação.

Tabela 17: Distribuição das medidas descritivas no exercício de Força de Preensão Digital (Kg) dos inquiridos

		Força Preensão Digital (Direita)		Força Preensão Digital (Esquerda)	
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8	11	8
	Média	10,18	12,13	10,00	10,38
	Desvio Padrão	3,63	3,68	2,68	3,25
	Mínimo	6	9	6	8
	Máximo	17	20	15	18
Grupo de Investigação	N	9	7	7	9
	Média	9,89	9,57	10,86	10,11
	Desvio Padrão	1,54	.976	1,46	1,17
	Mínimo	8	8	9	8
	Máximo	13	11	13	12
Total	N	20	15	20	15
	Média	10,03	10,85	10,43	10,24
	Desvio Padrão	2,58	4,66	2,07	2,21
	Mínimo	6	8	6	8
	Máximo	17	20	15	18

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no Gráfico 7, tento em base a média de Kg do exercício Força de Preensão Digital – Direita e Esquerda efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação, nele verificamos que a recta de maior acentuação corresponde ao Grupo de Controlo nos dois momentos de avaliação, ainda que não muito significativa. Já o Grupo de Investigação nos dois momentos de avaliação teve um decréscimo no que respeita à Força de Preensão Digital.

Gráfico 7: Distribuição das medidas descritivas no exercício de Força de Preensão Digital (Kg) dos inquiridos



Na tabela 18 podemos verificar que a altura média dos reclusos no Grupo de Controlo é de $172,64 \pm 8,55$ m, sendo o mínimo de 158 e o máximo de 192. No Grupo de Investigação verificamos que a média é de $176,44 \pm 7,02$ m, sendo o mínimo de 165 e o máximo de 185. No que diz respeito ao peso médio dos reclusos no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $77,78 \pm 13,48$ Kg, sendo o mínimo de 59,4 e o máximo de 94,2, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $76,56 \pm 11,90$ Kg, sendo o mínimo de 65,3 e o máximo de 96,1. Já o peso médio no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $89,84 \pm 10,47$ Kg, sendo o mínimo de 66,2 e o máximo de 100,2, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $79,47 \pm 12,35$ Kg, sendo o mínimo de 69,9 e o máximo de 104,5.

No que diz respeito à média do IMC no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $26,17 \pm 4,73$ Kg/m², sendo o mínimo de 21,16 e o máximo de 33,89, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $25,52 \pm 4,45$ Kg/m², sendo o mínimo de 21,45 e o máximo de 33,53.

Já a média do IMC no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $25,65 \pm 3,16$ Kg/m², sendo o mínimo de 22,38 e o máximo de 33,10, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $25,79 \pm 4,11$ Kg/m², sendo o mínimo de 21,98 e o máximo de 34,52.

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (DGS) a classificação da obesidade no adulto em função do IMC é a seguinte: Peso Baixo: IMC <18.5; Variação Normal: IMC 18.5-24.9; Pré Obesidade: IMC 25.0-29.0; Obesidade Classe I - IMC 30.0-34.9; Obesidade Classe II - IMC 35.0-39.9 e a Obesidade Classe III - IMC \geq 40,0). Segundo a DGS considera-se que há excesso de peso quando o IMC é \geq a 25 e que há obesidade quando o IMC é \geq 30 (Circular Normativa 03/DGCG 17.03.05).

Segundo Grossl, Lima, Augustemak e Karasiak (2010), num estudo para verificar a relação entre o percentual de gordura corporal e indicadores antropométricos em frequentadores de academia, numa população de 438 alunos, sendo que 195 são homens e 243 são mulheres, com uma amplitude de 18 aos 50 anos de idade, estes verificaram que o Índice de Massa Corporal Total dos homens é de $26,0 \pm 3,1 \text{ Kg/m}^2$.

Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que a média do IMC no segundo momento de avaliação do Grupo de Controlo é de $25,52 \text{ Kg/m}^2$, já a média do Grupo de Investigação é de $25,79 \text{ Kg/m}^2$. Estes resultados determinam que os dois grupos, segundo os valores da DGS, estão na classificação de Pré Obesidade. Apesar de haver uma melhoria do primeiro para o segundo momento de avaliação, não sendo esta significativa, como podemos verificar, os valores da Pré Obesidade variam entre os 25.0 e os 29.0 Kg/m^2 .

Tabela 18: Distribuição das medidas descritivas relativas aos parâmetros: Peso (Kg); IMC (Kg/m^2) e Altura (m) dos inquiridos

		Peso		IMC		Altura
		1ºM	2ºM	1ºM	2ºM	
Grupo de Controlo	N	11	8	11	8	11
	Média	77,78	76,56	26,17	25,52	172,64
	Desvio Padrão	13,48	11,90	4,73	4,45	8,55
	Mínimo	59,4	65,3	21,16	21,45	158
	Máximo	94,2	96,1	33,89	33,53	192
Grupo de Investigação	N	9	7	9	7	9
	Média	79,84	79,47	25,65	25,79	176,44
	Desvio Padrão	10,47	12,35	3,16	4,11	7,02
	Mínimo	66,2	69,9	22,68	21,98	165
	Máximo	100,2	104,5	33,10	34,52	185
Total	N	20	15	20	15	20
	Média	78,81	78,01	25,91	25,65	174,54
	Desvio Padrão	11,97	12,12	3,94	4,28	7,78
	Mínimo	66,2	65,03	21,16	21,45	158
	Máximo	100,2	104,5	33,89	34,52	192

Na tabela 19 podemos verificar que a média da GCT no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $17,89 \pm 6,81\%$, sendo o mínimo de 7,3 e o máximo de 27,5, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $17,89 \pm 7,30\%$, sendo o mínimo de 7,2 e o máximo de 28,2.

Já a média da GCT no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $15,31 \pm 5,14\%$, sendo o mínimo de 7,8 e o máximo de 24,7, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $16,34 \pm 7,33\%$, sendo o mínimo de 7,9 e o máximo de 29,1.

Segundo Grossl, et al (2010), num estudo para verificar a relação entre o percentual de gordura corporal e indicadores antropométricos em frequentadores de academia, numa população de 438 alunos, sendo que 195 são homens e 243 são mulheres, com uma amplitude de 18 aos 50 anos de idade, estes verificaram que a GCT dos homens é de $19,9 \pm 5,3\%$

Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que no Grupo de Controlo no segundo momento de avaliação a média manteve-se nos 17,89%, já no Grupo de Investigação os valores aumentaram do primeiro para o segundo momento de avaliação sendo que os valores foram de 16,34%.

Tabela 19: Distribuição dos resultados: Gordura Corporal Total (%) dos inquiridos

		Gordura Corporal Total	
		1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	17,89	17,89
	Desvio Padrão	6,81	7,30
	Mínimo	7,3	7,2
	Máximo	27,5	28,2
Grupo de Investigação	N	9	7
	Média	15,31	16,34
	Desvio Padrão	5,14	7,33
	Mínimo	7,8	7,9
	Máximo	24,7	29,1
Total	N	20	15
	Média	16,60	17,11
	Desvio Padrão	5,97	7,31
	Mínimo	7,3	7,2
	Máximo	27,5	29,1

Na tabela 20 podemos verificar que a média da AC no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $56,33 \pm 10,70\%$, sendo o mínimo de 27,3 e o

máximo de 66,7, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $58,96 \pm 5,04\%$, sendo o mínimo de 52,1 e o máximo de 67.

Já a média da AC no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $61,04 \pm 3,48\%$, sendo o mínimo de 56,1 e o máximo de 67,2, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $60,19 \pm 6,05\%$, sendo o mínimo de 50,2 e o máximo de 67,1.

Tosatti (S.D. Cit in Altman, 1961 & FNB, 2004) referem que a Água Corporal Total em homens numa faixa etária dos 19 a 50 anos tem uma média e variância de 59 (43-73)%, e na faixa etária acima dos 50 anos a média e variância é de 56 (47-57)%.

Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que quer no Grupo de Controlo, do primeiro para o segundo momento de avaliação, a média aumentou, já no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação diminuiu. Sendo que no Grupo de Controlo os valores foram de 58,96% e no Grupo de Investigação os valores foram 60,19%.

Tabela 20: Distribuição dos resultados obtidos no parâmetro: Água Corporal (%) dos inquiridos

		Água Corporal (%)	
		1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	56,33	58,96
	Desvio Padrão	10,70	5,04
	Mínimo	27,3	52,1
	Máximo	66,7	67,0
Grupo de Investigação	N	9	7
	Média	61,04	60,19
	Desvio Padrão	3,48	6,05
	Mínimo	56,1	50,2
	Máximo	67,2	67,1
Total	N	20	15
	Média	58,68	59,57
	Desvio Padrão	7,09	5,54
	Mínimo	27,3	50,2
	Máximo	67,2	67,1

Na tabela 21 podemos verificar que a média da MMT no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $60,08 \pm 7,52$ Kg, sendo o mínimo de 48,7 e o máximo de 73,9, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $59,54 \pm 8,10$ Kg, sendo o mínimo de 50,6 e o máximo de 76,8.

Já a média da MMT no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $64,02 \pm 6,68$ Kg, sendo o mínimo de 53,5 e o máximo de 71,8, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $62,59 \pm 5,32$ Kg, sendo o mínimo de 56,60 e o máximo de 70,4.

Segundo Viana, Fernandes, Dantas & Perez (2007), numa amostra de 26 sujeitos do sexo masculino separados em grupos de três com idades compreendidas entre $47,82 \pm 8,69$ anos no treino anaeróbio, $43,16 \pm 8,65$ anos no treino aeróbio e $43,00 \pm 8,84$ anos no treino aeróbio-anaeróbio, verificou-se que na Massa Muscular a população em estudo obteve os seguintes resultados: treino anaeróbio o resultado foi de $81,39 \pm 8,72$ Kg, no treino aeróbio o resultado foi de $79,67 \pm 7,91$ Kg e no treino aeróbio-anaeróbio o resultado foi de $89,94 \pm 13,87$ Kg.

Neste estudo, sendo a média de idades de 41,10 anos, verificou-se que no Grupo de Investigação no segundo momento de avaliação os reclusos obtiveram uma média na $62,59$ Kg havendo assim uma diminuição do primeiro para o segundo momento de avaliação.

Tabela 21: Distribuição dos resultados: Massa Muscular Total (Kg) dos inquiridos

		Massa Muscular Total (Kg)	
		1ºM	2ºM
Grupo de Controlo	N	11	8
	Média	60,08	59,54
	Desvio Padrão	7,52	8,10
	Mínimo	48,7	50,6
	Máximo	73,9	76,8
Grupo de Investigação	N	9	7
	Média	64,02	62,59
	Desvio Padrão	6,68	5,32
	Mínimo	53,5	56,60
	Máximo	71,8	70,4
Total	N	20	15
	Média	62,05	61,06
	Desvio Padrão	7,10	7,71
	Mínimo	48,7	50,6
	Máximo	73,9	76,8

Tento em base a média dos resultados obtidos nos parâmetros físicos: Sentar e Levantar em 30s; Up and Go; FPM DP; FC e FPD efectuada por cada grupo nos dois momentos de avaliação. Verificamos que o Grupo de Investigação do primeiro para o

segundo momento de avaliação melhorou em todos os domínios à exceção da FPMP e FPD-E. No Grupo de Controlo do primeiro para o segundo momento de avaliação apenas melhorou no exercício Sentar e Levantar 30s, no Up and Go e na FPD-D.

Conclusões

Neste estudo em questão, a amostra é constituída por 20 reclusos, todos eles do sexo masculino, com uma média de idades de 41,10 anos. Sendo que no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo temos como amostra 11 reclusos e no Grupo de Investigação 9 reclusos. No segundo momento de avaliação a amostra é de 8 reclusos no Grupo de Controlo e 7 reclusos no Grupo de Investigação. De seguida apresentam-se as conclusões em função dos objetivos delineados:

1º Objetivo: Avaliar os valores dos parâmetros físicos dos reclusos antes e após a intervenção.

Seguem-se os resultados dos parâmetros obtidos nas avaliações físicas. Segundo os resultados podemos verificar que a média da TAS no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $117,00 \pm 14,14$ mmHg, sendo o mínimo de 98 e o máximo de 142, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $117,00 \pm 12,89$ mmHg, sendo o mínimo de 105 e o máximo de 145. Sendo que a média da TAS no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $120,44 \pm 15,07$ mmHg, sendo o mínimo de 103 e o máximo de 146, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $122,29 \pm 13,68$ mmHg, sendo o mínimo de 103 e o máximo de 142. Na avaliação da TAD no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $69,64 \pm 10,83$ mmHg, sendo o mínimo de 54 e o máximo de 84, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $71,63 \pm 11,59$ mmHg, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 86. Na TAD no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $67,00 \pm 7,23$ mmHg, sendo o mínimo de 56 e o máximo de 80, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $62,43 \pm 27,19$ mmHg, sendo o mínimo de 6 e o máximo de 88.

A FC no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $80,00 \pm 13,08$ bat/min, sendo o mínimo de 62 e o máximo de 99, no segundo momento

avaliação verificamos que a média é de $82,88 \pm 16,66$ bat/min, sendo o mínimo de 57 e o máximo de 114. Sendo que a média da FC no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $70,56 \pm 9,23$ bat/min, sendo o mínimo de 52 e o máximo de 83, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $78,43 \pm 20,06$ bat/min, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 114.

No exercício Sentar Levantar/30s no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo a média é de $16,27 \pm 3,13$ repetições, sendo o mínimo de 11 e o máximo de 20, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $16,63 \pm 4,31$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 27. No primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $18,56 \pm 4,53$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 28, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $20,71 \pm 6,16$ repetições, sendo o mínimo de 15 e o máximo de 30.

A média do exercício Up and Go no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $6,11 \pm 1,23$ s, sendo o mínimo de 3,78 e o máximo de 8,47, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $5,60 \pm 0,71$ s, sendo o mínimo de 4,71 e o máximo de 6,94. A média do exercício Up and Go no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $5,91 \pm 0,87$ s, sendo o mínimo de 4,50 e o máximo de 6,97, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $5,10 \pm 0,66$ s, sendo o mínimo de 4,03 e o máximo de 6,02.

Na FPMDP-MD no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $44,18 \pm 5,02$ Kg/f, sendo o mínimo de 38 e o máximo de 54, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $45,25 \pm 6,16$ Kg/f, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 54. Sendo que a média da FPMDP-ME no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $40,45 \pm 8,53$ Kg/f, sendo o mínimo de 23 e o máximo de 52, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $42,38 \pm 11,90$ Kg/f, sendo o mínimo de 22 e o máximo de 60. No que respeita à FPMDP-MD a média no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $47,33 \pm 7,21$ Kg/f, sendo o mínimo de 40 e o máximo de 60, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $45,43 \pm 5,62$ Kg/f, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 52. Na FPMDP-ME no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação a média é de $46,22 \pm 7,38$ Kg/f, sendo o mínimo de 36 e o máximo de 60, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $44,86 \pm 5,64$ Kg/f, sendo o mínimo de 38 e o máximo de 54.

No que concerne à FC-D no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $22,36 \pm 4,84$ repetições, sendo o mínimo de 14 e o máximo de 29, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $19,63 \pm 3,85$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 26. Na FC-E no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo a média é de $21,82 \pm 4,94$ repetições, sendo o mínimo de 12 e o máximo de 28, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $20,63 \pm 4,00$ repetições, sendo o mínimo de 13 e o máximo de 26. Na FC-D no primeiro momento de avaliação a média do Grupo de Investigação é de $21,56 \pm 3,47$ repetições, sendo o mínimo de 18 e o máximo de 27, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $26,29 \pm 6,10$ repetições, sendo o mínimo de 19 e o máximo de 35. Já na FC-E no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $22,67 \pm 4,55$ repetições, sendo o mínimo de 17 e o máximo de 29, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $27,29 \pm 6,50$ repetições, sendo o mínimo de 20 e o máximo de 36.

No que diz respeito à média da FPD-MD no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $10,18 \pm 3,63$ Kg, sendo o mínimo de 6 e o máximo de 17, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $12,13 \pm 3,68$ Kg, sendo o mínimo de 9 e o máximo de 20. Na FPD-ME no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Controlo é de $10,00 \pm 2,68$ Kg, sendo o mínimo de 6 e o máximo de 15, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $10,38 \pm 3,25$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 18. No exercício de FPD-MD no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Investigação é de $9,89 \pm 1,54$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 13, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $9,57 \pm 0,98$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 11. Na FPD-ME no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação a média é de $10,86 \pm 1,46$ Kg, sendo o mínimo de 9 e o máximo de 13, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $10,11 \pm 1,17$ Kg, sendo o mínimo de 8 e o máximo de 12.

Segundo os resultados obtidos podemos verificar que a altura média dos reclusos no Grupo de Controlo é de $172,64 \pm 8,55$ m, sendo o mínimo de 158 e o máximo de 192. No Grupo de Investigação verificamos que a média é de $176,44 \pm 7,02$ m, sendo o mínimo de 165 e o máximo de 185. No que diz respeito ao peso médio dos reclusos no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $77,78 \pm 13,48$ Kg, sendo o mínimo de 59,4 e o máximo de 94,2, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $76,56 \pm 11,90$ Kg, sendo o mínimo de 65,3 e o máximo de 96,1. Já o

peso médio no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $89,84 \pm 10,47$ Kg, sendo o mínimo de 66,2 e o máximo de 100,2. No segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $79,47 \pm 12,35$ Kg, sendo o mínimo de 69,9 e o máximo de 104,5.

O IMC no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $26,17 \pm 4,73$ Kg/m², sendo o mínimo de 21,16 e o máximo de 33,89, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $25,52 \pm 4,45$ Kg/m², sendo o mínimo de 21,45 e o máximo de 33,53. Já a média do IMC no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $25,65 \pm 3,16$ Kg/m², sendo o mínimo de 22,38 e o máximo de 33,10, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $25,79 \pm 4,11$ Kg/m², sendo o mínimo de 21,98 e o máximo de 34,52.

Na GCT no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $17,89 \pm 6,81\%$, sendo o mínimo de 7,3 e o máximo de 27,5, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $17,89 \pm 7,30\%$, sendo o mínimo de 7,2 e o máximo de 28,2. Na GCT no primeiro momento de avaliação no Grupo de Investigação é de $15,31 \pm 5,14\%$, sendo o mínimo de 7,8 e o máximo de 24,7, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $16,34 \pm 7,33\%$, sendo o mínimo de 7,9 e o máximo de 29,1.

Quanto à AC no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $56,33 \pm 10,70\%$, sendo o mínimo de 27,3 e o máximo de 66,7, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $58,96 \pm 5,04\%$, sendo o mínimo de 52,1 e o máximo de 67. Segundo os resultados a AC no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $61,04 \pm 3,48\%$, sendo o mínimo de 56,1 e o máximo de 67,2, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $60,19 \pm 6,05\%$, sendo o mínimo de 50,2 e o máximo de 67,1.

Na MMT no primeiro momento de avaliação no Grupo de Controlo é de $60,08 \pm 7,52$ Kg, sendo o mínimo de 48,7 e o máximo de 73,9, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $59,54 \pm 8,10$ Kg, sendo o mínimo de 50,6 e o máximo de 76,8. Sendo que a média da MMT no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $64,02 \pm 6,68$ Kg, sendo o mínimo de 53,5 e o máximo de 71,8, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $62,59 \pm 5,32$ Kg, sendo o mínimo de 56,60 e o máximo de 70,4.

Tento em base a média dos resultados obtidos nos parâmetros físicos: Sentar e Levantar em 30s; Up and Go; FPMDP; FC e FPD efectuada por cada grupo nos dois

momentos de avaliação. Verificamos que o Grupo de Investigação do primeiro para o segundo momento de avaliação melhorou em todos os domínios à excepção da FPMP e FPD-E. No Grupo de Controlo do primeiro para o segundo momento de avaliação apenas melhorou no exercício Sentar e Levantar 30s, no Up and Go e na FPD-D.

2º Objetivo: Avaliar as competências emocionais dos reclusos antes e após implementação do programa de intervenção cognitiva;

Na análise descritiva da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) mais propriamente nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções; Capacidade da Automotivação; Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos, segundo os resultados podemos verificar que a média no domínio Gestão de Emoções no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação é de $3,69 \pm 0,97$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,40 \pm 1,01$. Já o domínio Gestão de Emoções, no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação é de $3,33 \pm 0,59$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,23 \pm 0,92$.

No que respeita ao domínio da Automotivação a média no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação é de $3,74 \pm 0,76$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,55 \pm 0,72$. Já o domínio Automotivação no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação é de $3,22 \pm 0,57$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $3,50 \pm 0,64$.

No que concerne à média do domínio Gestão de Relacionamentos em Grupos no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação é de $4,67 \pm 0,91$, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $4,51 \pm 1,78$. Já o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupos no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação é de $4,39 \pm 1,30$ no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $4,51 \pm 1,00$.

Ao nível da consistência interna pode-se constatar que a escala apresenta uma boa consistência, à exceção dos domínios: Gestão de Relacionamentos em Grupo, no Grupo de Controlo no primeiro momento de avaliação ($\alpha=.546$); nos domínios Gestão de Emoções e Automotivação, no Grupo de Investigação no primeiro momento de avaliação ($\alpha=.484$; $\alpha=.495$) e no domínio Automotivação do Grupo de Investigação ($\alpha=.568$) no segundo momento de avaliação.

Na análise correlacional dos três domínios, Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupo esta vai-nos permitir conhecer a existência ou não da relação entre os três domínios, encontrando também a força e o sentido dessas relações. Assim verificamos que: Existe correlação entre o domínio: Gestão de Relacionamentos em Grupo, e o domínio Gestão de Emoções no primeiro momento de avaliação, ($\rho = .473$; $p = .035$); Gestão de Relacionamentos em Grupo, e o domínio Automotivação no primeiro momento de avaliação ($\rho = .464$; $p = .039$); Gestão de Emoções no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Emoções no primeiro momento de avaliação ($\rho = .634$; $p = .011$); Gestão de Emoções no segundo momento de avaliação e o domínio Automotivação no primeiro momento de avaliação ($\rho = .659$; $p = .008$); Automotivação no segundo momento de avaliação e o domínio Automotivação no primeiro momento de avaliação ($\rho = .533$; $p = .041$); Automotivação no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupo no primeiro momento de avaliação ($\rho = .874$; $p = .000$); Gestão de Relacionamentos em Grupo no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Relacionamentos em Grupo no primeiro momento de avaliação ($\rho = .626$; $p = .013$); Gestão de Relacionamentos em Grupo no segundo momento de avaliação e o domínio Gestão de Emoções no segundo momento de avaliação ($\rho = .552$; $p = .033$); Gestão de Relacionamentos em Grupo no segundo momento de avaliação e o domínio Automotivação no segundo momento de avaliação ($\rho = .787$; $p = .000$);

Pelos valores obtidos na escala EVCE, podemos afirmar que os reclusos frequentemente Gerem as suas Emoções e se Automotivam e que por norma conseguem Gerir Relacionamentos em Grupo.

3º Objetivo: Identificar a qualidade de vida dos reclusos no primeiro e segundo momento de avaliação.

Seguidamente passamos a apresentar os resultados obtidos na aplicação do Questionário SF-36v2, sendo que a média da Componente Física no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo, é de $73,65 \pm 17,17$, sendo o mínimo de 51,44 e o máximo de 96,25, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $77,29 \pm 20,55$, sendo o mínimo de 33,69 e o máximo de 98,75. Na Componente Mental no primeiro momento de avaliação do Grupo de Controlo é de $71,47 \pm 17,59$, sendo o

mínimo de 40,52 e o máximo de 92,81, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $74,78 \pm 13,23$, sendo o mínimo de 45,94 e o máximo de 88,65.

No que concerne à média da Componente Física no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $78,88 \pm 20,64$, sendo o mínimo de 44,69 e o máximo de 99,25, no segundo momento de avaliação que a média é de $83,97 \pm 7,84$, sendo o mínimo de 69,75 e o máximo de 92,81. Já a média da Componente Mental no primeiro momento de avaliação do Grupo de Investigação é de $79,03 \pm 20,96$, sendo o mínimo de 29,79 e o máximo de 98,44, no segundo momento de avaliação verificamos que a média é de $72,31 \pm 18,99$, sendo o mínimo de 45,00 e o máximo de 98,75.

Na análise descritiva do Questionário SF-36v2 mais propriamente nas dimensões: Função Física; Desempenho Físico; Dor Corporal; Saúde Geral; Vitalidade; Função Social; Desempenho Emocional e Saúde Mental, segundo os resultados podemos verificar as médias de cada dimensão do questionário SF-36v2 no Grupo de Controlo e no Grupo de Investigação no primeiro e segundo momento de avaliação.

A média do domínio Função Física no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $78,82 \pm 33,26$, sendo o mínimo 0 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $82,5 \pm 24,64$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100. No Grupo de Investigação a média do domínio Função Física no primeiro momento de avaliação é de $90,56 \pm 18,45$, sendo o mínimo de 45 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $97,14 \pm 5,67$, sendo o mínimo de 85 e o máximo de 100.

No domínio Desempenho Físico no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo a média é de $78,41 \pm 29,23$, sendo o mínimo de 6,25 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $78,91 \pm 27,33$, sendo o mínimo de 18,75 e o máximo de 100. Já do domínio Desempenho Físico no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação a média é de $77,08 \pm 33,22$, sendo o mínimo de 18,75 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $79,46 \pm 25,95$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100.

No que respeita à média do domínio Dor Corporal no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $73,45 \pm 28,05$, sendo o mínimo de 21 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $83,62 \pm 21,31$, sendo o mínimo de 51 e o máximo de 100. Sendo que a média do domínio Dor Corporal no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $74,44 \pm 30,31$, sendo o

mínimo de 10 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $83,86 \pm 23,65$, sendo o mínimo de 41 e o máximo de 100.

Já a média do domínio Saúde Geral no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $65,91 \pm 22,14$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 95, no segundo momento de avaliação que a média é de $64,12 \pm 21,03$, sendo o mínimo de 40 e o máximo de 95. No domínio Saúde Geral no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação a média é de $77,44 \pm 14,62$, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 97, no segundo momento de avaliação que a média é de $75,44 \pm 18,97$, sendo o mínimo de 40 e o máximo de 92.

No que concerne à média do domínio Vitalidade no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $63,07 \pm 15,68$, sendo o mínimo de 31,25 e o máximo de 81,25, no segundo momento de avaliação que a média é de $71,09 \pm 14,92$, sendo o mínimo de 43,75 e o máximo de 93,75. Já à média do domínio Vitalidade no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $73,61 \pm 22,05$, sendo o mínimo de 37,5 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $79,46 \pm 23,31$, sendo o mínimo de 43,75 e o máximo de 100.

Referente ao domínio Função Social no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Controlo é de $78,41 \pm 33,11$, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $76,56 \pm 24,49$, sendo o mínimo de 37,5 e o máximo de 100. No domínio Função Social no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Investigação é de $81,94 \pm 27,32$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $50 \pm 34,61$, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 100.

Já a média do domínio Desempenho Emocional no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Controlo é de $75,76 \pm 27,75$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $80,21 \pm 25,17$, sendo o mínimo de 25 e o máximo de 100. Sendo que a média do domínio Desempenho Emocional no primeiro momento de avaliação, no Grupo de Investigação é de $83,33 \pm 22,44$, sendo o mínimo de 41,67 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $72,62 \pm 39,88$, sendo o mínimo de 0 e o máximo de 100.

Por último, no domínio Saúde Mental no primeiro momento de avaliação a média no Grupo de Controlo é de $68,64 \pm 23,46$, sendo o mínimo de 10 e o máximo de 90, no segundo momento de avaliação que a média é de $71,25 \pm 13,56$, sendo o mínimo de 55 e o máximo de 90. No domínio Saúde Mental no primeiro momento de avaliação

a média no Grupo de Investigação é de $77,22 \pm 28,73$, sendo o mínimo de 15 e o máximo de 100, no segundo momento de avaliação que a média é de $87,14 \pm 18,22$, sendo o mínimo de 50 e o máximo de 100.

Quanto aos valores da consistência interna das diferentes subescalas do SF-36v2, do Grupo de Controlo e ao Grupo de Investigação, no primeiro e segundo momento de avaliação, podemos constatar que os valores dos coeficientes de Alfa de Cronbach variam entre 0,347 a 0,974 no Grupo de Controlo, e 0,365 a 0,885 no Grupo de Investigação, ambos no primeiro momento de avaliação. No segundo momento de avaliação e relativamente ao Grupo de Controlo, os valores dos coeficientes de Alfa de Cronbach variam entre 0,515 a 0,965 e no Grupo de Investigação, variam entre 0,379 e 0,948.

Na análise correlacional entre as subescalas do SF-36v2, no Grupo de Controlo e do Grupo de Investigação, no primeiro momento de avaliação, podemos verificar que existe correlação entre os domínios: Dor Corporal e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .638$; $p = .002$); Saúde Geral e o domínio Dor Corporal, ($\rho = .450$; $p = .047$); Desempenho Emocional e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .807$; $p = .000$); Saúde Mental e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .485$; $p = .030$); Saúde Mental e o domínio Dor Corporal, ($\rho = .451$; $p = .046$); Saúde Mental e o domínio Vitalidade, ($\rho = .495$; $p = .027$); Saúde Mental e o domínio Função Social, ($\rho = .540$; $p = .014$); Saúde Mental e o domínio Desempenho Emocional, ($\rho = .447$; $p = .048$). No segundo momento de avaliação, podemos verificar que existe correlação entre os domínios: Dor Corporal e o domínio Função Física, ($\rho = .540$; $p = .038$); Vitalidade e o domínio Saúde Geral, ($\rho = .520$; $p = .047$); Função Social e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .610$; $p = .016$); Desempenho Emocional e o domínio Desempenho Físico, ($\rho = .618$; $p = .014$).

Em função da nossa questão de partida podemos concluir que o efeito da implementação de um programa de exercício físico e estimulação emocional numa amostra de reclusos é positivo.

Limitações e Sugestões

Apresentamos aqui as nossas limitações e sugestões, as quais poderão contribuir para a um estudo futuro, o que certamente diminuirá as dificuldades dos mesmos, primando desta maneira para a contribuição de uma sociedade reclusa mais saudável.

Passamos a enumerar as limitações deste estudo:

- Todas as interpretações deste estudo devem ser proferidas com prudência, dadas as limitações subjacentes às mesmas, neste trabalho de projeto, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra;
- Também podemos referir como limitação a aplicação dos questionários uma vez que neste estudo foram aplicados um questionário e uma escala, o que se tornou moroso para a maioria dos participantes;
- Este estudo por sua vez poderia trazer resultados mais eficientes se a intervenção fosse mais longa;
- No que concerne a escala EVCE e ao questionário SF-36 v2, estes apresentam algumas limitações inerentes à pouca informação existente de resultados relativamente à população-alvo;
- No que concerne à burocracia, foi um procedimento com uma carga emocional bastante intensa, uma vez que nada poderia dar entrada no EPI sem autorização do Sr. Diretor;
- Com o decorrer das sessões houve um decréscimo do número de participantes;
- A gestão do tempo foi outro fator que dificultou a intervenção, uma vez que tínhamos sempre de ter o tempo controlado e nunca poderíamos exceder o que estava previamente estipulado e autorizado;
- As infra-estruturas para a concretização das atividades eram restritas.
- Verificamos que fizemos muitas avaliações de parâmetros os quais não foram correlacionados entre si. Podendo ao leitor parecer três estudos separados.

Nas sugestões para estudos futuros propomos:

-
- Um estudo com um número maior de participantes;
 - Maior tempo de intervenção;
 - Explorar o conceito de qualidade de vida aplicado à população reclusa.

No processo de envelhecimento, a manutenção saudável do corpo e da mente, ou seja o Exercício Físico do corpo e o Desenvolvimento Emocional da mente, são fulcrais para conservar o seu bom funcionamento e o seu desenvolvimento.

A proposta da educação para o envelhecimento é modificar aquilo que está inscrito no imaginário social a respeito da velhice, colocando em ação toda a energia estagnada, mal direcionada, levando o recluso a desenvolver o seu potencial de forma criativa, resgatando a naturalidade e a essência da vida (Leite, 2005).

Referencias Bibliográficas

- Amorim, R. & Abreu, V. (2010) Programas de exercícios físicos para idosos acima dos 90 anos. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Edições Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Andrade, C. D. (SD): O processo e o sujeito do envelhecimento. Consultado a 23.08.12.http://www.afrid.faei.ufu.br/sites/afrid.faei.ufu.br/files/Doc/completo_8.pdf
- André, L. M. P. A. (2009). A formação dos grupos organizados no espaço prisional do rio grande do norte. Monografia. Curso de Pós-graduação em Perícia Criminal. Faculdade Câmara Cascudo.
- Berger, L & Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas idosas - Uma abordagem global. Lisboa. Lusodidacta.
- Branco, M. A. (2004). Competência emocional em professores um estudo em discursos do campo educativo. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação, Porto.
- Campos, S.M.G. (2010). A inteligência emocional em professores de educação especial da região de Viseu. Tese de Doutoramento. Universidad de Granada, Granada
- Canavarro, M. C. , Serra, A.V. (2010). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cancela, D.M.G. (2007). O processo de Envelhecimento. Consultado a 27.10.2012. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. Revista: Estudos Demográficos nº 36, pp. 127-152
- Carvalhais, M.D. (2006). Relação enfermeiro-idoso: valores e crenças. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Casagrande, M. (2006). Actividade Física na Terceira Idade. Trabalho final de curso, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Departamento de Educação Física. Bauru.

-
- Circular Normativa 03/DGCG 17.03.05). Direcção geral de saúde. Programa nacional de combate à obesidade
- Circular Normativa 13/DGC.02-07-04. Direcção geral de saúde. Administrações Regionais de Saúde. Prestadores de Cuidados de Saúde.
- Circular Normativa 2/DGCG 31.03.04). Direcção geral de saúde. Diagnostico, tratamento e controlo da hipertensão arterial.
- Couto, P.C.B. (2008). Qualidade de vida dos idosos sujeitos a Angioplastia Coronária. Dissertação de Mestrado Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Couvreur, C. 1999. A qualidade de vida – Arte para viver no século XXI. Lusociência. Loures
- Damáso, A. (2010). *O livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa. Circulo de Leitores.
- Dias, C. S., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2010). Emoções: Passado, Presente e Futuro. *Revista Psicologia*, vol. XXII, nº2, pp.11-31.
- Farinatti, P. T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte*. vol.8, n.4, pp. 129-138
- Fernandes, A. (2012). Trabalhar bem, viver melhor, envelhecer com qualidade. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores informais*. 1ª ed. Viseu: PsicoSoma.
- Fernandes, A. T. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. Universidade do Porto. Faculdade de Letras. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*. Porto
- Fernandes, A., A., (2001). Velhice, Solidariedades familiares e política Social, Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança média de vida, nº 36, pp. 39-52.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Ferreira, P.L. (1998). A medição do estado de saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Coimbra. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, A. (2009). Contributo de um Programa de Actividade Física Adaptada na Aptidão Física Funcional de Reclusos. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.
- Ferreira, A. (2010). Contributo de um Programa de Exercício Físico na Aptidão Física de Reclusos Toxicodependentes. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.
-

-
- Ferreira, O. G. L. et al (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto - enferm.* [online]. vol.21, n.3, pp. 513-518.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*. (pp. 277-289). Vol.20, nº002.
- Fonseca, A.M. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra. Edições Almedina, S.A.
- Fonseca, A. (2012). Fundamentos Psicológicos para um Envelhecimento Ativo. In Palmeirão, C. & Cruz, A. (coord.) *Envelhessomos*. Porto. Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Foucault, M. (1975). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Consultado em 12 de Abril de 2012 em: <http://gefut.files.wordpress.com/2011/09/207-10-m-foucault-vigiar-e-punir.pdf>
- Freitas, E.V, Py, L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2º Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. Cap. 14. Qualidade de vida na velhice. Sergio Paschoal.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência Emocional*. Porto. Temas e Debates.
- Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. (3ª Edição). Coimbra. Quarteto Editora.
- Grossl, T.; Lima, L.R. Augustemak de & Karasiak, F.C. (2010). Relação entre a gordura corporal e indicadores antropométricos em adultos frequentadores de academia. vol.6, n.2.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa. INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estimativas de População Residente*. www.ine.pt. Consultado a 3 de Abril de 2011.
- Jacob, L. & Fernandes, H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim. Rutis.
- Lima, A., P., (2008). *Síndrome de abandono aprendido: Fator de risco nos processos de intervenção em educação social nos estabelecimentos prisionais portugueses estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense, Porto
- Lobo, A., (2009). Efeito de um programa Aeróbico Na qualidade de vida dos idosos Institucionalizados. *Revista Nursing*. nº 250, pp. 6-12
-

-
- Lobo, C. A. (2007), A P-Scan de Robert Hare na avaliação da Psicopatia – Estudo exploratório numa amostra de reclusos portugueses, Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Braga.
- Magalhães, C. P. (2008). Esteriótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do Ensino Superior no Distrito de Bragança. Tese de Doutoramento. Univerdidad de Extremadura
- Maia, A. C. (2002). Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2. 207-225.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do Adulto e do Idoso*. 2ª Edição. Coimbra. Quarteto.
- Martins, M. C. & Melo, J. M. (2008) Emoção...emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida?. Instituto Politécnico de Viseu, nº4. Viseu.
- Mazo, G. Z. (2008). *Actividade física, qualidade de vida e envelhecimento*. Porto: Meridional Lda.
- Moniz, J. (2003) *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Neri A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia* . vol. 14, n.º 1, (pp.17-34).
- Novo, A., & Paz, J. A. (2012). Exercício físico no idoso. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores informais*, 1ª ed. Viseu: PsicoSoma.
- Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma politica de saúde / World Health Organization*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Palmeira, T. M. V. S. (2005). *O corpo na velhice: representações e práticas*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Braga.
- Pereira, F. (2012). A ideia de vida ativa. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores de idosos - O idoso como recurso* Viseu: PsicoSoma.
- Pereira, F., Gomes, M., J., Galvão, A. (2012). *Teoria e pratica da gerontologia: Um guia para cuidadores informais*. In Pereira. F., *Ética e humanidade no cuidado do idoso*. 1ª ed. Viseu: Psicosoma.
- Pérsico, L. (2011). *Guia da Inteligência Emocional*. Lisboa. Bertrand.
- Pettinelli, M. (2009). *Desenvolvimento Emocional Explicado*. Consultado em 12 de Abril de 2012 em: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>
- Phillips, L.L.; Allen, R.S.; Salekin, K.L.; & Cavanaugh, R.K., (2011) *Criminal Justice and Behavior*, Universidad de Valencia.
-

-
- Picanço, A. (2000). Qualidade de vida na população prisional no ir e no estar, Tese de Mestrado em psicologia da saúde, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia, Lisboa.
- Pimentel, D. (2001). Os Homens e o Meio – A população. Atlas de Portugal. pp.86. <http://62.48.187.114/snig-educ/atlas/atlas-6.pdf> consultado a 23.08.2012.
- Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto.
- Plano Nacional de Saúde. (Jan. 2012-2016). Objetivo para o Sistema de Saúde. Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida.
- Plugge, E. & Fitzpatrick, R. (2005): Assessing the Health of Women in Prison: A Study from the United Kingdom, *Health Care for Women International*, 26:1, 62-68
- Plugge, E., Douglas, N. & Fitzpatrick, R. (2011). Changes in health-related quality of life following imprisonment in 92 women in England: a three month follow-up study. Plugge et al. *International Journal for Equity in Health*.
- Portugal, G. (1992). Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner. Aveiro. Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.
- Queroz, N.C. & Neri, A. L. (2005). Bem-Estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(2), pp.292-299.
- Quintal, C., Lourenço, Ó., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa Portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* vol. 30, nº 1 pp. 35-46.
- Ramos, I. C. (2011). Contributos da educação: (Re)viver na prisão. Mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa consultado em 12 de Abril de 2012 em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6050/1/ulfpie039929_tm.pdf
- Rebelo, J. & Penalva, H. (2004). Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e o seu impacto na sociedade. Comunicação II Congresso Português de Demografia.
- Ribeiro, A.P.F. (2007) . Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Rikli, R.E. & Jones, C. J. (2008). Teste de Aptidão Física para Idosos. Brasil. Malone Ltda.

-
- Rodrigues, S.C.A. (2002) Qualidade de Vida e Programa de Substituição em Terapia de manutenção com Metadona. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. Porto.
- Rossell, N. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In Rossell, N., Herrera, R., & Rico, M. (ediciones pirâmide). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid.
- Sabath, M. J., & Cowles, E., L. (1988). Factors affecting the adjustment of elderly inmates to prison. In B. McCarthy & R. Langworthy (Eds.), *Older offenders: Perspectives in criminology and criminal justice* (pp. 178-195). New York: Praeger.
- Santos, F. H.; Andrade, V. M. & Bueno, O. F. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol. estud.* vol.14, n.1, pp. 3-10
- Santos, O., (2002). Qualidade de vida relacionada com Saúde: Com e Sem exercício físico regular. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia, Lisboa.
- Santos, P. (2000). *A Depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shephard, R. J. (2003). *Envelhecimento, actividade física e saúde*. São Paulo. Studio R.A.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, C., (2003). *Envelhecer em família Os cuidados familiares na velhice*. (1ª ed.). Porto. Ambar.
- Souza, N. R. (2010). O efeito de um programa de actividade física nas percepções corporais e no reposicionamento da identidade corporea de mulheres idosas. Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º Ciclo em Actividade Física para a terceira idade. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.
- Souza, R. F., Matias, H. A., & Brêtas, A. C. (2010). Reflexões sobre envelhecimento e Trabalho. *Ciências da Saúde Colectiva* vol. 15, nº 6 pp.2835-2843 Consultado em 5 de Setembro de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>
- Teixeira, R. (2002). A avaliação da aptidão física de mulheres e homens com idades compreendidas entre os 58 e os 84 anos, no âmbito do Programa de actividade física do concelho do Porto. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto.
- Vallier, P. R. (1985). *Psicologia Moderna - Uma nova vida:a terceira idade*. Lisboa. Verbo.
- Viana, M. V., Fernandes, J. F., Dantas, E. H., & Perez, A. J. (Maio/Junho de 2007). Efeitos de um programa de exercicios fisicos concorrentes sobre a massa muscular,

a potência aeróbica e a composição corporal em adultos aeróbicos e anaeróbicos. Vol.6, nº3.

Wilson, D. G., & Vito, G. F. (1986). Imprisoned elders: The experience of one institution. *Criminal Justice Policy Review*. 1(4), 399-421.

Zanei, S.S.V. (2006). Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo.

Zaslavsky, C. & Gus, L. (2002). Idoso. *Doença Cardíaca e Comorbidades*. Vol.79, nº6 Porto Alegre, pp. 635-639, consultado em 12 de Abril de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n6/13766.pdf>.

Anexos

ANEXO A – Questionário - Caracterização Sócio Demográfica



QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se à recolha de dados, que servirão de suporte a uma pesquisa no âmbito do Mestrado em Envelhecimento Ativo a decorrer no Instituto Politécnico de Bragança na Escola Superior de Saúde. Neste contexto, estamos a desenvolver um estudo que tem como objectivo: analisar os efeitos de um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos

A sua resposta a este questionário é de vital importância. Procure ser o mais exacto possível nas suas respostas. Estas são absolutamente confidenciais e anónimas, sendo que os dados só serão utilizados no âmbito deste estudo.

BRAGANÇA, 2012

PARTE I – Caracterização do participante no estudo

1 – Idade: _____ anos.

2 – Género: Masculino

3 – Estado Civil: Solteiro; Casado; Divorciado; Viúvo; União de facto.

4 – Tem Filhos /as? Não; Sim. Quantos _____; De que idades: _____

5 – Habilitações Literárias: Não tem; Sabe Ler e escrever; 1º Ciclo; 2º Ciclo;
 3º ciclo; Ensino Secundário; Ensino Superior.

6 – Proveniência: Rural; Urbano (Especifique o Distrito: _____)

7 – Tempo de permanência no Estabelecimento Prisional de Izeda?

Em meses: _____

8 – Tempo de permanência em Estabelecimentos Prisionais?

Em meses: _____

9 – Quanto tempo falta para cumprir a pena até ao final?

Em meses: _____

10 – Trabalha no estabelecimento Prisional?

Sim; Não.

11 – Já praticou alguma actividade física fora do Estabelecimento prisional?

Sim; Não.

12 - Pratica alguma actividade no Estabelecimento Prisional?

Sim; Não

13 – Participou anteriormente em alguma actividade (curso, workshop, conferência...) relacionada com o teu desenvolvimento emocional?

Sim; Não.

Qual ou quais? _____

ANEXO B – Escala Veiga de Competência Emocional

PARTE II - Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional

Leia atentamente as afirmações seguintes. Assinale, o algarismo com um círculo frequência temporal que corresponde ao seu caso pessoal.

II

1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomou normalmente uma atitude:

a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1	2	3	4	5	6	7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração. Arranji algo que gosto de fazer...	1	2	3	4	5	6	7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me...	1	2	3	4	5	6	7
d) Fiz exercício físico activo (aeróbio). Gastei a energia em actividade...	1	2	3	4	5	6	7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo...	1	2	3	4	5	6	7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês...	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera, irritação) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e fico a pensar nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	1	2	3	4	5	6	7
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	1	2	3	4	5	6	7
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	1	2	3	4	5	6	7
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	1	2	3	4	5	6	7
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	1	2	3	4	5	6	7
d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

4. Quando me sinto **deprimido(a)**, verifico que:

a) Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.	1	2	3	4	5	6	7
c) Sinto alívio se comer ou beber.	1	2	3	4	5	6	7
d) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

Legenda:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
------------	----------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	-------------

III

1. Reconheço-me como uma pessoa:

a) Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar.	1	2	3	4	5	6	7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	1	2	3	4	5	6	7
c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	1	2	3	4	5	6	7
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	1	2	3	4	5	6	7
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	1	2	3	4	5	6	7
f) Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.	1	2	3	4	5	6	7
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	1	2	3	4	5	6	7
h) Capaz de ter/ “arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas.	1	2	3	4	5	6	7
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	1	2	3	4	5	6	7
j) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Imagine uma actividade de quotidiano (trabalho em grupo, colaborar num trabalho, etc.).

Durante a actividade, **normalmente** sinto que:

a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1	2	3	4	5	6	7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	1	2	3	4	5	6	7
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega/ formador/ amigo aprova?).	1	2	3	4	5	6	7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1	2	3	4	5	6	7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	1	2	3	4	5	6	7
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	1	2	3	4	5	6	7
h) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, etc), sinto que:

a) Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...	1	2	3	4	5	6	7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...	1	2	3	4	5	6	7
c) Invade-me a auto-piedade. Acabo por me sentir “down”, como alguém sem grande interesse...	1	2	3	4	5	6	7
d) Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)...	1	2	3	4	5	6	7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

V

1. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Legenda:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
------------	----------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	-------------

b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1	2	3	4	5	6	7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.	1	2	3	4	5	6	7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1	2	3	4	5	6	7
f) Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1	2	3	4	5	6	7
g) Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1	2	3	4	5	6	7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
i) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	1	2	3	4	5	6	7
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
c) Entrar em "sincronismo de estado de espírito".	1	2	3	4	5	6	7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
e) Preferir colocar-me frente a frente.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

Obrigado pela sua colaboração.

Legenda:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
------------	----------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	-------------

ANEXO C – Questionário de estado de Saúde (SF-36v2)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
------------	----------------	----------	---------------	------------

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5
-------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

ANEXO D – Planos de Sessões

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES

Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 0
Actividade a Desenvolver: Explicação do estudo	Data: 16.07.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	Local: Estabelecimento Prisional de Izeda

Objectivos Gerais:	- Analisar os efeitos de um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos; - Apresentação do Trabalho de Projecto
---------------------------	---

Fases	Conteúdos	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Apresentações		10 Minutos
Desenvolvimento Prático / Teórico	- Apresentação do Trabalho de projecto - Analise das actividades propostas - Análise do documento: Consentimento Informado - Seleção dos reclusos participantes.	- Dossier - Canetas	100 Minutos
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.		10 Minutos

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES

Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 1
Convidado (Nome): André Filipe Morais Pinto Novo e Mania Eugénia Rodrigues Mendes	Duração: 2:00 Horas
Actividade a Desenvolver: Avaliação de Parâmetros	Data: 18.07.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	- Analisar os efeitos de um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos; - Avaliar a condição física e o desenvolvimento emocional de uma amostra de reclusos;
Objectivos Específicos:	- Implementar um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos;

Fases	Conteúdos	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Breve esclarecimento sobre os conteúdos tratados na sessão anterior, de modo a estabelecer a ligação e dar aos formandos, um sentido de continuidade.	- Dossier - Canetas - Fita métrica - Balança de bioimpedância eléctrica TANITA BC-545	10 Minutos
Desenvolvimento Prático/Teórico	- Avaliação de Parâmetros no Grupo de Controlo. - Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. - Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. - A avaliação dos parâmetros da componente física.	- Dinamómetro manual JAMAR - Dinamómetro Baseline - Cone - Cronómetro - Fita-cola - 7 Canetas; - 8 Pilhas - Luvas, - Alcool e compressas para desinfectar a balança entre utilizadores	100 Minutos
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.		10 Minutos

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 2
Convidado (Nome): André Filipe Morais Pinto Novo e Maria Eugénia Rodrigues Mendes	Duração: 2:00 Horas
Actividade a Desenvolver: Avaliação de Parâmetros	Data: 19.07.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

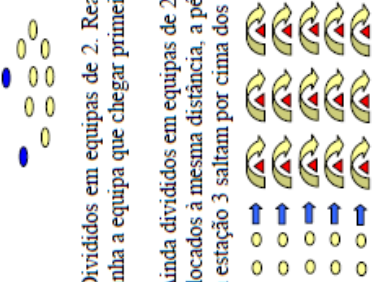
Objectivos Gerais:	- Analisar os efeitos de um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos; - Avaliar a condição física e o desenvolvimento emocional de uma amostra de reclusos;
Objectivos Específicos:	- Implementar um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos;

Fases	Conteúdos	Recursos Didáticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Breve esclarecimento sobre os conteúdos tratados na sessão anterior, de modo a estabelecer a ligação e dar aos formandos, um sentido de continuidade.	- Dossier - Canetas - Fita métrica - Balança de bioimpedância eléctrica TANITA BC-545	10 Minutos
Desenvolvimento Prático/Teórico	- Avaliação de Parâmetros no Grupo de Investigação . - Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. - Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. - A avaliação dos parâmetros da componente física.	- Dinamómetro manual JAMAR - Dinamómetro Baseline - Cone - Cronómetro - Fita-cola - 7 Canetas; - 8 Pilhas - Luvas, - Álcool e compressas para desinfectar a balança entre utilizadores	100 Minutos
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.		10 Minutos

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança



PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 3
Convidado (Nome): Cláudia Marisa Gonçalves	Duração: 1:15 Horas/ Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 23.07.2012
Espaco para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Promover a resistência aeróbia e a frequência cardíaca.
Objectivos Específicos:	Solicitar as capacidades motoras: velocidade, flexibilidade, reacção e força inferior. Efetuar passada saltada seguida de impulsão

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares - Jogos de corrida - Corrida de estafetas	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor. - Dois alunos tentam apanhar os colegas distribuídos pelo meio campo. Os alunos que são apanhados tem de ficar parados com flexão de pernas e só podem ser "libertados" quando um colega lhe tocar.		15'
Desenvolvimento Prático / Teórico		- Divididos em equipas de 2. Realizam corrida de estafetas no campo todo, passando o testemunho a cada volta ao campo. Ganha a equipa que chegar primeiro sem deixar cair o testemunho. - Ainda divididos em equipas de 2 realizam exercícios de estafetas. Na estação 1 têm de saltar para dentro dos arcos que estão colocados à mesma distância, a pés juntos. Na estação 2 saltam por cima dos sinalizadores colocados de forma mais distante. Na estação 3 saltam por cima dos sinalizadores que aumentam de distância de forma progressiva. 	- Testemunhos; - Arcos; - Sinalizadores.	50'
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.	- Igual ao exercício anterior mas com a variante de pé-coxinho. - Realização de exercícios de retorno à calma.		10'

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 4
Convivado (Nome): Cláudia Maria Gonçalves	Durações: 1:15 Horas / Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 30.07.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	
Objectivos Gerais:	Promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca utilizando a bola como meio auxiliar.
Objectivos Específicos:	Executar o passe de peito e o passe picado. Executar o drible em progressão.

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Intr oduc ão	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor.		15'
	- Passe de peito, passe picado e drible;	- Divididos em 2 equipas realizam "Jogo do Mata". - Aos pares, colocados de frente um para o outro, passam a bola através do "passe picado" mas, tentam acertar com a bola dentro do arco colocado no chão entre os 2 elementos do grupo.  - Mantendo a organização anterior, mas colocados em filas de 2, driblar a bola até ao arco colocado no chão e daí encostar no cesto colocado no meio campo, não podem continuar sem encostar, logo que encoste pega no testemunho colocado ao lado do cesto e corre até ao colega. Este, pega no testemunho e volta a colocá-lo ao lado do cesto, pega numa bola, volta até ao arco e tenta encostar. - Igual ao anterior mas, aumentando a distância entre o arco e o cesto. - Alinda 2 a 2, colocados 1 em cada extremidade do campo, realizam corrida de estafeta com bola e com testemunho. 1º - Só com testemunho; 2º - Só com bola, em drible; 3º - Sai em drible e volta com testemunho; 4º - Sai com drible, contorna os obstáculos e volta com testemunho. - Divididos em 2 grupos de 5 elementos, colocados 2 numa extremidade e 3 na oposta, realizam exercícios de estafeta com bola. Na estação 1 controlar a bola com os pés pelo percurso marcado, contornando os obstáculos (sinalizadores e arcos) Na estação 2 contornar o arco driblando a bola sem a deixar tocar no arco. Na estação 3 realizar passe picado dentro do arco para o colega à sua frente. No final o colega repete no sentido contrário até todos terem realizado a tarefa. 	- 5 bolas; - 1 cesto; - 5 arcos grandes; - 5 arcos pequenos; - 5 testemunhos; - 5 sinalizadores. - 10 moias	50'
Desc olvin ento				
Con cl usã o	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.	- Igual ao anterior mas, com um cesto ao meio do percurso, tendo sempre de encostar e ir buscar a bola para poder continuar o percurso marcado. - Realização de exercícios de retorno à calma.		10'

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 5
Convidado (Nome): Cláudia Marisa Gonçalves	Duração: 1:15 Horas / Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 03.08.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.
Objectivos Específicos:	Executar exercícios parados de musculação.

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor. - 2 a 2 realizam corrida de estafeta com arcos e testemunhos. - Igual ao anterior mas, com um cesto colocado no centro onde têm de encestar.		15'
Desenvolvimento Prático / Técnico	- Ginástica localizada, - Musculação	- Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo. - Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais. - Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo professor (flexões, dorsais). - Corrida à volta do campo. - 2 a 2 realizar estafeta em meio campo com controlo de tempo. - Jogo de tração com corda, divididos em 2 equipas de 5. - Saltos de canguru com controlo de tempo.	- 11 colchões; - 5 testemunhos; - 5 arcos pequenos; - 1 cesto; - 1 corda; - 11 halteres. - 10 molas	50'
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.	- Realização de exercícios de retorno à calma.		10'

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 6
Convidado (Nome): Milton Roque	Duração: 1:00 Horas/ Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Desenvolvimento Emocional	Data: 06.08.2012
Espaco para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Automotivação
Objectivos Especificos:	Os formandos deverão ser capazes de identificar os objectivos inerentes à presente sessão e questionar-se acerca do tema a ser abordado

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	Exposição oral do formador, introdução dos conteúdos a serem abordados na presente sessão			5
Desenvolvimento Prático/Teórico	- Realização de dinâmicas de grupo com os formandos sobre a importância da motivação e auto-estima em contexto de grupo .	Expositivo, Participativo.	Videoprojector computador, papel canelas Tripla Dossier	50
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			5

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES

Mestranda: Vera Lucia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 8
Convidado (Nome): Carla Sabim e Ana Alves	Duração: 1:00 Hora/ Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Desenvolvimento Emocional	Data: 10.08.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Felicidade
Objectivos Específicos:	Os formandos deverão ser capazes de identificar os objectivos inerentes à presente sessão e questionar-se acerca do tema a ser abordado

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	Apresentação da actividade a desenvolver, bem como do formador ao grupo e v/v, de forma a promover desde já um ambiente de descontração. Breve descrição de 2/3 teorias de felicidade, de seguida o formador lança uma questão que será para responder no fim da actividade. – Em uma palavra o que é para si a felicidade?			5
Desenvolvimento Prático / Teórico	Foram propostas 2 dinâmicas de grupo para que a população a quem se destina possa concluir que afinal a felicidade está na vivência de cada momento mesmo que muito curto. Já quase na reta final pediu-se a cada membro que responda a pergunta inicial – O que é para ti a Felicidade, depois de todos responderem mostrou-se um filme (8m) da mesma pergunta a uma turma de crianças, a qual uma das crianças responde que a felicidade é cheirar, ver, sentir, amar.	Expositivo, Participativo.	Videoprojector computador, papel canetas tripla Dossier	50
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			5

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 9
Convidado (Nome): Cláudia Maria Gonçalves	Durações: 1:15 Horas / Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 13.08.2012
Espaço para a realização da Actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	
Objectivos Gerais: Promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.	
Objectivos Específicos: Executar exercícios parados de musculação.	

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didáticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor.		15'
Desenvolvimento Prático / Teórico	- Atletismo; - Ginástica localizada, - Musculação	- Realizar 15x3 repetições de prensão manual. - Distribuídos em duas filas, realizar salto em comprimento. - Em vagas de 2, realizar corrida cronometrada. - Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo. - Executar 15x3 repetições de saltos de canguru - Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais. - Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo professor. - Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempo. - Realização de saltos de canguru com controlo de tempo. - Realizar prensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda. - "Jogo das cadeiras". - Corrida à volta do campo.	- 10 colchões; - 10 molas de prensão manual; - 1 rádio; - 10 halteres; - 1 corda	50'
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.	- Realização de exercícios de retorno à calma.		10'

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES

Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 10
Convidado (Nome): Fátima Geraldes	Duração: 1:00 Horas/ Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Desenvolvimento Emocional	Data: 16.08.2012
Espaco para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais: Motivar e envolver os formandos na gestão de emoções

Objectivos Específicos: Os formandos deverão ser capazes de identificar os objectivos inerentes à presente sessão e questionar-se acerca do tema a ser abordado

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	Breve descrição do conceito e enquadramento da gestão de emoções.			5
Desenvolvimento Prático/Teórico	- No decorrer da sessão pretende-se Refletir com os formandos sobre: Comunicação; Aptidões emocionais; Comportamento associado às relações; conflitos e decisões inteligentes na gestão de conflitos.	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Videoprojector computador, papel canetas Tripla Dossier	50
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			5

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão nº: 11
Convidado (Nome): Milton Roque	Duração: 1:00 Horas/ Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Desenvolvimento Emocional	Data: 17.08.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Estimulação do Pensamento Criativo
Objectivos Específicos:	Os formandos deverão ser capazes de identificar os objectivos inerentes à presente sessão e questionar-se acerca do tema a ser abordado

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	Breve descrição do conceito e enquadramento das várias correntes da Criatividade			5
	- No decorrer da sessão pretende-se refletir com os reclusos sobre os conceitos: Valorização, Indivíduo criativo e habilidade, Desenvolvimento, Criatividade, Estimulos e Barreiras	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Videoprojector computador, papel canetas Tripla Dossier	50
Desenvolvimento Prático/Teórico				
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			5

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saude - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 12
Convidado (Nome): Carla Sabim e Ana Alves	Duração: 1:15 Horas / Início: 14:30
Atividades a Desenvolver: Afetividade e emoções	Data: 20.08.2012
Espaco para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	
Objectivos Gerais:	Saber sentir a vida
Objectivos Especificos:	Conhecer e gerir as nossas emoções

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	Apresentação da atividade a desenvolver, bem como do formador ao grupo e v/v, de forma a promover desde já um ambiente de descontração. Apresentação de algumas teorias acerca da relação entre afetividade e emoções.			5
Desenvolvimento Prático /Teórico	Nesta fase o grupo realiza uma dinâmica onde cada um enumera as emoções que mais e que menos o invadem. Entre todos, grupo e formadora, num diálogo aberto vai-se tentar criar estratégias para que cada indivíduo saiba transformar as suas emoções menos boas em emoções positivas e geradoras de afetividade e felicidade individual e intrínseca.	Expositivo, interrogativo, explicativo.	Videoprojector computador, papel canetas Tripla Dossier	60
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			10

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 13
Convidado (Nome): Cláudia Marisa Gonçalves	Duração: 1:15 Horas / Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 23.08.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Promover a resistência aeróbia e a frequência cardíaca.
Objectivos Específicos:	Solicitar as capacidades motoras: velocidade, flexibilidade, reacção e força inferior. Efetuar passada saltada seguida de impulsão

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor.		15'
Desenvolvimento Prático / Teórico	- Jogos de corrida - Corrida de estafetas	- Divididos em 2 equipas realizam "Jogo do mata". - Divididos em equipas de 2, realizam corrida de estafetas. Colocados 1 em cada extremidade, têm de correr, tocar na mão do colega e este sai na direção contrária. Termina quando todos tiverem realizado o exercício. - Igual ao anterior mas, com equipas de 4 elementos. - Jogos dos de tração. Divididos em equipas de 2 elementos, quem perde sai. Posteriormente em 2 equipas de 5 elementos. - Saltos à corda. Dois elementos balançam a corda, enquanto um salta. Verificar quem realiza o maior número de saltos. - Divididos em 2 equipas de 5 elementos, uma tenta encestar a bola com a maior distância possível, enquanto a outra tenta acertar com o arco no bastão o mais distante possível. - 2 a 2, uma às "cavalitas" do outro, percorrer o campo de uma extremidade à outra. Trocar e voltar ao ponto de partida. - Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos. - Realização de saltos de canguru com controlo de tempo. - Realizar apresentação manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda.	- 1 corda; - 5 testemunhos; - 5 arcos pequenos; - 1 bastão com base; - 1 cesto; - 5 bolas pequenas; - 10 molas de pressão manual.	50'
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.	- Realização de exercícios de retorno à calma.		10'

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 14
Convidado (Nome): Ana Alves	Duração: 1:15 Horas
Actividade a Desenvolver: Desenvolvimento Emocional	Data: 24-08-2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Desenvolver atitudes e comportamentos facilitadores do diálogo e da consequente resolução de conflitos.
Objectivos Específicos:	Identificar as estratégias de gestão de conflitos; Conhecer as estratégias mais adequadas para a resolução de problemas

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	Apresentação da actividade a desenvolver, bem como do formador ao grupo e v/v, de forma a promover desde já um ambiente de descontração. Descrição de como resolver e impedir conflitos. Descrição de estratégias para gerir o conflito da melhor forma.			5
Desenvolvimento Prático/Téorico	Sabendo que, se os conflitos não forem resolvidos de forma construtiva pode-se correr o risco de que estes conflitos deem origem a um clima destrutivo, explica-se as regras de ouro da comunicação na gestão de conflitos debatendo as ideias e diferentes opiniões com os formandos. Constante interação com os participantes de maneira a que haja facilitação para a criação de ideias e confirmação dos conteúdos apreendidos; Promover-se-á uma dinâmica de grupo sobre "Adivinhas", "as quais os formandos tem de responder com a maior brevidade possível, tendo "direito" quem adivinhar a um brinde de 1 reboçado. Pretende-se com esta dinâmica: Oportunizar o surgimento de lideranças diversificadas, Aprender a lidar com as diferenças, aprender a ouvir, Ampliar a capacidade de resolução de problemas e conflitos e essencialmente Aprender a ouvir	Expositivo, Participativo, Ativo	videoprojetor computador, rebuçados para a dinâmica de grupo Canetas Impla Dossier	60
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			10

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 15
Convidado (Nome): Cláudia Marisa Gonçalves	Duração: 1:15 Horas / Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 27.08.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	
Objectivos Gerais: Promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.	
Objectivos Específicos: Executar exercícios parados de musculação.	

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Desenvolvimento Prático / Teórico	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor.		15'
	- Atletismo; - Ginástica localizada, - Musculação	- "Jogo do mata" em meio campo. - Realizar 15x3 repetições de prensão manual. - Distribuídos em duas filas, realizar salto em comprimento. - Em vagas de 2, realizar corrida cronometrada. - Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo. - Executar 15x3 repetições de saltos de canguru. - Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais. - Detados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo professor. - Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos. - Realização de saltos de canguru com controlo de tempo. - Realizar prensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda. - Corrida à volta do campo. - Realização de exercícios de retorno à calma.	- Cronometro; - Apito; - 10 colchões; - 10 molas de prensão manual; - 1 rádio; - 10 halteres; - 1 bola pequena.	50'
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			10'

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 16
Convidado (Nome): Ana Alves / Carla Sabim	Duração: 1:15 Horas
Actividade a Desenvolver: Comunicação	Data: 29-08-2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Identificar diferentes estilos de relacionamento interpessoal e conhecer os comportamentos mais adequados à eficiência de cada situação de comunicação.
Objectivos Específicos:	<p>Dominar técnicas de expressão e utilizar formas de argumentação, desenvolvendo simultaneamente as competências necessárias para atunear a eficácia na preparação, gestão e controlo de processos comunicacionais;</p> <p>Tomar consciência das mudanças a realizar para garantir uma progressiva otimização da capacidade de comunicar.</p>

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos / Quantidades	Tempo
Introdução	<p>Apresentação da atividade a desenvolver, bem como do formador ao grupo e v/v, de forma a promover desde já um ambiente de descontração.</p> <p>Explicar sobre os comportamentos assertivos, nomeadamente sobre comportamentos comunicacionais e respeito pelo outro.</p>			5
Desenvolvimento Prático / Teórico	<p>Desenvolver o tema falado sobre os diferentes estilos comportamentais: Agressivo; manipulador; Passivo; Assertivo.</p> <p>- Desenvolver o tema: Estratégias para uma comunicação assertiva, bem como, facultar orientações essenciais para comunicar com assertividade.</p> <p>- Dinâmica de grupo: orientar um formando com os olhos vendados, a colocar o maior numero de canetas num recipiente usando o formador o estilo de comunicação autoritário.</p> <p>Outro formador, usando o estilo de comunicação assertiva vai dando indicações mais precisas a outro formador. Sendo o objetivo perceberem que alcançam mais facilmente os objetivos comunicando de forma objetiva, clara e dinâmica, sem distorções!</p>	<p>Expositivo, Participativo, Ativo; Role-Plays</p>	<p>Videoprojector computador, canetas, 2 vendas e um recipiente para a dinâmica de grupo</p>	60
Conclusão	<p>- Período para questões e dúvidas;</p> <p>- Reflexão individual e discussão de grupo;</p> <p>- Feedback intensivo em grupo;</p> <p>- Síntese da sessão.</p>			10

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 17
Convidado (Nome): Cláudia Maria Gonçalves	Duração: 1:15 Horas / Início: 14:30
Actividade a Desenvolver: Exercício Físico	Data: 31.08.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	Promover a resistência aeróbia, frequência cardíaca, e capacidade muscular.
Objectivos Específicos:	Executar exercícios parados de musculação.

Fases	Conteúdos	Descrição/Esquema	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Aquecimento geral de todos os grupos musculares	- Corrida em fila à volta do campo, ao som do apito realizar os movimentos exemplificados pelo professor. Ao apito realizar as ordens dadas pelo professor.		15'
	- Atletismo; - Ginástica localizada, - Musculação	- "Jogo do mata" em meio campo. - Realizar 15x3 repetições de preensão manual. - Distribuídos em duas filas, realizar salto em comprimento. - Em vagas de 2, realizar corrida cronometrada. - Em pé realizar 15x3 repetições de vários exercícios com halteres de 2kg. Primeiro com o braço direito, seguido do esquerdo. - Executar 15x3 repetições de saltos de canguru. - Aos pares sentados no colchão, colocados de frente um para o outro, realizam 15x3 repetições de abdominais. - Deitados no colchão, individualmente realizam os exercícios demonstrados pelo professor. - Realizar exercícios de velocidade com controlo de tempos. - Realização de saltos de canguru com controlo de tempo. - Realizar preensão manual cronometrada. Cada um conta o número de repetições conseguidas em 1 minuto, primeiro com a mão direita seguida da esquerda. - Corrida à volta do campo. - Realização de exercícios de retorno à calma.	- Cronómetro; - Apito; - 10 colchões; - 10 molas de preensão manual; - 1 rádio; - 10 halteres; - 1 bola pequena.	50'
Desenvolvimento	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.			10'

**Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança**

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 18
Convidado (Nome): Fátima Geraldes	Duração: 1:15 Horas
Actividade a Desenvolver: “ Desenvolvimento de Habilidades e Interações sociais.”	Data: 03.09.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	
Objectivos Gerais:	Potenciar mudanças a nível cognitivo – comportamental nos reclusos, de forma a melhorar o processo de transição para a liberdade.
Objectivos Específicos:	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para a melhoria do auto e hetero conhecimento, para a construção e monitorização de um projeto de vida e para a reflexão sobre a necessidade de reparação. - Contribuir para uma reinserção eficaz através do desenvolvimento de competências e habilidades no processo de reabilitação.

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	<p>Apresentação do formador. Apresentação da actividade a desenvolver. Apresentação de objetivos.</p>			5
Desenvolvimento Prático / Teórico	<ul style="list-style-type: none"> - Dinâmica educativa - Conceito de visão. - Pressupostos da visão. - Visão e valores. - Fatores protetores e facilitadores ao desenvolvimento de habilidades e interações sociais. 	Expositivo, Participativo.	Videoprojector computador, papel canetas Dossier Tripla	60
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Período para questões e dúvidas; - Período de reflexão e síntese da sessão. 			10

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão nº: 19
Convidado (Nome): André Filipe Morais Pinto Novo e Maria Eugénia Rodrigues Mendes	Duração: 2:00 Horas
Actividade a Desenvolver: Avaliação de Parâmetros	Data: 05.09.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	

Objectivos Gerais:	- Analisar os efeitos de um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos; - Avaliar a condição física e o desenvolvimento emocional de uma amostra de reclusos; - Implementar um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos;
Objectivos Específicos:	

Fases	Conteúdos	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Breve esclarecimento sobre os conteúdos tratados na sessão anterior, de modo a estabelecer a ligação e dar aos formandos, um sentido de continuidade.	- Dossier - Canetas - Fita métrica - Balança de bioimpedância eléctrica TANITA BC-545	10 Minutos
Desenvolvimento Prático / Teórico	- Avaliação de Parâmetros no Grupo de Controlo . - Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Auto motivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. - Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. - A avaliação dos parâmetros da componente física.	- Dinamómetro manual JAMAR - Dinamómetro Baseline - Cone - Cronómetro - Fita-cola - 7 Canetas; - 8 Pilhas - Luvas, - Alcool e compressas para desinfectar a balança entre utilizadores	100 Minutos
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.		10 Minutos

Mestrado Envelhecimento Ativo
IPB - Escola Superior de Saúde - Bragança

PLANO DE ACTIVIDADES	
Mestranda: Vera Lúcia Araújo de Almeida	Sessão n.º: 20
Convidado (Nome): André Filipe Morais Pinto Novo e Maria Eugénia Rodrigues Mendes	Duração: 2:00 Horas
Actividade a Desenvolver: Avaliação de Parâmetros	Data: 06.09.2012
Espaço para a realização da actividade: Oficinas / Local: E.P. de Izeda	


Objectivos Gerais:	- Analisar os efeitos de um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos; - Avaliar a condição física e o desenvolvimento emocional de uma amostra de reclusos;
Objectivos Específicos:	- Implementar um programa de exercício físico e de desenvolvimento emocional numa amostra de reclusos;

Fases	Conteúdos	Recursos Didácticos / Quantidades	Tempo
Introdução	- Breve esclarecimento sobre os conteúdos tratados na sessão anterior, de modo a estabelecer a ligação e dar aos formandos, um sentido de continuidade.	- Dossier - Canetas - Fita métrica - Balança de bioimpedância eléctrica TANITA BC-545	10 Minutos
Desenvolvimento Prático /Teórico	- Avaliação de Parâmetros no Grupo de Investigação. - Aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), nos domínios: Capacidade da Gestão de Emoções, Capacidade da Automotivação e Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos. - Aplicação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), nas 8 Dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental - A avaliação dos parâmetros da componente física.	- Dinamómetro manual JAMAR - Dinamómetro Baseline - Cone - Cronómetro - Fita-cola - 7 Canetas; - 8 Pilhas - Luvas, - Alcool e compressas para desinfectar a balança entre utilizadores	100 Minutos
Conclusão	- Período para questões e dúvidas; - Síntese da sessão.		10 Minutos

ANEXO E – Autorização Escala EVCE

Imprimir

RE: Mestrado envelhecimento ativo

De: **Augusta Branco** (aubr@ipb.pt) 
Enviado: terça-feira, 10 de julho de 2012 17:43:48
Para: Vera Almeida (v.almeid@hormail.com)
Cc: Ana Salgado (anagalv@uoi.pt)
@ 1 anexo
1. EVCE - Escala Veiga de CE (para enviar a quem pedir).docx (44,7 KB)

Bem Vinda Vera Lúcia! É com muito gosto que recebo a sua solicitação, que por motivos de trabalho ainda não tinha dado resposta.

Sinto-me honrada com a sua solicitação. Assim, aqui vai a Escala em anexo. Quando entender, deveremos ter uma conversa – mediante os seus conhecimentos estatísticos – simples, para abordar a metodologia estatística de análise do Instrumento de Recolha de Dados:

1. Ensinar-lhe que cada parte (I, II, III, IV,V) corresponde a cada uma das dimensões colocadas em construto de Inteligência Emocional/ Competência Emocional
2. Cada uma das sub escalas estuda dimensões diferentes do sujeito, e como tal deve ser analisada
3. A análise estatística diz respeito à Análise de Componentes Principais ou Análise Fatorial (exploratória) em Pestana e Gageiro, (2010). Complementaridade para o SPSS
4. Para a colocação em Base de dados, há itens da EVCE que são invertidos.

Todavia e a seu próprio tempo de tudo falaremos. Estou ao dispor. Bem haja. Bom trabalho.

Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Professora Coordenadora

Ciência da Educação, Ph.D

Professora/Docente no 2º ciclo, Mestrado

Directora do Curso de Dietética

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Presidente da Direcção do PAMDBA Plataforma Aberta - Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional

Investigação - IJ/ Competência Emocional

- CE - FPCE/UP

aubr@ipb.pt

TM: (+351)939996135/934199119

TE: (+351)213311593 (EISA)

FX: (+351)278327915

End - IPB (Lisboa Uo)

An. D. Afonso V.5300-121, Bragança

<http://www.eisa.ipb.pt>

ANEXO F – Autorização Questionário SF-36 v2



rimas@fe.uc.pt

Coimbra, 4 de Julho 2012

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey - 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507

ANEXO G – Autorização da Direção Geral dos Serviços Prisionais

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

Investigação Académica para Mestrado em Envelhecimento Activo pelo Instituto Politécnico de Bragança

De: **Mariana da Conceição Vintém Rodrigues Lopes** (marianal@dgsp.mj.pt)
Enviada: terça-feira, 22 de maio de 2012 15:42:41
Para: v_almeid@hotmail.com

Exma. Sra. Dra. Vera Almeida

Em resposta ao seu pedido para que, no âmbito do Mestrado em Envelhecimento Activo, possa desenvolver uma investigação no Estabelecimento Prisional de Izeda, informamos que, em observância ao disposto na Circular n.º 5/GDG/2001 de 18 de Junho, que regula estágios e investigações académicas, é necessário que nos remeta documento do instituto Politécnico que certifique a sua identidade académica bem como o fim a que o estudo se destina.

Chama-se a atenção para o facto de dever ter presente que a realização de investigações académicas, envolvendo reclusos, está sempre dependente da disponibilidade destes para, após consentimento informado, colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a cooperação. Por outro lado, os investigadores ficam obrigados a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar com o estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Lopes

Assessora

Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

Direcção-Geral dos Serviços Prisionais

Travessa da Cruz do Tórel, n.º 1 - 1150-122 Lisboa

Tel. 218812200



Antes de imprimir este mail pense bem se tem mesmo que o fazer...
Before printing this message make sure you really need to...

RE: Mestrado Envelhecimento Activo

De: **Nair Benvinda Esteves da Silva Almeida** (nalmeida@dgsp.mj.pt) 

Enviada: sexta-feira, 8 de junho de 2012 16:57:49

Para: Vera Almeida (v_almeid@hotmail.com)

Boa tarde Vera,

Recebi da DGSP a autorização para a realização do trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos e votos de bom fim de semana,

Nair Torrão

Adjunta para a Área do Tratamento Penitenciário

Estabelecimento Prisional Central de Izeda

Rua da Congregação Salesiana