



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MARCELO GALDINO DE MELO

**JUDÔ PARA IDOSOS:
Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva**

**GOIÂNIA,
2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Marcelo Galdino de Melo

3. Título do trabalho

JUDÔ PARA IDOSOS: Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Antonio Goncalves Teixeira, Professor do Magistério Superior**, em 23/05/2024, às 07:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Galdino De Melo, Usuário Externo**, em 23/05/2024, às 08:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4574477** e o código CRC **7DB96C58**.

MARCELO GALDINO DE MELO

JUDÔ PARA IDOSOS:

Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde

Orientador: Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira

GOIÂNIA,

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Melo, Marcelo Galdino de
JUDÔ PARA IDOSOS: [manuscrito] : Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva / Marcelo Galdino de Melo. - 2024.
176 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2024.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Saúde do Idoso. 2. Saúde Coletiva. 3. Judô. 4. Judô para idosos. I. Teixeira, Ricardo Antonio Gonçalves, orient. II. Título.

CDU 614

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 005/2024, da sessão de Defesa de Dissertação de Marcelo Galdino de Melo, que confere o título de Mestre em SAUDE COLETIVA, no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/IPTSP/UFG, na área de concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aos nove dias do mês de abril de dois mil e vinte quatro, a partir das 14h00, via Google Meet: <https://meet.google.com/qas-xyw-wpq>, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “ JUDÓ PARA IDOSOS: Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva.” Os trabalhos foram instalados por mim, Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira (PPGSC/IPTSP/UFG) orientador, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira (PPGSC/IPTSP/UFG), Prof. Dr. Leonardo Ângelo Stacciarini de Resende (Sec. de Mun. de Educação/Goiânia). Em seguida eu, Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira, como presidente da banca, fiz a apresentação formal dos membros e orientei o candidato sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida ao autor da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca, utilizou o tempo de 20 minutos para arguir o candidato, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o candidato aprovado, pelos seus membros, cumprindo todos os requisitos para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, pela Universidade Federal de Goiás.

O resultado foi proclamado por mim, Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira, Presidente da Banca Examinadora, em seguida foram encerrados os trabalhos e, para constar, Neuracy Moreira Andrade, secretaria do PPGSC/IPTSP/UFG, lavrou a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, 09 dias do mês de abril de 2024.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por Ricardo Antonio Goncalves Teixeira, Professor do Magistério Superior, em 23/04/2024, às 20:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Ellen Synthia Fernandes De Oliveira, Professor do Magistério Superior, em 08/05/2024, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por LEONARDO ANGELO STACCIARINI DE RESENDE, Usuário Externo, em 22/05/2024, às 09:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4273054 e o código CRC F9758F40.

A Deus pelo dom da vida! Que no percurso de minha longa luta e existência está sempre presente.

A minha querida esposa e companheira Luciane Ucella e minha filha Marcela, pela paciência, amor, estímulo, companheirismo e apoio em todas as horas e que nunca deixaram de me incentivar a buscar meus sonhos.

Aos meus amados pais, Ana e Nivaldo, meus irmãos Renata e Luciano, cunhado e sobrinhos pelo apoio, amor e preocupações constantes.

A meus tios e primos, de forma especial ao meu primo Renato (*in memoriam*) que nos deixou precocemente pós pandemia, pela ajuda nesta caminhada.

A minha segunda família a qual me acolheram... os pais de minha esposa, Sr. Benedito (*in memoriam*) que nos deixou durante a pandemia e a Sra. Maria Luiza e meus cunhados Eliane e Elton.

Aos companheiros de trabalho pela ajuda e incentivo.

Aos amigos por me darem apoio e força de forma incondicional.

AGRADECIMENTOS

A minha querida esposa Luciane Ucella e minha filha Marcela, pela compreensão, a minha ausência... espírito de luta para a conclusão dos meus estudos desta nova e desejada graduação e por jamais terem me deixado abaixar a cabeça nos momentos mais difíceis em que estamos juntos.

Aos meus pais, Ana e Nivaldo e meus irmãos Renata e Luciano pelo apoio na realização de um sonho de longa data!

A meus familiares, cunhados e principalmente aos meus sobrinhos Pedro e Isabela

Aos parceiros e amigos (TOMODACHI -友達) do Judô Goiano e Nacional pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos e irmão em Cristo ressuscitado, pelo apoio e compreensão, bem como que souberam me desculpar pelas inúmeras ausências em nossa comunidade.

A todos os amigos e parceiros da turma 10 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) - Universidade Federal de Goiás - (UFG), pela continuidade de minhas reflexões acadêmicas e pelos bons momentos compartilhados e que juntos, antes que tudo isto pudesse acontecer, acreditaram e juntos uns incentivaram os outros nesta caminhada.

Aos amigos, parceiros, alunos participantes, seus pais e responsáveis dos projetos sociais Projeto Judô Pedagógico e Projeto Social José Silva Lima , que estiveram conosco durante toda esta jornada.

Aos amigos, alunos, colegas de profissão e direção da Faculdade de Inhumas e Faculdade de Palmeiras de Goiás, FACMAIS, que estiveram conosco durante esta caminhada.

Aos colegas do grupo de orientandos do Professor Dr. Ricardo Gonçalves Teixeira, que de maneira descontraída, virtual ou presencialmente, tornaram as dificuldades comumente enfrentadas por pós-graduandos, mais leves, compartilhando experiências, saberes e alegrias a cada conquista.

Às professoras Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos, Dra. Edlaine Faria de Moura Villela, Dra. Edsaura Maria Pereira, Dra. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira, Dra. Fabiana Ribeiro Santana, Dra. Larissa Arbués Carneiro e Dr. Otaliba Libânio de Moraes Neto, dentre outros docentes que estiveram conosco nesta caminhada, pois quando iniciamos o mestrado a COVID-19 já havia chegado aos cinco continentes, a escalada da doença a partir de então foi exponencial, e o aumento de casos passou a ser acompanhado pelo crescimento inimaginável do número de mortos... e todos vocês em conjunto conosco em aulas virtuais iniciamos e finalizamos nossas disciplinas obrigatórias e optativas. Assim todo nosso carinho e às quais palavras me são desprovidas que expressem a minha imensa gratidão e desejo de retribuir a competência, a disponibilidade, sensibilidade e amizade com que sempre

me orientaram, contribuindo para o aprimoramento intelectual, profissional e pessoal que acredito ter adquirido através de nosso vínculo estabelecido desde o meu primeiro dia no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) - Universidade Federal de Goiás - (UFG).

Ao professor mestre e doutorando Wesley Oliveira Luiz, Kodansha, Coordenador Técnico da Federação Goiana de Judô, pela grande ajuda e apoio na realização da coleta de dados, logo depois da pandemia de Covid 19, bem como pelo incentivo em buscar a conclusão deste trabalho, o nosso muito obrigado!

Ao professor e orientador Prof. Dr. Antônio Gonçalves Teixeira, por aceitar este grande desafio de falar de judô para idosos, dentro da perspectiva da saúde coletiva, pela sua atenção e dedicação concedida para a realização deste trabalho, a quem agradeço pela oportunidade e merece minha admiração.

A todos os funcionários e técnicos administrativos pela amizade, de forma especial a nossa querida secretária Neuracy, pelo carinho e dedicação ao longo destes anos no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) - Universidade Federal de Goiás - (UFG),

A todos os nossos grandes mestres Kodanshas de todo o Brasil, que de forma voluntária participaram de nossa pesquisa, deste momento de coleta de dados, os quais tiveram grande importância para a produção deste conhecimento.

E, finalmente, a todos aqueles que apoiaram e que de alguma forma participaram e contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, e torcendo pelo nosso sucesso.

どうもありがとうございます。
Domo arigato Gozaimashita

Marcelo Galdino

O judoca é o que possui inteligência para compreender aquilo que lhe ensinam, paciência para ensinar o que aprendeu aos seus semelhantes e fé para acreditar naquilo que não compreende.
Jigoro Kano, 1915

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS:

Figura 1. (Construção da árvore de palavras-chave).....	31
Figura 2. (Distribuição da população por sexo - gênero, segundo os grupos de idade).....	35
Figura 3. (Pirâmide Etária - Brasil 2010).....	71
Figura 4. (Pirâmide Etária Absoluta - Brasil - Projeção 2040).....	72
Figura 5. (Pirâmide Etária Absoluta - Brasil - Projeção 2060).....	72
Figura 6. (Jigoro Kano - Professor, fundador do Judô moderno).....	91
Figura 7. (Ideograma - JU-JUTSU).....	93
Figura 8. (Ideograma - BUDÔ)	94
Figura 9. (Ideograma - JUDÔ).....	94
Figuras 10. (Templo Budista Eishosi)	97
Figura 11. (Ideograma - KODOKAN).....	97
Figura 12. (KODOKAN - dias atuais)	98
Figura 13. (Logo - Confederação Brasileira de Judô - Federação Goiana de Judô)	105
Figuras 14. (Olimpíadas Tóquio 1964 e Lhofoi Shiozawa)	106
Figuras 15. (Olimpíadas Munique 1968, Chiaki Ishii- 1ª medalha Olímpica no Judô).....	107
Figura 16. (Sensei Leonel Cunha - 1ª medalhista Paralímpico no Judô Goiano)	108
Figura 17. (As três características essenciais).....	117
Figura 18. (Registro do Encontro Nacional e Panamericano de Kodanshas 2022 - Joinville - SC, promovido pela CBJ).....	123
Figura 19. (Apresentação da pesquisa de Mestrado - Questionário - Judô para Idosos: Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva).....	124
Figura 20. (Mapa de Georreferenciamento	128

LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

QUADROS:

Quadro 1. (Ciclos da vida).....	46
Quadro 2. (A 1º formulação do GOKYO)	111
Quadro 3. (Reconhecimento de 8 técnicas no GOKYO).....	112
Quadro 4. (19 novas técnicas no GOKYO).....	112
Quadro 5. (Divisão do Nage-waza).....	115
Quadro 6. (Divisão do Katame-waza).....	116
Quadro 7. (Relação entre as respostas dos Kodanshas e montagem do quadro de ideias-chaves).....	132
Quadro 8. (Confluência entre as ideias-chaves e montagem do quadro de aproximações menores).....	134
Quadro 9. (Relação entre as aproximações menores e montagem do quadro das categorizações).....	135

GRÁFICOS:

Gráfico 1. (Funcionalidade global x idade).....	63
Gráfico 2. (Idade dos participantes da pesquisa - Kodanshas, por sexo).....	125
Gráfico 3. (Nível de escolaridade dos Kodanshas).....	126
Gráfico 4. (Graduações mais frequentes dos Kodanshas).....	127
Gráfico 5. (Cor/Raça/Etnia dos participantes da pesquisa - Kodanshas).....	127
Gráfico 6. (Graduação dos nossos participantes da pesquisa - Kodanshas).....	129
Gráfico 7. (Faixa etária de início da prática Kodanshas).....	129
Gráfico 8. (Tempo que nossos participantes da pesquisa - Kodanshas praticam Judô).....	130

TABELAS:

Tabela 1. (Crescimento populacional do Brasil desde 2010 com projeção até 2040)	71
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(Ordem alfabética)

- (ABB) - Associação Budokan do Brasil
- (AVDs) - Atividades da Vida Diária
- (CBDV) - Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais
- (CBJ) - Confederação Brasileira de Judô
- (CF) - Constituição Federal
- (COI) - Comitê Olímpico Internacional
- (DCN) - Diretrizes Curriculares Nacionais
- (DM2) - Diabetes Mellitus - Tipo 2
- (DPS) - Diretrizes do Pacto pela Saúde
- (EI) - Estatuto do Idoso
- (EUA) - Estados Unidos da América
- (EFS) - Estratégia de Saúde da Família
- (FEGOJU) - Federação Goiana de Judô
- (FIJ) - Federação Internacional de Judô
- (FNI) - Fundo Nacional do Idoso
- (HAS) - Hipertensão Arterial Sistêmica
- (IBGE) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- (IBSA) Federação Internacional de Esportes para Cegos (sigla em inglês)
- (LOAS) - Lei Orgânica da Assistência Social
- (MS) - Ministério da Saúde
- (MP) - Ministério Público
- (OMS) - Organização Mundial da Saúde
- (ONU) - Organização das Nações Unidas
- (PICs) - Práticas Integrativas e Complementares
- (PNI) - Política Nacional do Idoso
- (PNSI) - Política Nacional de Saúde do Idoso
- (PNAD) - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
- (PNPIC) - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
- (PNSPI) - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- (PICS) - Práticas Integrativas e Complementares
- (RNA) - Ácido Ribonucleico (sigla em inglês)
- (SBEM) - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
- (SBD) - Sociedade Brasileira de Dermatologia
- (SUS) - Sistema Único de Saúde
- (WHO) - Organização das Nações Unidas (sigla em inglês)
- (UBS) - Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

Este estudo traz como tema a saúde do idoso na perspectiva da prática do Judô e apresenta como objetivo geral compreender a prática do judô para idosos a partir do contexto da saúde coletiva. Expõe, como objetivos específicos, Compreender o contexto da saúde do idoso no Brasil, a partir de políticas e estudos decorrentes; compreender como o judô para idosos tem sido abordado nos estudos acadêmico-científicos; analisar, a partir do olhar dos Kodanshas (aquele que possui notório conhecimento de questões de ordem técnica, moral e filosófica do judô) – que em geral são idosos (com mais de 40 anos dedicados ao esporte), como a prática do judô percebe o idoso e a relação com a saúde. Para tanto, enquanto metodologia, o estudo é caracterizado como uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, valendo-se de uma pesquisa participante. Em um primeiro momento, será necessário uma grande pesquisa bibliográfica e no segundo momento, a partir dos conhecimentos e experiências adquiridas no campo da saúde, a proposta é fazer uma pesquisa participante, dialogando, entrevistando e observando, as principais referências do judô nacional, conhecidos com Kodanshas, com objetivo de construir, coletivamente, uma orientação para a prática de judô para pessoas idosas. Já para a etapa de análise de dados, será utilizado o método de Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (2010). Para a discussão sobre o cenário do idoso no Brasil, traz para a discussão os estudos de (MORIGUTI e FERRIOLLI, 1998); (CAMARANO e PASINATO, 2004); (NELSON et al. 2007); (VOGEL et al. 2009); (FRAGOSO, 2010); (ANTUNES, 2012); (MINAYO, 2012) e (BRITO et. al. 2013); . No tocante ao contexto histórico do Judô, apresenta vários escritos do fundador do Judô Jigoro Kano, bem como (STANLEY, 1994), (DELIBERADOR, 1996) e (WEINECK, 1999). Na perspectiva de aproximação entre a prática do Judô no contexto da saúde do idoso, fundamenta-se nos autores (MATSUDO et al, 2000); (ALVES, 2001); (FRANCHINI, 2001); (FONSECA, 2004) e (SILVA e PELLEGRINI, 2007). Essa pesquisa elegeu como tema o Judô para Idosos, sob um olhar da Saúde Coletiva. A organização dos dados levantados, assim como as leituras realizadas, possibilitou a análise, a partir do trabalho de levantamento de ideias-chave, que no processo de aproximação, nos conduziram a categorias de análise, levando-se a compreensão da organização e funcionamento dos dois temas de forma isolada, o idoso e o idoso que trabalhamos em capítulos exclusivos. O Judô para os idosos é uma das maneiras mais eficazes de manter o corpo ativo, fortalecer os músculos e as articulações, prevenir quedas, além de prevenir doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e osteoporose. Além disso, o judô também é um importante aliado na prevenção de doenças psicológicas, como a depressão e a ansiedade, que podem ser comuns nesta idade, pois o esporte socializa as pessoas. Assim, esta grande vantagem da prática de esportes para os idosos é a socialização. A participação em atividades esportivas do Judô para idosos em grupo pode ajudar a manter os idosos conectados com outras pessoas, fortalecendo as relações sociais e reduzindo o isolamento, o que é importante para a saúde mental e emocional. É necessário adaptar os exercícios de acordo com as condições físicas e limitações de cada idoso, para garantir a segurança durante a prática esportiva. Isto é, é de suma importância ressaltar que a prática de esportes para os idosos deve ser orientada por um profissional do Judô (Sensei), graduado faixa preta e se possível também profissional de educação física, que vai avaliar as condições físicas e as limitações individuais de cada pessoa, garantindo que a atividade seja segura e adequada.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Saúde Coletiva. Judô. Judô para idosos.

.ABSTRACT

This study's theme is the health of the elderly from the perspective of the practice of Judo and its general objective is to understand the practice of Judo for the elderly from the context of collective health. It sets out, as specific objectives, Understanding the context of elderly health in Brazil, based on resulting policies and studies; understand how judo for the elderly has been approached in academic-scientific studies; analyze, from the perspective of the Kodanshas (those who have notorious knowledge of technical, moral and philosophical issues of judo) – who are generally elderly (over 40 years dedicated to the sport), how the practice of judo perceives the elderly and the relationship with health. To this end, as a methodology, the study is characterized as exploratory research, qualitative in nature, using participatory research. Firstly, a large bibliographical research will be necessary and in the second moment, based on the knowledge and experiences acquired in the health field, the proposal is to carry out a participatory research, dialoguing, interviewing and observing, the main references of national judo, known with Kodanshas, with the aim of collectively building an orientation for the practice of judo for elderly people. For the data analysis stage, the Content Analysis method will be used, from the perspective of Bardin (2010). For the discussion on the scenario of the elderly in Brazil, it brings to the discussion the studies of (MORIGUTI and FERRIOLLI, 1998); (CAMARANO and PASINATO, 2004); (NELSON et al. 2007); (VOGEL et al. 2009); (FRAGOSO, 2010); (ANTUNES, 2012); (MINAYO, 2012) and (BRITO et. al. 2013); . Regarding the historical context of Judo, it presents several writings by the founder of Judo Jigoro Kano, as well as (STANLEI, 1994), (DELIBERADOR, 1996) and (WEINECK, 1999). of the elderly, based on the authors (MATSUDO et al, 2000); (ALVES, 2001); (FRANCHINI, 2001); (FONSECA, 2004) and (SILVA and PELLEGRINI, 2007). This research chose Judo for the Elderly as its theme, from a Public Health perspective. The organization of the data collected, as well as the readings carried out, made analysis possible, based on the work of gathering key ideas, which in the process of approximation, led us to categories of analysis, leading to an understanding of the organization and functioning of the two themes in isolation, the elderly and the elderly that we work on in exclusive chapters. Judo for the elderly is one of the most effective ways to keep the body active, strengthen muscles and joints... preventing falls, as well as preventing chronic diseases such as diabetes, hypertension and osteoporosis. Furthermore, judo is also an important ally in preventing psychological illnesses, such as depression and anxiety, which can be common in old age, as the sport socializes people. Thus, this great advantage of practicing sports for the elderly is socialization. Participating in group Judo sports activities for seniors can help keep seniors connected to others, strengthening social relationships and reducing isolation, which is important for mental and emotional health. It is necessary to adapt the exercises according to the physical conditions and limitations of each practitioner, to ensure safety during sports practice. In other words, it is extremely important to emphasize that the practice of sports for the elderly must be guided by a Judo professional (Sensei), a black belt graduate and, if possible, also a physical education professional, who will assess physical conditions and individual limitations. of each person, ensuring that the activity is safe and appropriate.

Keywords: Elderly Health. Public Health. Judo. Judo for the elderly.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3. METODOLOGIA.....	30
4.IDOSO - O envelhecimento populacional.....	35
4.1 O Idoso, Saúde, envelhecimento e as Políticas de Saúde no Brasil.....	36
4.2 Envelhecimento e Políticas Públicas.....	45
4.3 Estatuto do Idoso.....	51
4.4 Envelhecimento Ativo: um olhar na óptica do ser Biopsicossocial.....	61
4.5 Aspectos epidemiológicos da população idosa no Brasil.....	69
4.5.1 Mudanças comportamentais associadas ao avanço da idade.....	75
4.5.2 Capacidade e Desenvolvimento.....	77
4.6 O Idoso, o seu corpo e as perspectivas psicomotoras.....	79
4.7 Atividade Física e envelhecimento.....	85
4.7.1 Atividade Física para idosos.....	87
5. JUDÔ - Jigoro Kano, Origem, História, Ensinaamentos e Filosofia do Judô...91	91
5.1 Judô Kodokan - Histórico, Ensinaamentos e Filosofia.....	96
5.2 O JUDÔ no <i>Brasil</i>	102
5.3. A Graduação, Orientações da arbitragem e os fundamentos Básicos e técnicos do Judô.....	109
5.4 Classificação das Técnicas do Judô e Katas.....	116
6. RESULTADOS - DISCUSSÃO	121
6.1 Panorama quantitativo do perfil do Kodanshas no Cenário nacional e dos que participaram da pesquisa.....	124
6.2 Panorama qualitativo do Cenário nacional e dos que participaram da pesquisa.....	130
6.2.1 Judô para Idosos ensinado de forma pedagógica.....	136

6.2.2 Coordenação Motora e Prevenção de Quedas.....	140
6.2.3 Melhoria na Qualidade de Vida.....	145
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS.....	155
APÊNDICES.....	165

*“Eu tenho todas as idades: eu tenho a idade da
adolescência, da maturidade e da velhice.”
(Cora Coralina)*

1 INTRODUÇÃO

O aumento populacional de idosos no Brasil acompanha as estimativas mundiais de crescimento, como apresentado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No ano de 2010, a estimativa foi de 14 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil, características estas que definem a população idosa. Deste modo, os idosos representam 7,4% da população brasileira (BRASIL, 2010).

Em 2013 a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) confirmou esse aumento populacional, estimando que no Brasil existam 26,1 milhões de idosos, totalizando 13% da população (BRASIL, 2013). Essa população, de acordo com o relatório da PNAD, vem crescendo devido ao desenvolvimento das ciências, que tem possibilitado um envelhecimento saudável, permitindo também a prática de exercícios físicos e atividades recreativas. Atividades estas que são necessárias na vida de todas as pessoas visando uma melhor expectativa de vida, de forma mais saudável.

O envelhecimento é um processo caracterizado por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que levam a uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, que terminam por levá-lo a morte (MORIGUTI; FERRIOLLI, 1998).

No processo de envelhecimento há modificações físico-funcionais importantes como o declínio da força e massa muscular, perdas das habilidades motoras, redução nas funções neurais e déficit de equilíbrio, promovendo, assim, aumento do risco de quedas, doenças crônicas degenerativas e lesões articulares (SILVEIRA, 2009; CIVINSKI, MONTIBELLER, BRAZ, 2011). No envelhecimento também há declínio na capacidade cognitiva, decorrentes das alterações em células e tecidos neurais, que geram envelhecimento cerebral e promovem aumento do risco de demências (TRIBESS; VIRTUOSO 2005).

Conforme a Constituição Federal de 1988, a Saúde é um direito de todos e uma real necessidade, trata-se de uma questão que vai muito além da ausência de doença. Assim, temos que pensar na saúde física, emocional, financeira, profissional, no bem-estar, entre outros aspectos. Portanto, se coloca necessário pensar não apenas no indivíduo, mas principalmente saber o que é saúde coletiva, pois o grande objetivo é trazer o maior benefício à população a longo prazo, com uma visão integrada de todas as suas necessidades.

Segundo Paim e Almeida Filho (2000), Saúde coletiva diz respeito a uma área de conhecimento multidisciplinar, envolvendo principalmente ciências biomédicas e ciências sociais, que estuda a origem de problemas de saúde e formas de preveni-los. Não a nível individual, mas o contexto em que o prejuízo à saúde se desenvolve e como isso influencia sua reprodução.

A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde (Paim; Almeida Filho, 2000, p. 63).

A partir de Paim e Almeida Filho, surgem outras grandes afirmações, conforme Luis Eugenio de Souza (2015), a Saúde Coletiva se propõe a utilizar como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Além disso, abre-se às contribuições de todos os saberes - científicos e populares - que podem orientar a elevação da consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Assim, os movimentos como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis, saúde em todas as políticas compõem as estratégias da Saúde Coletiva.

Assim, a Saúde Coletiva assume como objeto as necessidades de saúde, isto é, segundo Souza (2015) todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade.

Diantes deste breve relatos sobre a Saúde Coletiva, verificamos que os esportes têm se desenvolvido cada vez mais com o passar dos anos, atingindo vários fatores de intervenção na performance do praticante, não só no aspecto

físico, mas também no trabalho no campo psicológico e de valorização social (WEINECK, 1999).

O esporte é um fenômeno que chama a atenção dos indivíduos no universo da sociedade contemporânea. O modelo social inclui, entre outras instituições, a família, a escola, o clube esportivo, os quais afetam os indivíduos em relação às suas potencialidades e à sua formação esportiva. O dinamismo destes fatos está relacionado com os acontecimentos que envolvem a vida esportiva dos atletas e a participação/atuação dos adultos no ambiente esportivo (SIMÕES et al, 1999).

É notório que pessoas idosas que não são adeptas aos exercícios físicos e esportes estão mais vulneráveis e suscetíveis a acidentes. Segundo Fraiman (1991) o fato de não ter mais o equilíbrio necessário, a força não corresponder às necessidades, a resistência não permitir que se execute qualquer movimento acima da sua condição, o risco de uma queda ao tomar banho ou ao caminhar em algum piso irregular é elevada.

Em linhas gerais, os esportes trabalham habilidades motoras particulares cuja prática foi introduzida ao longo do tempo, sendo constituída culturalmente (TANI et al., 1988; WOOLLACOTT, SHUMWAY-COOK, 2003). Esse comportamento habilidoso é construído por meio da melhora de um conjunto de capacidades inerentes ao desempenho das diversas modalidades esportivas. Dentre essas, o judô consiste em um esporte de oposição no qual os atletas realizam constantes mudanças em sua movimentação, sendo necessário processar novas informações da forma mais rápida e precisa para que se possa alcançar o objetivo da luta. No judô os mecanismos sensoriais e perceptivos utilizados são decisivos, pois são os responsáveis pela captação e seleção da informação ambiental estando ligados à tomada de decisão e, por sua vez, ao intervalo de tempo para sua utilização (FRANCHINI, 2001).

Assim, em nossa visão, a escolha do judô em nosso estudo, que é muito mais que só de um esporte, mas de uma atividade física para pessoas idosas é um aspecto mais complexo do que no caso de pessoas mais jovens. Principalmente, face à nossa linha de pesquisa que é “Promoção e Educação em Saúde”. Pois, considerando que mesmo em caso de idosos que não se encontram em estado de sedentarismo, a perda de aptidão costuma impossibilitar muitas atividades que

poderiam ser prazerosas para a pessoa. Por outro lado, a possível presença de osteopenia, artrose, instabilidades articulares, aterosclerose, diabetes e hipertensão arterial são fatores que limitam a escolha da atividade física, devido ao risco de intercorrências patológicas. No caso de idosos muito debilitados, o simples ato de caminhar pode representar uma atividade de risco devido a possibilidades de quedas. Por estas razões, nossa proposta buscando um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva aos programas sistematizados de condicionamento físico em um treinamento adaptado de Judô, adequados para casos individuais, podem ser uma opção considerável para a atividade física de idosos (FRANCHINI, 2001).

Conforme verificado em nossa revisão bibliográfica, evidências científicas indicam que a participação de idosos em programas de atividades físicas é uma forma independente para reduzir e/ou prevenir uma série de declínios funcionais associados ao envelhecimento (VOGEL et al. 2009; NELSON et al. 2007; OMS, 2005). Assim, os principais benefícios de um comportamento ativo do idoso podem ser classificados basicamente nas esferas biológica, psicológica e social, destacando-se, entre esses benefícios, o aumento/manutenção da capacidade aeróbia; da massa muscular; redução da taxa de mortalidade total; prevenção de doenças coronarianas; melhora do perfil lipídico; modificação da composição corporal em função da redução da massa gorda e risco de sarcopenia; prevenção/controle da diabetes tipo II e hipertensão arterial; redução da ocorrência de acidente vascular cerebral; prevenção primária do câncer de mama e cólon; redução da ocorrência de demência; melhora da auto-estima e da autoconfiança; diminuição da ansiedade e do estresse; melhora do estado de humor e da qualidade de vida.

Quando falamos em problematização, conforme exposto, a formação de padrões motores coordenados implica na organização de vários componentes que constituem o sistema. No caso específico do controle de movimento, ocorre a organização entre os sistemas muscular, esquelético, neural, metabólico e sensorial. A característica mais importante na emergência de padrões é a não existência de uma estrutura ou componente que dite regras de como o padrão deve se comportar. O trabalho conjunto dos componentes neurais, musculares, esqueléticos, sensoriais e metabólicos seria responsável pela formação de tais padrões (KELSO, 1995).

Segundo Pellegrini (1997), com base em experiências motoras, podemos fazer duas perguntas básicas em relação à execução de tarefas motoras, sendo a primeira relacionada à reprodução de um mesmo movimento partindo de condições iniciais e ambientais diferentes e a segunda como conseguimos produzir um movimento inédito, ou seja, sem ter executado nada parecido antes. Estas características da produção do movimento humano fazem crer em um sistema complexo e em constante mudança, muito importante e útil em nosso projeto para a convivência e prática esportiva com idosos.

Desde a criação do Judô, por Jigoro Kano, em 1882, essa arte, oriunda do Ju-Jutsu, foi acrescida de conhecimentos práticos e teóricos direcionados a beneficiar a integridade física e moral dos seus praticantes. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado que tais benefícios, relacionados ao físico, dependem do tipo de prática (SANTOS, 1993), e da forma com que esta prática é realizada (SANTOS; KREBS, 1995), entre outros fatores; assim como o desenvolvimento da moral, depende dos conteúdos teóricos a serem ministrados, assimilados e aplicados pelos praticantes, dentro e fora do “dojô” (SANTOS et al., 1990).

Uma das preocupações de Jigoro Kano ao idealizar a prática do Judô, por ser este um esporte de contato, caracterizado por projeções seguidas de imobilizações, chaves e estrangulamentos, foi aprimorar técnicas que amenizassem o efeito das quedas. Deste modo, os “ukemis” foram desenvolvidos para propiciar a segurança do judoca mediante as diferentes técnicas de projeção em diferentes direções (para frente, para os lados e para trás).

Portanto, para muitos estudiosos, a exemplo de Lasserre (1969), o “ukemi” constitui-se na base das projeções de todas as técnicas do Judô, pois se não se domina a técnica de cair, não se domina a técnica de projetar. Os “ukemis” são destinados a anular os efeitos da queda, na qual, caindo-se com toda a superfície dos braços e das mãos bem estendidas, aumenta-se a superfície de contato e retransmite ao solo as vibrações produzidas pelo choque. Para Rocha (1984), o domínio dos “ukemis” é fundamental para qualquer judoca, e saber cair é uma forma de prevenir lesões, pela técnica e treinamentos constantes, proporciona quedas conscientes e não traumáticas, fator que favorece o que denomina de “saber cair” ou

consciências da projeção da queda, não só no caso específico do Judô, mas em muitas outras situações.

Assim, considerando as restrições do organismo (NEWELL, 1986), as quedas no judô emergem dos diferentes deslocamentos espaço-temporais dos segmentos corporais em resposta às diferentes possibilidades de direção do fluxo da força que causou o desequilíbrio.

São inúmeras as situações que podem levar um idoso à queda, desde um simples tropeço em um tapete distribuído na casa ou um móvel mal colocado no ambiente, um escorregão ao lavar uma garagem, como um acidente durante um banho. De um modo geral, os idosos, por reflexo, tentam evitar as quedas e acabam realizando movimentos que fatalmente os levarão a uma lesão, como, por exemplo, apoiar a mão ou cotovelo no chão para evitar a queda ou frear o movimento. Quando isto ocorre, o idoso estará agindo contra a direção natural do movimento, sobrecarregando as articulações, fator que pode provocar lesões ou traumas graves como luxações ou mesmo fraturas (PERRIN et al., 2002).

Os praticantes de judô convivem com as quedas em seu treinamento diário e, por isso, suas reações frente a uma situação de queda não necessariamente se caracteriza em evitá-la, mas acompanhar o desequilíbrio e realizar uma queda segura e consciente (ROBERT, 1988). Além de praticar uma queda segura, o judoca desenvolve uma ótima capacidade de equilíbrio estático e dinâmico (PERRIN et al., 2002), ou seja, constrói uma estrutura/postura e projeção adequada e quando houver quedas, que sejam quedas conscientes, a partir de um trabalho de melhoria da condição de equilíbrio e autonomia.

Assim, como praticante do judô há mais 35 anos e profissional da área de educação física, temos observado que os idosos não recebem os devidos cuidados na condução dos treinos, na apreensão das técnicas e nas lutas. Portanto, buscando um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva, e ao compartilhar tal percepção, com integrantes da Federação Goiana de Judô (FEGOJU) e da Confederação Brasileira de Judô (CBJ), órgãos esportivos em nível regional e nacional respectivamente, recebemos o apoio no sentido de provocar pesquisas e contribuições acerca de práticas e cuidados na condução das aulas de judô voltadas para praticantes idosos,

a fim de apresentar um estudo envolvendo praticantes do esporte com idade igual ou superior a 60 anos, considerado no presente estudo como idosos.

A filosofia do judô, se trabalha no praticante/atleta, se propõe desenvolver o domínio da capacidade de equilibrar-se para, dentre outros, poder lutar sem risco de se machucar, elemento importante para este público de idosos. Assim, faz-se necessário que o praticante utilize constantemente da técnica do "Ukemi" e consciência corporal com movimentação, a técnica de "Tai Sabaki" (palavra japonesa que significa movimentos com giro do corpo).

A perda da capacidade do equilíbrio ocorre ao longo do processo do envelhecimento devido à degeneração de alguns órgãos e sistemas do corpo humano. Segundo Matsudo et al. (2000), a queda faz parte dos acidentes mais frequentes com idosos, que geralmente acontece por anormalidades na manutenção do equilíbrio e da passada, fraqueza muscular, desordens visuais, doença cardiovascular, alteração cognitiva e devido a uso de alguns medicamentos. Para os idosos, o principal ou o mais frequente problema causado por uma queda é a fratura do quadril, sendo que 90% das fraturas de quadril são causadas por quedas (PRINCE et al., 1997). Embora muitos autores enfatizem a importância da atividade física na prevenção das quedas (HURLEY; HAGBERG, 1998; PROVINCE et al., 1995; SPIRDUSO, 1995) poucos estudos têm sido conduzidos especificamente com esta perspectiva.

Conforme Spirduso (1995), o exercício contribui para a prevenção das quedas devido aos benefícios provenientes da prática da atividade física, como o fortalecimento dos músculos, melhora dos reflexos e da sinergia motora, das reações posturais, da velocidade do caminhar, no aumento da flexibilidade, manutenção do peso corporal, melhora da mobilidade e diminuição de doenças cardiovasculares. Além da atividade física, que pode retardar e prevenir as degenerações e patologias relacionadas ao envelhecimento, que estão relacionadas com as causas das quedas, respeitando as restrições do organismo e sua consciência corporal, poderia ser realizado com idosos. Neste sentido, o treinamento das quedas e da movimentação com giro do corpo do judô se caracteriza como uma atividade importante para amenizar os problemas causados devido a quedas no cotidiano e consciência corporal.

A presente pesquisa, no campo da saúde coletiva, traz como tema a prática do judô, com aproximação com a educação e saúde, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Em nossa justificativa, especificamente em relação ao objeto deste estudo, ou seja, os benefícios biopsicossociais dessa prática junto aos idosos, poucos estudos foram encontrados. Contudo, se forem analisadas separadamente, observamos referências relativamente amplas sobre os aspectos do envelhecimento, da velhice e das atividades físicas, e uma escassa bibliografia sobre a prática do judô no sentido proposto para estudo, o que apresenta favorável nosso projeto na aproximação da saúde e qualidade de vida do idoso a prática do judô.

O estudo em apresentação partiu do pressuposto que os idosos necessitam de um acompanhamento especial, com cuidados individualizados, seguro na sua execução, visando a melhoria de sua qualidade de vida. Nos últimos anos, na maioria das sociedades, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2015), tem havido aumento na expectativa de vida da população (ou esperança de vida), repercutindo num incremento do número de pessoas pertencentes à terceira idade (parcela idosa da população), principalmente em países como Japão, Suécia, EUA, Canadá onde a expectativa média de vida atingiu um patamar médio superior a 80 anos, contrastando com países subdesenvolvidos, com expectativa média de vida inferior a 50 anos, como é o caso de Moçambique (47,7 anos), Serra Leoa (46,2 anos), Lesoto (46 anos) e República Centro-Africana (45,9 anos) (OCDA, 2013). No Brasil, a expectativa média de vida saltou de 50 anos, na década de 1960, para 75,5 anos em 2013. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), se forem mantidas as tendências dos últimos anos, em termos de projeção, o Brasil pode alcançar a esperança de vida de 80 anos em 2030 (BRASIL, 2015).

A tendência de crescimento do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil e no mundo faz com que reflitamos sobre as questões do envelhecimento, processo que atinge todo ser humano, independente da cor/raça ou nacionalidade. Nesse diapasão, “O fenômeno do envelhecimento faz parte da vida de todos os seres vivos, e, desta forma, os humanos não representam uma

exceção nesse processo. Essa fase da vida tem um caráter universal, multifatorial e é inexorável” (MATSUDO *apud* CARVALHO, 2008, p.1). De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações), uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e segundo a ONU estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. Dados da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos do Governo Brasileiro de 2011 apresenta que a projeção de idosos no Brasil parte de 10% da população em 2010 para 30% em 2050.

A terceira idade é compreendida como o último tempo natural do processo de vida. E, nos dias de hoje, tem ganhado grande importância no meio social tanto pelos problemas que enfrenta, quanto pela tendência de “envelhecimento do mundo”, que aponta para um aumento gradativo da população idosa no conjunto geral da população.

É sabido que o processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de alterações fisiológicas ocorridas no organismo (LEITE, 1990; WEINECK, 1991; FEDERIGHI, 1995; FARO JR., LOURENÇO, BARROS NETO, 1996; ZOGAIB, BITTAR, BICARRELO, 1996), bem como pelo surgimento de doenças crônico-degenerativas advindas de hábitos de vida inadequados (tabagismo, ingestão alimentar incorreta, tipo de atividade laboral, ausência de atividade física regular, etc.).

Conforme Katch e MCardle (1996); Gomes e Araújo Filho (1992) e Mensch (2008) a atividade física é fundamental para um processo saudável de envelhecimento. Sob o âmbito biomédico os efeitos da atividade física na capacidade funcional, na aptidão física, na mobilidade, nas atividades da vida diária (AVDs), assim como em doenças crônicas mais comuns nessa fase da vida, são amplamente estudados e difundidos com o fim de apresentar como a atividade física age sobre estes aspectos.

A prática do judô, como atividade física, deve ser estimulada junto aos idosos uma vez que sua técnica

propicia um momento gostoso de se movimentar e garantir a maior oxigenação orgânica. Como consequência da melhoria da resistência, o ser humano se previne contra a doença e amplia as possibilidades de participação nas mais diferentes atividades comunitárias. É uma oportunidade de aumentar a expectativa de vida, ajudar a ampliar horizontes e evitar atitudes de isolamento (DELIBERADOR, 1996, p 86).

No viés da saúde coletiva, compreendemos que a prática segura e com processo pedagógico adequado às necessidades e expectativas dos idosos, o Judô como uma prática corporal que visa a saúde física, mental e sócio afetiva, pode oferecer aos seus praticantes maiores oportunidades de conhecimento de si mesmos, quais são suas limitações e potencialidades e formas de superação das mesmas, além de ampliar o contexto da relações sociais.

Contudo, como se trata do caso de pessoas que já estão em processo de envelhecimento, recomenda-se a prática esportiva sempre de forma pedagógica e adaptada a realidade de cada um, seja ela em atividades de luta no solo, em estudos de certas posições, na prática dos “katas” (movimentos de lutas simulados), de projeções consentidas e planejadas, ou em “randoris” (treinos de luta) praticados sem uso excessivo da força, sempre entre alunos com características técnicas e físicas semelhantes.

Para Deliberador (1996), em geral, a pessoa idosa tem maior disponibilidade de tempo para fazer o que gosta. E durante a prática do Judô têm um ritmo menor de execução, contudo com qualidade maior de produtividade, e pela experiência, valoriza os detalhes da atividade esportiva.

O judô pode ser entendido como um meio de mostrar que a sua prática não se estende somente ao jovem ou a pessoa idosa praticante desta atividade, mas a aquelas pessoas mais velhas que têm vontade de iniciar na modalidade de contato corporal. Por isso, de acordo com Deliberador (1996), cabe ao professor estimular a participação, abrir todas as alternativas possíveis para que o idoso possa selecionar e executar aquelas que lhe forem mais agradáveis e que atendam às suas necessidades. E também respeitar o seu direito ao tempo livre, pois é o próprio idoso quem determinará o seu ritmo, orientado pelo professor.

Nosso estudo surgiu, primeiramente, com a vivência como atleta, professor e árbitro de judô, engajado e envolvido com as federações esportivas em todo o Brasil, onde percebemos que não há diferenciação metodológica na condução da prática do judô para as pessoas idosas em relação aos demais praticantes, observamos que, em geral, não há um planejamento ou adequações ou mesmo cuidados em relação ao praticante idoso. É nesse âmbito que a prática de uma atividade de lutas

como o judô pode ser desenvolvido, independente da idade cronológica, desde que sejam respeitadas recomendações básicas, que, de certo modo, também são extensivas aos mais jovens: a necessidade de exame médico, respeito aos limites corporais, aos objetivos do praticante, dentre outros (ALVES JR, 2001).

De tal modo, a pesquisa poderá auxiliar na construção de novos estudos acerca do tema proposto e, mais particularmente, de forma a aprofundar questões teóricas e metodológicas relativas à prática do judô voltada para idosos.

Em estudos de base realizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Educação Física, não se observou disciplinas voltadas para o envelhecimento e sua aproximação com aspectos relativos à atividade física, lutas corporais, ou alguma proposta de atividades práticas voltadas a esse público. Este estudo pode contribuir com a área, no sentido de provocar reflexões sobre a importância de tal observância na formação do profissional de educação física.

Esta nossa pesquisa, visou também contribuir com a área do judô, no sentido de possibilitar formação continuada de professores de judô (também conhecidos como senseis) a partir de práticas mais adequadas e conscientes acerca da especificidade do aluno/praticante idoso.

Dessa forma, buscando um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva, os resultados da pesquisa apresentaram a possibilidade de uma prática corporal pouco explorada junto aos idosos, prática esta que pode proporcionar/ampliar o campo de experiências/vivências positivas dessa massa da população, uma vez que essa modalidade de esporte de combate está imbuída de uma filosofia única, a qual só tem a acrescentar a seus praticantes.

*“Luta, a palavra vibrante
que levanta os fracos
e determina os fortes.”
(Cora Coralina)*

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Compreender a prática do Judô para idosos a partir do contexto da saúde coletiva.

2.2- Objetivos específicos

- Compreender o contexto da saúde do idoso no Brasil, elencando políticas e estudos decorrentes;
- Compreender como o judô para idosos tem sido abordado nos estudos acadêmico-científicos;
- Analisar, a partir do olhar dos Kodanshas (aquele que possui notório conhecimento de questões de ordem técnica, moral e filosófica do judô) que em geral são idosos (com mais de 40 anos dedicados ao esporte), como a prática do judô percebe o idoso e a relação com a saúde.

*Renunciar a palavras e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos.
Ser otimista. Acredito nos moços.
Exalto sua confiança,
generosidade e idealismo.
Creio nos milagres da ciência
e na descoberta de uma profilaxia
futura dos erros e violências
do presente.
(Cora Coralina)*

3- METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, valendo-se de uma pesquisa participante. Como o próprio nome sugere, a pesquisa participante pressupõe a presença e participação do pesquisador no contexto em estudo, engajado com os sujeitos pesquisados, com o seu grupo, cultura e atividades cotidianas (FERREIRA; SOARES, 2006). De acordo com Demo (1982), Brandão (1987), Haquette (2011), a neutralidade não é um objetivo da pesquisa participante. A característica desses estudos sociais, pelo envolvimento e até a co-produção de conhecimento (construção coletiva) tornam os atores em sujeitos de autoria de saberes.

O estudo proposto partiu da necessidade de uma pesquisa bibliográfica no sentido de buscar saberes correlatos previamente construídos. De levantar as realidades e possibilidades sobre o idoso, das principais atenções para uma prática saudável, consciente e harmoniosa do Judô. Um aporte científico de conhecimentos que servem de base e suporte para os estudos futuros. A característica fundamental deste tipo de estudo, na perspectiva de Fachin (1993), é a condução do leitor a determinado assunto e à sua produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas.

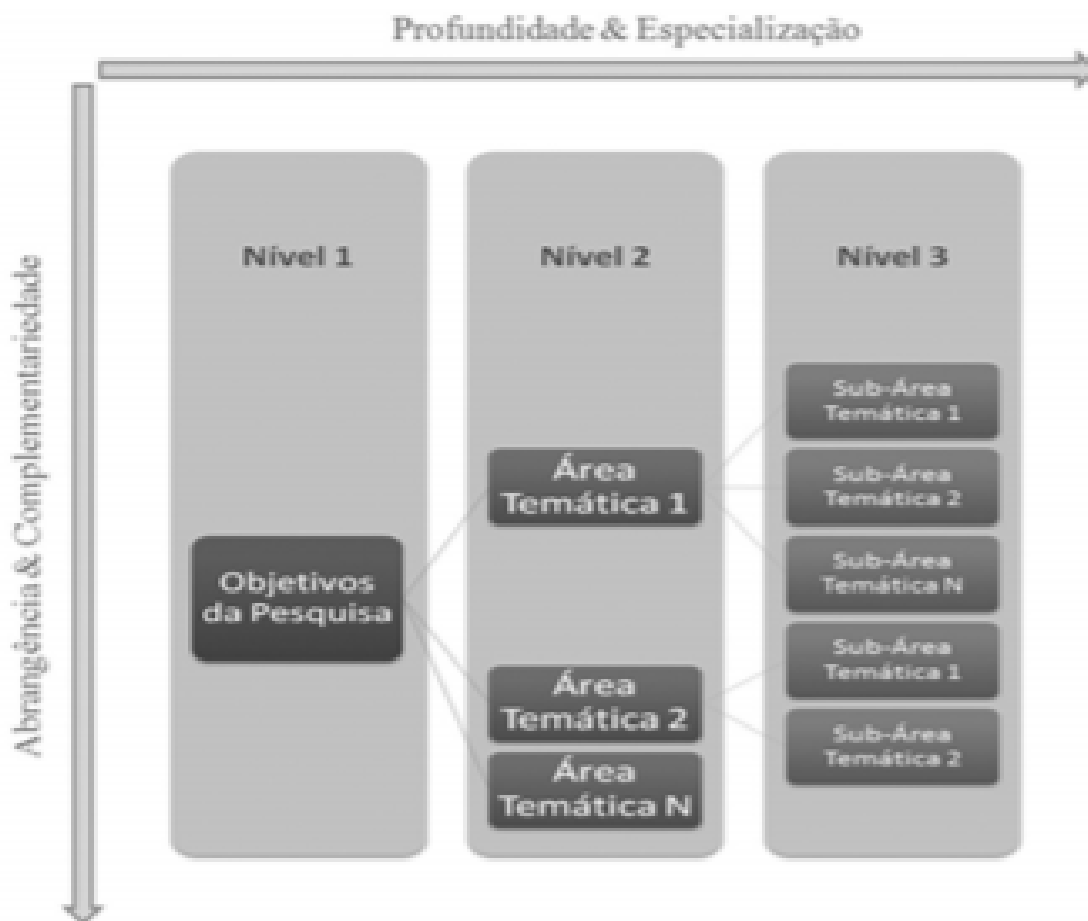
Lakatos e Marconi (1994, p.183) expõem a importância dos estudos de base para “colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto”.

Segundo Lacerda, Ensslin e Ensslin (2012), uma vez determinada a área de conhecimento da pesquisa, uma estratégia para levantamento das bases adotadas são as palavras-chave, a serem utilizadas na busca de referências. A partir das palavras ou conceitos-chave levantados, utilizou-se a lógica booleana de pesquisa

para a construção da árvore de palavras-chave. O que nos auxiliou e nos deu base teórica nas escritas dos capítulos sobre o Idoso e sobre o Judô.

A estratégia de estruturação em processo de árvore teve como finalidade desdobrar os objetivos de pesquisa em palavras-chave, tanto no sentido vertical como no horizontal. No sentido vertical, o intuito foi estabelecer áreas temáticas distintas e complementares que possibilitem que a pesquisa feita seja abrangente. Já no sentido horizontal, as áreas temáticas são subdivididas em vários ramos, garantindo dessa forma a profundidade e a especialização da pesquisa (FARIAS FILHO, 2009), conforme a Figura 1.

Figura 1. Construção da árvore de palavras-chave.



Fonte: Farias Filho (2009)

Utilizando a lógica booleana de pesquisa, em que as palavras-chave ou descritores são ligadas aos conectivos "e"/"AND", "ou"/"OR", "não"/"NOT", o pesquisador deve lembrar-se de que a estratégia de uso dos conectores é uma

tarefa importante, pois constrói um caminho lógico na busca ordenada de produções científicas. Quando o pesquisador utiliza o “e”/“AND” na vinculação das palavras-chave, a ação de pesquisa é restritiva. Quando o pesquisador utiliza o “ou”/“OR” na vinculação das palavras-chave, a ação da pesquisa é aberta. O conector “não”/“NOT” busca encontrar vinculações exclusivas de um determinado campo, sem qualquer interseção com um outro indesejado.

Dessa forma, a escolha dos conectores e de onde posicioná-los na árvore de palavras-chave foi estratégica. Por fim, foram definidos os motores de busca mais adequados ao tema de pesquisa, de acordo com sua relevância e a facilidade de obtenção e tratamento dos dados.

A pesquisa de campo, na perspectiva de Fonseca (2002), caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa, em nosso caso, da pesquisa participante.

Para Ventura (2002), a pesquisa de campo deve merecer grande atenção, pois devem ser indicados os critérios de escolha da amostragem (das pessoas que serão escolhidas como exemplares de certa situação), a forma pela qual serão coletados os dados e os critérios de análise dos dados obtidos.

Em termos de desenho de campo, embora seja necessário um maior aprimoramento dos detalhamentos, a pesquisa foi realizada com pessoas, etapas e momentos distintos.

Em um primeiro momento, foi necessário uma densa pesquisa bibliográfica no sentido de buscar saberes correlatos previamente construídos, que realizam atividades nos grupos de prevenção de quedas, uma modalidade de atenção à idosos muito recorrente nas unidades de saúde em todo o Brasil. Buscou-se referências e pesquisas com equipes multiprofissionais sobre os principais cuidados, dificuldades, desafios e avanços provocados nas experiências do grupo, bem como encontrar propostas da inserção do judô nesta modalidade como uma oportunidade de trabalho inovador.

O segundo momento, a partir dos conhecimentos e experiências adquiridas no campo da saúde, bem como da vasta pesquisa sobre o Judô (origem, história, filosofia, técnicas e benefícios), a proposta foi fazer uma pesquisa participante,

dialogando, entrevistando e observando, as principais referências do judô nacional, conhecidos com Kodanshas¹, com objetivo de construir, coletivamente, uma orientação para a prática de judô para pessoas idosas.

Para tanto, utilizamos de entrevistas semi-estruturadas, observações de campo e aplicação de questionários aos atores/sujeitos da pesquisa.

Para a segunda parte de nosso questionário, de análise qualitativa dos dados, advindo de outras oito questões abertas do questionário, adotou-se a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (1977), que a define como um instrumento que abarca diferentes maneiras e pode ajustar-se em um campo diversificado, que é o das comunicações.

Segundo (BARDIN, 1977, p. 95 - 101) a análise de conteúdo apresenta diferentes fases

tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. [...] Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. [...] Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas pelo ordenador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. [...] O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Assim, primeiramente, organizamos e separamos o material e posteriormente realizamos a leitura inicial dos questionários. Houve um momento para analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por suas impressões e orientações (BARDIN, 1977), ação denominada pela autora de “leitura flutuante”. Importante ressaltar que foi considerado todo discurso do participante para se chegar às aproximações, ou seja, as falas dos participantes não foram consideradas somente quando citadas literalmente, mas também quando havia ocorrência de expressões correlatas ou dentro de um determinado contexto (uma frase, uma expressão) importantes para

¹ Kodanshas - aquele que possui notório conhecimento de questões de ordem técnica, moral e filosófica do judô) – que em geral são idosos (com mais de 40 anos dedicados ao esporte)

pesquisa. Houve cuidado de não tentar classificar simplesmente as expressões, tendo cautela em constatar a abordagem utilizada. A Análise de Conteúdo se caracteriza como uma técnica de pesquisa qualitativa que visa analisar o conteúdo de documentos, textos, entrevistas, imagens ou qualquer tipo de material que contenha informações passíveis de serem analisadas. A perspectiva de Bardin é uma abordagem amplamente adotada no contexto da análise de conteúdo e envolve uma série de etapas sistemáticas.

A técnica de pesquisa análise de conteúdo apresentada por Bardin (1977) se estrutura em três fases:

- 1) pré-análise;
- 2) exploração do material, categorização ou codificação;
- 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

No presente trabalho, nos propomos interpretar e analisar os diferentes objetivos expressos na comunicação, fazendo inferências a partir de dados específicos identificados e que são organizados em categorias. Bauer (2002, p.203), diz que “a análise de conteúdo é uma construção social [...] ela leva em consideração alguma realidade”. A validade dos achados da pesquisa foi resultante de uma coerência interna e sistemática entre essas fases, cujo rigor na organização da investigação inibe ambiguidades e se constitui como uma premissa fundante. Importante destacar que o detalhamento do procedimento de análise encontra-se na discussão dos resultados da pesquisa.

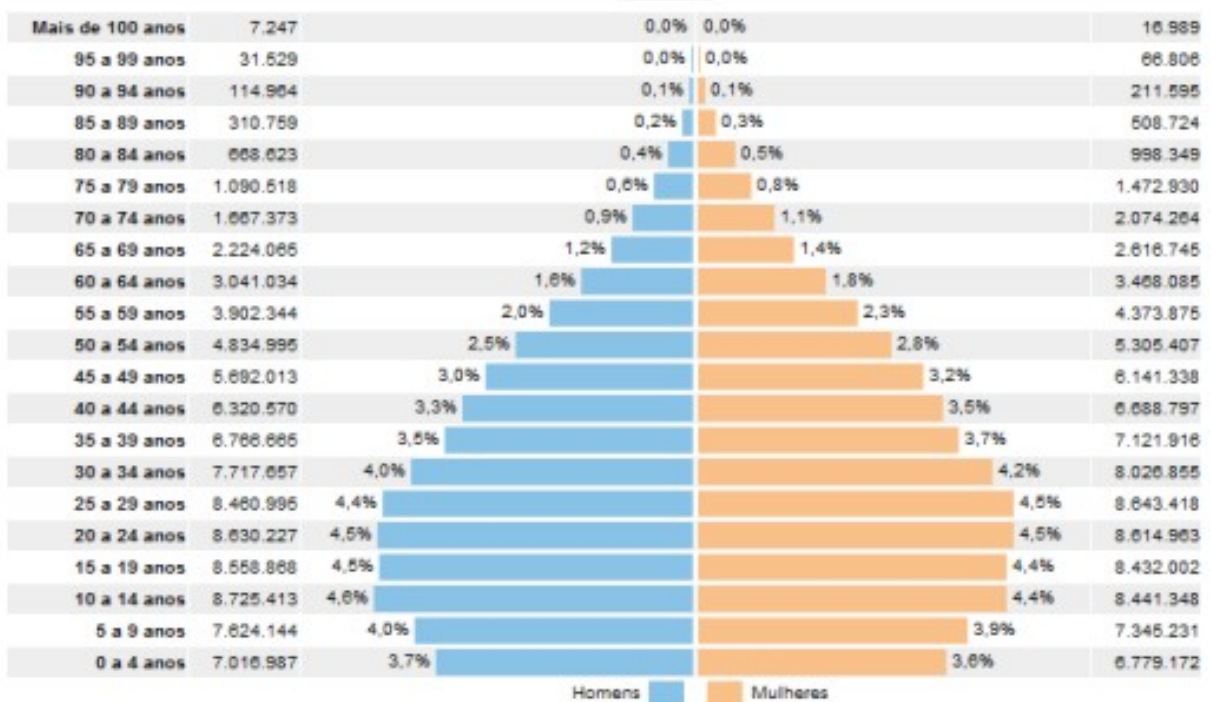
*Eu sou aquela mulher
a quem o tempo
muito ensinou. Ensinou a amar a vida.
Não desistir da luta.
Recomeçar na derrota.
(Cora Coralina)*

4- IDOSO - O envelhecimento populacional

Atualmente, o envelhecimento populacional tem sido um dos grandes desafios para a sociedade, já que o número de pessoas com mais de 60 anos de idade, em todo o mundo, está em aumento contínuo e continuará a elevar-se mais rápido que todos os outros grupos etários, por causa da diminuição das taxas de fertilidade e da crescente longevidade (FRAGOSO, 2010, p. 5).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o percentual de idosos (acima de 60 anos) subiu de 4,8% em 1991 para 5,9% em 2000 e, por fim, para 7,4% em 2010. O aumento da expectativa de vida tem sido mais impressionante entre idosos acima de 80 anos. Entre 1997-2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 anos aumentou 47,8% (MINAYO, 2012, p. 208).

Figura 2: Distribuição da população por sexo (gênero), segundo os grupos de idade



Fonte: IBGE 2010 - (Adaptado)

Tal perfil, mais atualizado antes da pandemia, da demografia brasileira constitui uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade, que devem investir na promoção da autonomia e da vida saudável para este grupo social, assim como prover atenção adequada às suas necessidades; para isso, é necessário planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos 2050 (MINAYO, 2012, p. 208).

4.1 O Idoso, Saúde, envelhecimento e as Políticas de Saúde no Brasil

Durante muito tempo, predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais, por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença (TANCREDI, BARROS E FERREIRA, 1998, p. 11). Há uma linha tênue entre a saúde e a doença, e uma relação de reciprocidade entre ambas, influenciadas por vários fatores, tais como alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais. Dessa forma, o processo saúde-doença acontece de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos (BERLINGUER apud BRÊTAS E GAMBA, 2006).

Dessa forma, a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida e, assim, como um direito social, para que o indivíduo possa ter assegurados o exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação e do uso de toda a riqueza, conhecimento e tecnologia disponíveis, adequados às suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças (VIANNA, 2011, p. 82).

Os conceitos sobre saúde e doença podem ser compreendidos de acordo com as formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e organizações, variando de acordo com cada lugar e o momento histórico (CÂMARA, 2012, p. 42).

A sociedade é organizada e pautada em políticas que compõem tal organização, colaborando no modo como os indivíduos constroem a si mesmos, suas condutas e suas relações sociais (SIQUEIRA, 2014, p. 48).

A saúde é direito da população e um referencial a ser assimilado pelo poder público para a orientação de condutas, decisões, estratégias e ações (VIANNA, 2011, p. 82).

Os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas públicas e programas que possibilitem a melhoria dos três pilares considerados prioritários para a pessoa idosa: a saúde, a participação e a segurança (SIQUEIRA, 2014, p. 80).

No contexto histórico brasileiro, a década de 1980 foi marcada pela discussão de novas questões relacionadas às políticas sociais, marcado por intensas mobilizações sociais e sindicais que culminaram no processo de democratização do país e na Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã, na qual a seguridade social (saúde, assistência social e previdência social) tornou-se direito universal de cidadania para os brasileiros, independentemente dos vínculos de trabalho ou de contribuição com o sistema (SIMÕES, 2000, p. 279),

Portanto, com a Constituição de 1988, a sociedade brasileira conquistou o direito universal e integral à saúde e foi reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, no ano de 1990. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, de acordo com diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. É um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado às ações preventivas e aos serviços assistenciais (BRASIL, 2006).

Em relação às políticas de saúde no Brasil para pessoas com mais de 60 anos de idade, aposentadas ou incapacitadas para o trabalho, estas estavam ligadas, inicialmente, a questões de trabalho, previdência e assistência social. Tal situação aliada à alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, pluripatogenia (evidência de mais de uma doença concomitante) e à carência de respostas mais coerentes dos sistemas de saúde, um envelhecimento bem sucedido não depende apenas das políticas públicas de saúde, mas o setor saúde deve estar preparado para dar respostas nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas (MENDES, 2010, p. 2299).

Dessa forma, o envelhecimento populacional provoca grandes desafios à Saúde Pública, tendo em vista tanto a dificuldade de adequação dos serviços a essa demanda quanto à disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, quanto à escassez de profissionais capacitados para trabalharem com idosos. Configura-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde (BRITO et al. 2013, p. 163).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios e as diretrizes para uma reorganização total do Sistema de Saúde a partir da igualdade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerada uma "carta fundadora" de uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseada nos princípios da universalidade e igualdade, e organizado sob as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (MENICUCCI, 2009, p. 1620).

Foi com a consagração na Constituição, dos princípios da Universalidade e da Descentralização, assim como a Saúde como direito de todos e dever do Estado, que essa inclusão passou a ser obrigação legal e objeto de crescente pleito social (Santos, 2010, p. 9), garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SANTOS e ANDRADE, 2009, p. 778).

O SUS garante à população todos os tipos de serviços, desde ações preventivas e de promoção da saúde até serviços de recuperação, dos mais simples aos mais complexos, como transplantes, sendo, atualmente, a mais completa política pública inclusiva, universalista, igualitária, que promove a pessoa humana e conta com a participação da sociedade em sua definição e fiscalização (democracia participativa) (SANTOS e ANDRADE, 2009, p. 783).

Entre as diretrizes do SUS estão a descentralização, que envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poderes e recursos da esfera federal para a municipal; o atendimento integral, priorizando as ações preventivas, tratando cada pessoa como um ser indivisível e membro de uma comunidade e prestando serviços de saúde em diversos níveis de atenção; a participação da comunidade na gestão, por meio do controle social, ou seja, a representação dos usuários nas

Unidades de Saúde, nos Conselhos e nas Conferências de Saúde (SOUZA e COSTA, 2010, p. 511).

A categoria "idoso" concentra parte da população em um único grupo, com base no critério etário (60 anos ou mais), porém não podemos aceitar que se fica velho aos 60 anos, pois o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto ao envelhecimento colaboram para a dificuldade na elaboração de políticas específicas para esse grupo (BRASIL, 2006).

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas (PLANO DE MADRI. 2002, Artigo 6°).

O Envelhecimento Ativo tornou-se o eixo central da política de saúde brasileira voltada a tal grupo; assim, a proposta é de envelhecimento saudável, englobando integração entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (SIQUEIRA, 2014, p. 61). Trata-se do processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. A palavra "ativo" refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (WHO, 2005, p.13).

Dessa forma, para que os indivíduos alcancem as condições favoráveis de saúde, participação e segurança, é preciso manter a autonomia e a independência. Autonomia é a capacidade de controlar e tomar decisões pessoais de acordo com suas próprias regras e preferências. Independência é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, ou seja, viver independentemente na comunidade. Tais habilidades podem determinar diretamente a qualidade de vida do indivíduo, ou seja, percepção sobre si mesmo no mundo (OMS, 1994, p. 32).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, sem qualquer tipo de dependência funcional, a partir da proposta da OMS denominada "Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde", que ressalta que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa.

Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não são privilégios apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades (BRASIL, 2006).

Para a implementação das políticas públicas voltadas ao envelhecimento, foram elaborados, no Brasil, alguns documentos. O primeiro documento é a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, com o objetivo de assegurar direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. O segundo é o Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, no qual os indivíduos de 60 anos ou mais passam a ter direitos específicos regidos e legitimados por lei estatutária. Em 1999, o governo aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Esta política tinha como diretrizes centrais; a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da autonomia e da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Em 2006, o Ministério da Saúde fez uma revisão e aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - (PNSPI) (Brasil,2006), determinando que os órgãos e entidades responsáveis elaborem ou adaptem planos, projetos e atividades com a finalidade de recuperar, manter e promover a independência e a autonomia dos idosos, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse mesmo ano, o SUS criou o Pacto pela Saúde, enfatizando as necessidades de saúde da população brasileira, que dentre as prioridades do Pacto

pela Vida insere-se a Saúde do Idoso seguindo "diretrizes" e "ações estratégicas" específicas (BRASIL, 2006, p. 9),

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006, publicado na Portaria/GM nº 399, contempla o Pacto firmado para mudanças significativas para a execução do SUS. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto na situação de saúde da população brasileira, em que se definiram prioridades a serem estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Entre as prioridades pactuadas está a Saúde do Idoso, que representa um avanço importante a este grupo.

Conforme o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde - (DPS) 2006, publicado na Portaria/GM nº 399, o trabalho nesta área deve seguir as diretrizes descritas a seguir.

1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
2. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
3. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção.
4. A implantação de serviços de atenção domiciliar.
5. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
6. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
7. Fortalecimento da participação social.
8. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
9. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
10. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
11. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

As ações estratégicas definidas pelo Pacto pela Saúde voltadas às pessoas idosas são as que seguem.

- a. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- b. Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - Para a indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,
- c. Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado a profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- d. Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- e. Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- f. Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- g. Atenção domiciliar - Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica tem grande importância no SUS, para a superação (ou tentativa) do modelo hospitalocêntrico e predominantemente centrado na doença. Estudos apontam para condições de saúde potencialmente melhores em países/regiões com maior número de pessoas assistidas por uma atenção primária consistente (SUMAR e FAUSTO, 2014, p. 203).

A Política Nacional de Atenção Básica tem como um dos seus fundamentos efetivar a integralidade de ações programáticas e demanda espontânea, articular

ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenar o cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007, p. 5).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio para construir uma nova perspectiva em relação à atenção primária, substituindo o modelo biomédico por novas práticas assistenciais, rompendo com práticas convencionais de saúde, gerando mais interação e respeito entre profissional e usuário (LINARD, CASTRO e CRUZ, 2011, p. 547). Está organizada com a conformação de equipes profissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo em vista diretrizes relacionadas à definição de território e população de abrangência, buscando integração do sistema e coordenação do cuidado (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011, p. 523).

O Pacto pela Vida apresenta em seu item F o Fortalecimento da Atenção Básica, com os objetivos descritos em seguida.

- a. Assumir a estratégia de Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças locais regionais.
- b. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em Medicina da Família.
- c. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios.
- d. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos.
- e. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde - UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços
- f. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- g. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

- h. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- i. Apoiar modos diferentes de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades locais e regionais.

Como já verificamos em nossos estudos, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi implantada em 2006 pela portaria 2.528, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para essa finalidade, em consenso com os princípios e diretrizes do SUS, para todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Tal política aborda a necessidade de enfrentamento de desafios como a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, assim houve a necessidade de se estabelecer suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, por meio da atenção básica e Estratégia Saúde da Família, a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa e a implementação insuficiente das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estão apresentadas em seguida:

1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
2. Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa.
3. Estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção.
4. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
5. Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
6. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
7. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

4.2 Envelhecimento e Políticas Públicas

Como estamos verificando, o aumento no número da população idosa mundial já é uma realidade, como apresenta as projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações). Este parece ser um dos principais desafios da atualidade, considerando-se os diversos aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, entre eles as mudanças fisiológicas, as questões sociais individuais e coletivas, questões relacionadas à identidade, saúde e ao processo de luto diante das perdas. Esse aumento da população idosa pode ser responsável pela maior demanda de idosos institucionalizados (NOËL-MILLER, 2010, p. 370). A questão do envelhecimento, portanto, não está limitada ao idoso, apenas, mas a todo o contexto ao qual ele está inserido, desde a família nuclear às políticas públicas.

O processo de envelhecimento provoca a diminuição das habilidades do indivíduo em desempenhar suas funções diárias e gerais do meio. Algumas características desse processo devem ser abordadas e soluções para minimizá-las devem ser estudadas. Entre elas está a perda da audição, a queda da perspectiva cognitiva do idoso que traz a diminuição da memória de curto prazo, da velocidade de processamento da informação e da memória visual. A deficiência de um dos sentidos simboliza, para o idoso, uma série de preocupações sobre o envelhecimento e o início de sintomas e limitações relacionadas a esse fator.

Na questão legal, todos os aspectos são muito recentes, principalmente ao referir-se à transição demográfica e ao aumento do contingente etário de idosos, o que acarretou em transformações socioeconômicas e a necessidade de se estabelecerem, neste âmbito, dispositivos que não só averiguasse, mas, também, dessem condições da manutenção e do ganho de determinadas condições essenciais para a vida do idoso, considerando-se as inúmeras esferas de seu ser.

Assim, nesse contexto, a abordagem psicológica ocupa-se das questões relacionadas aos sentimentos e emoções dos indivíduos e, diante do processo de envelhecimento, como este está sendo compreendido e vivido pelo indivíduo, considerando-se as suas relações e interações mantidas ao longo de sua vida. Para

isso, é importante considerar o contexto no qual este indivíduo está inserido, bem como suas particularidades.

Segundo Moraes et al (2010), o ciclo de vida compreende a infância, adolescência, fase adulta (adulthood) e velhice. Cada uma dessas fases apresentam características próprias (quadro 1), porém o que se deve buscar em todas elas é que seja vivida com qualidade. Dados estatísticos apontam o aumento na expectativa de vida e, por isso, a necessidade de observar atentamente o desenvolvimento de cada uma das etapas da vida.

Quadro 1: Ciclos da vida

0 a 12 anos	Infância	12 anos	60 anos
12 a 18 anos	Adolescência	6 anos	
18 a 59 anos	Adulthood	41 anos	
≥ 60 anos	Velhice	60 anos	60 anos
120 anos	Limite biológico estimado para a vida		

Fonte: MORAES et al (2010)

Ao longo dos anos, muitas mudanças ocorrem com o nosso corpo, de ordem física e cognitiva, mas também vamos modificando a maneira de nos relacionar com os outros e também nos pensamentos e ações individuais (BEE, 1997). A redução da memória é aparente, também a aposentadoria ocorre nessa fase, ou seja, a perda da função profissional e o luto pela perda de familiares e amigos. Enfim, este é um momento para refletir em como lidar com tantas mudanças e adaptar-se a elas.

O ciclo de vida não é estático, mas dinâmico, possibilitando fazer escolhas ao longo dos anos. O ato do nascimento não basta para o desenvolvimento integral do ser humano. Para que isto aconteça de forma saudável, é preciso aprender e compreender as transições da vida (NOËL-MILLER, 2010, p. 371). Algumas mudanças são esperadas que ocorram ao longo da vida, foram estudadas e comprovadas, porém, nas relações humanas, o indivíduo precisa aprender através das suas vivências.

Geib (2012) ressalta que as consequências percebidas nos aspectos físicos dos idosos são provenientes de fases anteriores, como na juventude. Muitas

doenças crônicas, por exemplo, poderiam ter suas taxas reduzidas ou até evitadas se não houvesse o consumo de tabaco, o uso abusivo de álcool, hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo. É preciso atentar-se para o estilo de vida que o indivíduo possui e considerar tanto aspectos centrais como também determinantes periféricos.

Muitas vezes, o sentimento nessa fase da vida é de solidão, cansaço, tristeza ou, ainda, depressão, por ter que depender de outras pessoas, impossibilidade de realizar tarefas que antes não tinha dificuldades, também medos, como os de incapacidade, de dependência total, do abandono e da morte. O risco de depressão aumenta com a idade, associado a muitos fatores da vida diária como a qualidade dos relacionamentos mantidos e o acesso à rede de apoio (TIEDT, 2010, p. 240).

Em outros momentos a sensação é de dever cumprido, de ter vivido de maneira plena, conquistado muitas experiências, de ter constituído uma família. Um sentimento de felicidade plena. A maneira de sentir dependerá das escolhas feitas durante a vida, do cuidado com a saúde, da manutenção das redes de apoio, da construção mental e do conceito de qualidade de vida.

Em cada fase da vida, desde o nosso nascimento, precisamos nos adaptar à realidade, enfrentando dificuldades e desafios, cada um com a particularidade do momento em que está vivendo. Porém, o elemento que deve estar sempre presente é o apoio de outros, seja de familiares ou amigos. Nossas decisões são individuais, mas o caminho para se chegar a elas tende a ser mais tranquilo quando encontramos ajuda e pessoas que confiamos e, sabemos, nos acompanharão pelo trajeto.

A realidade do idoso pode variar, pois depende muito das relações estabelecidas e é durante esse processo de envelhecer que esses idosos podem continuar em sua casa, com a sua rotina, porém, outros poderão ser institucionalizados, o que representa uma situação específica e que merece atenção especial. Muitos são os estudos específicos nessa área.

Grande parte da população idosa que está nas instituições são viúvos, ainda que tenham passado pelo processo de ajuste da rotina (NOËL-MILLER, 2010, p. 370), o que justifica o sentimento de medo do abandono. A ida para a instituição normalmente ocorre após a perda do companheiro, ou quando os filhos, cada um com sua rotina, não se encontram disponíveis por questões práticas de trabalho e

horário, mas também por questões emocionais e afetivas. Alguns têm dificuldades de aceitar ver o pai ou a mãe, fragilizados ou, ainda, acreditam que na instituição ocorrerá uma identificação com os outros idosos, pelas histórias de vida, de perdas e ganhos, o que, em muitos casos, realmente acontece. Nesse caso, outra questão passa a ser importante de ser estudada, a rede social.

As redes de apoio representam os laços estabelecidos entre as pessoas. Muitas vezes, esse convívio atua como único recurso para aliviar as pressões e preocupações do cotidiano (GEIB, 2012, p. 129-130).

Esse apoio pode ser informal, definido como auxílio externo oferecido, caracterizado por uma troca de afeto, ajuda com afazeres do cotidiano, nas decisões e outras questões particulares.

Já o apoio formal conta com situações de envolvimento em atividades, como sair com amigos, frequentar reuniões e realizar atividade física (NUNES, BARRETO & GONÇALVES, 2012, p. 416-417) e de lazer.

Em nossos estudos verificamos em uma pesquisa desenvolvida por Santana (2011) ressaltou como elementos centrais da representação social na atividade física na velhice, o "bem-estar; dança; felicidade; e saúde". Como elementos periféricos, destacaram-se "amizade e conhecimento". Assim aproveitamos e muito destas conclusões do trabalho analisado, considerando-se que os elementos periféricos podem influenciar nas mudanças nos elementos do núcleo central. Esse estudo analisado concluiu que, após as atividades, os idosos apresentaram modificação no modo de pensar e viver o processo de envelhecimento.

Em relação à família, é importante avaliar a qualidade e a estrutura entre os membros (NOÊL-MILLER 2010, p. 370). As responsabilidades de cuidar dos filhos, as preocupações do trabalho e outras se vão, fica o vazio. Nas etapas finais do processo de envelhecimento, pode ocorrer a aproximação ou o afastamento da família.

Quando situações complicadas, como dificuldades ou até mesmo doenças aparecem neste contexto os membros da família podem de unir mais ou, também, diante das dificuldades, podem não aceitar e até negar que o problema exista, ficam impacientes e parecem não compreender que o contexto é outro, não se disponibilizando a seguir o caminho juntos.

Todas essas situações podem contribuir para o sucesso ou o fracasso do processo de envelhecimento, questões individuais e coletivas precisam de atenção, conhecimento e pesquisa; o acesso às orientações e às intervenções deve ser facilitado, propiciando melhor compreensão da realidade, de forma a buscar sua transformação.

Com o processo de transição demográfica, reflexo no envelhecimento populacional, é fundamental a manutenção e ampliação da qualidade de vida, bem como do atendimento das demandas biopsicossociais deste grupo populacional. Para tanto, é imperativo um planejamento estratégico contínuo e integrante, o qual atenda a tais questões que surgem e ampliam-se, dia a dia (BARREIRA & VIEIRA, 2004, p. 332). Pelas próprias características morfofuncionais do idoso, suas limitações e possíveis fragilidades biossociais, há a necessidade de mais atenção para com estes (ANTUNES, 2012, p. 14).

Apoiando tais narrativas, no âmbito legal, há uma fundamentação teórica abrangente e com perspectivas, os quais se tornaram os pilares para a abertura e a conquista destas demandas biopsicossociais. Assim, por exemplo, segundo a Constituição Federal - CF de 1998, em seu artigo 203, explicita que a proteção social do idoso é dever do Estado, bem como direito do cidadão (BRASIL, 1998). Na mesma linha, em 1994 com a Lei nº 8.842 assegurou-se, definitivamente, em teoria, os direitos sociais do idoso, ao criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). O mesmo feito foi ampliado em 2003, ano em que foi sancionado o Estatuto do Idoso, com ampliação dos direitos do idoso, inclusive no que diz respeito à proteção integral e da prioridade do idoso (BRASIL, 2003). Com este Estatuto houve a união de várias leis e políticas existentes com a incorporação de novos itens, visando um tratamento igualitário da população (CAMARANO & PASINATO, 2004, p. 253). Nesta perspectiva, entra em foco a concepção de assistência social como política pública, que objetiva essencialmente a manutenção e a garantia da proteção social a quem necessite.

Entra em questão, neste momento, a assistência social ao idoso. Segundo a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, em seu Artigo 1º, define que a assistência social é dever do Estado e direito do cidadão, realizada em conjunto pela

sociedade e iniciativa pública para garantir o atendimento das necessidades básicas do ser humano (BRASIL, 1993). Em outras palavras, nesta questão, há um discurso baseado no estímulo à participação dos setores público e privado na atuação e construção diária destas políticas ou, em outras palavras, onde haja o compartilhamento das responsabilidades, atuações e ações de proteção e assistência ao idoso entre Estado, sociedade e família.

Ressalta-se que, quanto a questões regulamentadoras, há tendência de descentralização administrativa que integra as três esferas do poder, sem que haja o descarte das necessidades locais e particularidades sociais de cada ser humano. Aliada a este ponto, encontra-se a garantia da participação da população, principalmente quanto à questão do controle social (GOMES et al., 2009, p. 11).

Outro ponto a se destacar são os tipos de atendimento disponíveis aos idosos em situações que envolvam vulnerabilidade: a proteção social básica, o qual se configura em serviços e projetos com o intuito de prevenir o isolamento e o abrigo do idoso e a proteção social especial, o qual se constrói no atendimento a pessoas idosas vítimas de violência física, psicológica, abandono, abuso sexual ou negligenciado (GOMES et al., 2009, p. 19).

Desse modo, são perceptíveis as inúmeras ações voltadas ao idoso, principalmente a respeito da inserção socioeconômica do idoso (FERNANDES & SANTOS, 2006, p. 56). Todavia, a situação real e cotidiana do idoso é oposta a este panorama teórico. A principal dificuldade na implantação destas leis está no rápido crescimento populacional, fruto da transição demográfica brasileira, o qual ocasiona distorção funcional das responsabilidades sobre e com o idoso, fruto da precariedade estatal (SANTOS & FÁTIMA e SILVA, 2013).

Corroborando com estas premissas, Antunes (2012, p. 13) disserta que, apesar dos grandes avanços na questão legal, há diversas questões que não são averiguadas, como a não realização de ações efetivas em prol do idoso, a falta de esclarecimento de como são ofertados os serviços, bem como sua avaliação e a prestação de contas das verbas destinadas a estas finalidades.

Ademais, referencia-se que outras pequenas, mas importantes conquistas que foram alcançadas ao longo dos anos e que, gradativamente, conforme já exposto vão conquistando seu espaço na sociedade contemporânea, apesar dos

percalços existentes para sua implantação integral. Em 2006, foi instituído o Dia Nacional do idoso, onde os órgãos públicos ficaram com a responsabilidade de gerir e implantar a Política Nacional do Idoso (PNI), focalizando-se na valorização da pessoa idosa. Em 2009, através da Lei Federal nº 12.008, pessoas idosas, com doenças graves ou portadoras de necessidades especiais conquistaram a prioridade na tramitação de processos administrativos e judiciais (Brasil,2009). Em 2010, a Lei nº 12.213 instituiu o Fundo Nacional do Idoso - FNI que autoriza a dedução do imposto de renda para doações, que viabilizem programas para os idosos (BRASIL, 2010).

Assim, neste contexto, faz-se necessária a adesão de diferentes profissionais para a melhoria da qualidade de vida desta população, bem como para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI. Pois na esfera das políticas públicas, deve ser ressaltado que o âmbito legal está muito bem fundamentado e apresenta vários avanços, sendo o mais notável, o estatuto do idoso e as leis que privilegiam a acessibilidade e norteiam a conquista de melhor autonomia e qualidade de vida dos idosos. Todavia, o reflexo disso nas ações das esferas governamentais em sua implementação é muito precária e necessita de mais empenho para a plena estabilização destas.

A abordagem interdisciplinar na assistência social deve atuar prezando pela qualidade de vida dos usuários atendidos. Profissionais de áreas diferentes oferecem atendimento centrado no usuário, cuidando, principalmente, para que as relações sociais permaneçam saudáveis e equilibradas. Além disso, os serviços públicos devem garantir o acesso à informação dos direitos da população atendida.

4.3 Estatuto do Idoso

O envelhecimento e a idade avançada são problemas internacionais de interesse, cujos conceitos ou ideias são foco em problemas mundiais semelhantes. O envelhecimento populacional é, atualmente, um fenômeno demográfico mundial e em plena expansão, causando desigualdades socioeconômicas e representando um desafio importante à sociedade na aprovação e na proteção efetivadas políticas públicas, que visem, por lei, a respeitar os mais velhos, as suas necessidades e

aspirações. Problemas sociais são variados e nossa sociedade não desenvolveu o suficiente para atingir a importância do comprometimento com o bem-estar do idoso e do empenho social para lhes proporcionar um envelhecimento digno (FEIJÓ & MEDEIROS et al, 2011).

Por décadas o Brasil foi considerado um país jovem, porém esse conceito está mudando devido ao número cada vez mais alto de idosos, tendo-se em conta a expectativa de vida cada vez mais alta em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Estima-se que devido aos avanços científicos e técnicos, ao final do século XXI, o número de idosos, representará cerca de 15% da população (MENDONÇA, 2008).

A primeira constituição que se preocupou em defender os direitos do idoso foi a de 1988, em seu Capítulo VII da Família, da criança, do adolescente e do idoso, que no Artigo 230 refere que a "família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas. assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida". (BRASIL, 1998).

Os direitos dos idosos assegurados na Constituição de 1988 foram regulamentados através da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (Lei nº8.742/93). Entre os benefícios mais importantes proporcionados por esta Lei, constituiu-se o Benefício de Prestação Continuada, regulamentado em seu artigo 20, que consiste no repasse de um salário-mínimo mensal, dirigido às pessoas idosas e às portadoras de deficiência que não tenham condições de sobrevivência, tendo como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho (Gomes, 2002), objetivando a universalização dos benefícios e a inclusão social. apesar de algumas perspectivas na formação de políticas públicas estarem presentes em legislações passadas quanto aos direitos das pessoas idosas, só a partir da década de 1970 houve um despertar para a questão social do idoso, que resultou na aprovação da Lei 8842/94, instituindo a Política Nacional do Idoso que ampliou significativamente os direitos dos idosos, concedendo condições para promoção da autonomia, integração e participação na sociedade (RODRIGUES, 2001).

O Ano Internacional do Idoso, em 1999, e a Campanha da Fraternidade, em 2003, solicitaram mais atenção aos idosos, destacando a importância para esse segmento da população, salientando a necessidade de mais pesquisas nesse campo, porém muito pouco se avançou em práticas significativas (OLIVEIRA, 2007). Após anos de discussão, foi aprovado pelo Congresso Nacional, em primeiro de janeiro de 2004, o Estatuto do Idoso - EI - (Lei nº10.741/2003), que foi fruto da organização e mobilização de várias entidades sociais e civis (CAMARANO & MEDEIROS, 1999). Segundo Uvo & Zanatta (2005), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país; a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas. Estabelece prioridade absoluta às normas de proteção ao idoso, enumerando novos direitos e criando vários instrumentos específicos de proteção, os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2004).

O Estatuto do Idoso resgatou os princípios constitucionais que garantem aos cidadãos os direitos que preservam a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, gênero, cor e idade, conforme o artigo 3º inciso IV da Constituição da República Federativa do Brasil (OLIVEIRA, 2007). É um avanço sócio jurídico de grande importância na defesa dos direitos da população idosa (PAZ & GOLDMAN, 2006).

Sem dúvida, a homologação do Estatuto do Idoso foi um grande passo para o sistema de normas brasileiras, pois no artigo 230º da Constituição Brasileira de 1988, que aborda sobre os princípios e direitos dos idosos, onde ressalta que "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida", nota-se que ao necessitar de normas para assegurar direitos constitucionais, é indício que as mesmas não são acatadas. (FEIJÓ & MEDEIROS et al, 2011).

Assim, normas mais peculiares foram, então, concebidas para regimentar as leis infraconstitucionais, sempre acompanhando os conceitos evidenciados no conteúdo constitucional (ROCHA, 2003).

Em vista deste panorama aqui exposto, tornou-se para nós impreterível um estudo mais detalhado sobre o Estatuto do Idoso para que ele seja melhor compreendido e aplicado.

a) Disposições Preliminares

O estatuto estipula em seu artigo primeiro a faixa etária da população idosa como 60 anos, no entanto, algumas políticas colocam como 65 anos faixa etária mínima para o seu início, como o caso das leis previdenciárias que colocam para o objetivo do benefício da aposentadoria a idade de 65 anos para homens e 60 para as mulheres. Do mesmo modo, a concessão do benefício assistencial a idade mínima de 65 anos, tanto para homens quanto para mulheres. O grande proveito deste indicador de idade para estabelecer este público-alvo para as políticas públicas seria a clareza de sua comprovação (CAMARANO & MEDEIROS, 1999).

A nossa Constituição de 1988 não permite nenhum modo de distinção por faixa etária e confere ao Estado, à sociedade e à família a responsabilidade de apoiar o idoso, garantir sua participação na comunidade, proteger sua dignidade e bem-estar e assegurar seu direito à vida (FONSECA & GONÇALVES et al, 2003).

Constatamos também certificados como o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade. Assim verificamos a enorme influência de nossa Constituição Federal, pois de acordo com seu artigo 30º, inciso IV, é determinado como uma das finalidades principais de nosso País a promoção do bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão, bem como de raça, origem, gênero, cor e quaisquer outros tipos de discriminação. Pertinente à dignidade no que se refere à relação à proteção do idoso e do ser humano, estes devem estar abrigados através dos direitos sociais, tendo estas prioridades no atendimento das políticas públicas, tais como: moradia, transporte, educação e saúde (MENDONÇA, 2008).

Verificamos que o Estatuto do Idoso, além de confirmar os direitos fundamentais de cidadão, sugere o atendimento preferencial, imediato e individualizado para o idoso em órgãos públicos e privado, preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção; viabilização de

formas alternativas de participação, ocupação e convívio com as demais gerações; priorização do atendimento na família, em detrimento do atendimento asilar ou conforme algumas ressalvas. Sabendo da inaptidão da sociedade no cuidado ao idoso, propõe meios de promoção para habilitar e maior comunicação de conhecimentos sobre o envelhecimento, como simpósios, encontros, seminários, estudos, pesquisas, artigos sobre a condição social do idoso com objetivo de um melhor atendimento (FONSECA & GONÇALVES et al, 2003).

Em acontecimentos em que o idoso precise de amparo ou quando seus direitos não estiverem sendo executados, as queixas devem ser relatadas aos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Estadual do Idoso, Conselho Nacional do Idoso. Os profissionais de saúde ou o responsável por estabelecimentos de saúde e/ou o responsável por instituição de longa permanência que não comunicarem à autoridade competente crimes contra os idosos serão punidos. A não comunicação referente às manifestações que possam causar ao idoso alguma lesão física e/ou moral recebe punição pelo Código Penal. Assim, possuímos um dever moral e legal de resguardar a dignidade da pessoa idosa (ROCHA, 2003).

b) Dos Direitos Fundamentais

No que diz respeito a direito à vida - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de proteger o idoso, assegurando-lhe o direito à vida, garantindo a este melhores condições de vida, proporcionando-lhe o acesso aos bens culturais, sua participação e integração na comunidade (FONSECA & GONÇALVES et al, 2003)

O estatuto realça os direitos fundamentais à liberdade, ao respeito e à dignidade do idoso, ressaltando-o como sujeito de direitos. Sendo assim, é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. Pelo Estatuto, o direito à liberdade entende-se como a faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais. Envolve também a opinião e expressão, a liberdade de crença e culto religioso, a prática de esportes e de diversões, a participação na vida familiar e comunitária, a participação na vida política, na forma da lei, a faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação (ROCHA, 2003).

A obrigação alimentar estende-se como um dever assistencial, sendo primeiramente legado à família, porém na ausência de parentes em condições econômicas de prover o sustento de quem tiver mais de 60 anos de idade, a obrigação passa a ser do Poder Público, no âmbito da assistência social.

Quando falamos em direito à saúde - o idoso tem prioridade no atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o fornecimento de remédios (como hipertensão e diabetes) devendo ser oferecido gratuitamente, bem como a prótese e órtese. Os planos de saúde não podem sofrer reajustes em suas mensalidades conforme a faixa etária. Quando internado ou em observação em unidade de saúde, tem direito a um acompanhante. (Mendonça, 2008). O idoso tem o direito de receber assistência total à saúde pela rede pública; a assistência prioritária nas unidades de saúde e hospitais municipais, a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com programas e medidas profiláticas eficientes (FRANGE, 2004).

Já quando falamos da educação, cultura, esporte e lazer - o idoso tem direito a atividades e promoções culturais e de lazer, com preços reduzidos em 50% em todo o território nacional; o estímulo à participação de movimentos que objetivem atividades culturais; ao enriquecimento do registro da memória; o estímulo à participação em programas de lazer, esporte e atividades físicas que ofereçam melhoria da qualidade de vida.

A adequação de currículos, metodologias e material didático aos cursos educacionais oferecidos ao idoso, assim como técnicas de comunicação, computação e outros avanços tecnológicos; a inclusão de programas voltados ao processo de envelhecimento nos currículos mínimos dos vários níveis do ensino formal, para que se eliminem preconceitos e a produção de conhecimentos sobre o assunto; a inclusão da Gerontologia e da Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores; e o apoio à criação de mais universidades abertas à terceira idade (FONSECA & GONÇALVES et al, 2003).

Em relação a profissionalização e o trabalho - é garantido o exercício de trabalho profissional, respeitados seus limites físicos e psíquicos. É vetada a discriminação por faixa etária, inclusive nos concursos públicos, salvo casos que cargo o exigir. Oferecer preferência em casos de desempate, para aqueles com mais

idade. Confere também ao Poder Público incentivar a iniciativa privada a contratar os idosos, sendo nestes casos vetada a discriminação por idade, sendo o critério de idade o desempate em concursos públicos (ROCHA,2003).

A legislação previdenciária declara que, para fins do benefício da aposentadoria, a idade é de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres, pois considera esta a idade mínima para a perda da capacidade de trabalho (Mendonça, 2008). Também define aposentadoria por tempo de serviço de 35 anos para homens e 30 anos para mulheres (FRANGE, 2004).

A assistência social prevê aos idosos que não tiverem a condições de prover a própria subsistência, a partir dos 65 anos a concessão de 1 salário mínimo mensal, que não puder prover a própria subsistência, nem dispuser de família capaz de fazê-lo, será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993). É importante destacar que o idoso abrigado em asilo, mesmo sem qualquer custo para ele, tem direito ao benefício de prestação continuada, podendo os diretores destas instituições ser procuradores junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS (FONSECA & GONÇALVES et al., 2003)

O Estatuto reconhece que o direito à moradia é essencial ao ser humano e assim ressalta que o idoso tem direito à moradia digna, podendo ser no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando e se assim o preferir ou, ainda, em instituição pública ou privada. O Estatuto normatiza ainda que as instituições que acolherem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, constituindo infração administrativa a não observância destes requisitos (Rocha, 2003). É obrigatória a reserva de 3% das unidades residenciais para os idosos nos programas habitacionais públicos ou subsidiados por recursos públicos (FONSECA & GONÇALVES et al, 2003).

É garantida a gratuidade do transporte coletivo público urbanos e semiurbanos, sendo obrigatória a reserva de 10% dos assentos, com aviso legível. A comprovação da idade dar-se-á por meio de documento pessoal. No transporte coletivo interestadual serão garantidas duas vagas gratuitas aos idosos e o desconto

de 50% àqueles que excedam as vagas gratuitas. Sendo requisito para tal direito que os mesmos tenham renda inferior a dois salários mínimos (ROCHA, 2003).

c) Das Medidas de Proteção

Uma das principais características da realidade dos países latino-americanos é a desigualdade socioeconômica que, apesar de assolar a população como um todo, sempre se sobressai nos menos favorecidos, sejam estes pela ótica social, biológica ou financeira. Reduzindo o foco para o Brasil, podem-se destacar dois pilares históricos neste contexto: até os anos 1930, com a formação de um sistema de proteção social e com a Constituição de 1988 e com a instituição da seguridade social (FÁTIMA e SILVA & YAZBEK, 2008).

Neste âmbito, segundo o Estatuto do Idoso, em seu artigo 43º, as medidas de proteção serão sempre aplicáveis em quaisquer situações que envolverem o idoso em sua constituição biopsicossocial, seja esta por omissão de órgãos competentes, família ou em razão de seu próprio ser. Aqui, Frange (2004) ressalta que estas medidas não devem ser confundidas com as penalidades também expostas no presente estatuto. Já no artigo 44º, é exposta a aplicação de medidas ao idoso com o intuito de fortalecer sua qualidade de vida e vínculos sociais. Também no artigo 45º, em complemento ao anterior, expõe a função do Ministério Público em zelar pela garantia dos direitos do idoso. Todavia, apesar desse aparato fundamental e legal, é plausível considerar que as políticas e leis não aplicadas refletem-se em nula eficácia, comprometendo todo o sistema prejudicando o principal protagonista em cena: o idoso (FONSECA et al., 2012). No tocante pessoal, é fato que o instrumento presente no estatuto é claro e consistente, mas conforme já exposto, seus determinantes devem ser colocados em prática no cotidiano, a essência está um dos principais percalços em sua integralidade.

d) Política de Atendimento ao Idoso

De modo geral, tal regulamentação fixa o dever das três esferas governamentais em garantir o atendimento ao idoso, principalmente em casos de maus-tratos, crueldade, abandono, bem como no cumprimento das políticas sociais básicas (FRANGE, 2004).

As entidades que atendem idosos permanecem sujeitas ao Estatuto do Idoso. Em casos como as Instituições de Longa Permanência, estas devem preservar os

laços com os familiares (quando possível), garantindo os direitos e deveres da pessoa idosa, zelando pela sua qualidade de vida, incluindo alimentação, saúde, higiene e outros cuidados pessoais básicos. Compreende-se aqui o estudo social em casos particulares, com o intuito de garantir a preservação biopsicossocial (BRASIL, 2003). Tais ações compreendem a valorização da pessoa idosa, preparando a sociedade para o auge da transição demográfica (FRANGE, 2004).

Conforme previsto em lei, as Entidades serão fiscalizadas por órgãos competentes destinados a tais ações, sempre respeitando-se a legislação que protege e estabelece os direitos aos idosos. Nas Entidades em que forem constatadas irregularidades, estas sofrerão sanções, incluindo desde advertências, suspensão de verbas públicas e fechamento da instituição (BRASIL, 2003).

Quando a Entidade ou profissional de saúde da entidade deixar de cumprir com suas funções ou for constatado algum desvio de suas determinações, como a não priorização ao idoso, este sofrerá multas e, em casos graves, a suspensão das atividades da Entidade (BRASIL, 2003)

Conforme estabelecido anteriormente para a fixação das penalidades, haverá testemunho para a comprovação e a fixação de prazos para o pagamento das multas, bem como a apresentação de defesa (BRASIL, 2003).

Aqui o Ministério Público - MP, conforme regulamentação, atuará de modo a preservar a dignidade da pessoa idosa, decretando ações diversas quando necessário (BRASIL, 2003).

e) Do Acesso à Justiça

Nos termos constitucionais, o idoso é sujeito de direitos, sendo assegurada prioridade em processos, procedimentos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa em qualquer instância, desde que tenha idade igual ou superior a 60 anos.

Pela Constituição Federal, é impedido qualquer tipo de discriminação por idade e atribuí à família, ao Estado e à sociedade assegurar sua participação na comunidade, seu bem-estar, seu direito à vida e o dever de amparar o idoso (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso determina os direitos básicos de cidadania, propõe atendimento preferencial, imediato e individualizado para o idoso em órgãos públicos

e privados, preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção; criação de formas alternativas de participação, ocupação e convívio com as demais gerações; priorização do atendimento na família e em detrimento do atendimento asilar (BRASIL, 2003).

Entretanto, na interpretação dos dispositivos legais para o idoso, a justiça deve buscar a harmonia entre a preservação dos interesses do idoso, facilitando-lhe o acesso; o equilíbrio entre as partes do processo, não podendo extrair um tratamento discriminatório incompatível com a condição do idoso e preservar os interesses relevantes para a ordem pública (YARSHELL, 2004).

f) Dos Crimes

Toda pessoa idosa deve ter direito à liberdade, respeito e a dignidade, sem qualquer tipo de tratamento desumano, violento ou constrangedor, salvo pelo Estado, sociedade e pela família, estando, portanto, protegida a integridade psíquica, moral e física do idoso. Segundo a American Medical Association, por abuso entende-se qualquer ato de comissão ou omissão que resulta em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa (SWAGERTY et al. 1999).

Como direito estabelecido por lei, todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência, maus-tratos ou desrespeito ao idoso. São definidas em literatura, como formas mais comuns de violência familiar contra o idoso: abusos físicos, entendidos como ações agressivas e brutais; abusos psicológicos, definidos como as diversas formas de privação ambiental, social ou verbal; a negação de direitos, as humilhações ou o uso de palavras e expressões que insultam ou ofendem; os preconceitos e a exclusão do convívio social; abusos financeiros ou a exploração e a negligência, entendida como a situação na qual o responsável permite que o idoso experimente sofrimento (FERNANDES, 1999).

A notificação da violência contra o idoso, exigida pela lei, tem um papel fundamental no combate à violência contra o idoso, podendo ser um instrumento de proteção aos direitos do idoso, e uma medida que permite articular ações e recursos públicos e privados que somem esforços para promover ações solidárias e

reconstruir relações afetivas. Se os saberes e as práticas institucionais valerem-se da notificação para ampliar a análise da dinâmica das relações intra e extrafamiliares; para ampliar a compreensão dos modos como as condições sociais, econômicas e culturais afetam a dinâmica familiar; e se essa compreensão puder contribuir para criar alternativas de intervenção sobre os conflitos, então a notificação pode ser o primeiro passo na proteção do idoso e na defesa de seus direitos.

Comumente se somam outras dificuldades para o idoso ao denunciar toda e qualquer violência: a vergonha, humilhação e o constrangimento, devido à perda de autonomia e as possíveis consequências como uma punição a seu familiar. Assim, os desafios da violência contra o idoso devem ser analisados. Há inúmeros idosos com familiares em dificuldades econômicas ou sobrecarregados do cotidiano, propiciando a violência contra o idoso (FONSECA & GONÇALVES et al, 2003).

Assim, diante dos aspectos apresentados aqui fatores demográficos, culturais e econômicos constituem a questão do idoso como um assunto de extrema importância para a sociedade como um todo, assim a criação do Estatuto do Idoso representou uma mudança de paradigma, pois ampliou princípios de proteção em uma classe da sociedade tão vulnerável. Surgiu, principalmente, para a necessidade de efetivar as diversas conquistas já alcançadas. Porém, é imprescindível que o Estatuto do Idoso seja mais divulgado à sociedade, aos idosos e principalmente aos profissionais e aos familiares.

4.4 Envelhecimento Ativo: um olhar na óptica do ser Biopsicossocial

Ao longo dos séculos, com o desenrolar do desenvolvimento das sociedades humanas, vários percalços marcaram tal trajetória, impondo transformações marcantes. É notável afirmar que o ser humano está, atualmente, no ápice de um destes processos: o envelhecimento da população mundial. A ampliação da esperança de vida deve-se, em parte, às melhorias tanto nos serviços de saúde como na oferta de tratamento e medicamentos, os quais se refletem em aumento da qualidade de vida (LOPES & GONÇALVES, 2012, p. 180). Em particular, ao observar o panorama do envelhecimento da população brasileira, é possível estabelecer um panorama em que se analisa que este ocorreu de forma muito

intensa e rápida, ocorrendo em poucos anos. Tal fato ocasiona enfrentamentos sociais, econômicos, políticos e, principalmente, na área da saúde. Logo, o envelhecimento deve ser encarado como um conjunto de transformações biopsicossociais (COSTA SANTOS, 2010, p. 1036).

Nesta questão, entra em cena o chamado envelhecimento ativo, um de nossos principais temas neste estudo é sinônimo, nesta situação, de envelhecimento saudável, com o aparecimento, em proporções menores, das alterações ao longo dos anos, o que pode se refletir em uma melhor qualidade de vida para o idoso.

Quando abordamos os temas senescência e senilidade, verificamos que a visão que se tem do processo de envelhecimento, comumente, está relacionada a doenças, estado de desorientação e regressão. No entanto, esta nem sempre é a realidade, pois, mesmo existindo perdas, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável. Diante de tal fato, é necessária a distinção entre senescência e senilidade (CIOSAK, 2011).

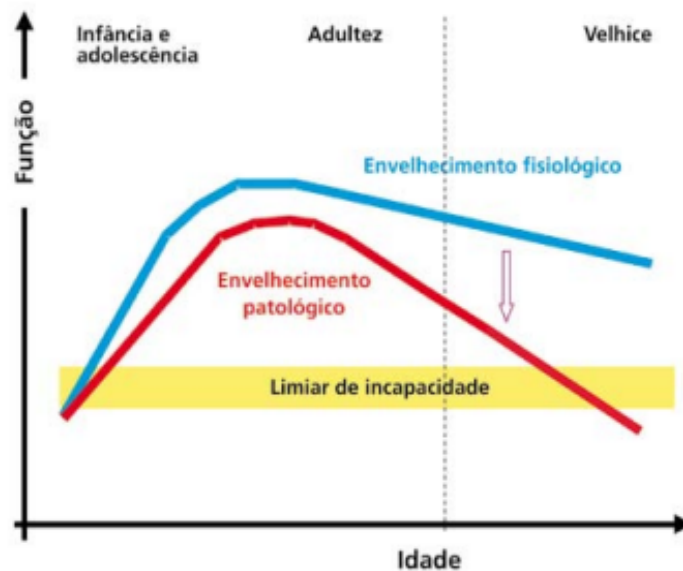
O envelhecimento caracterizado como senescência é considerado natural e saudável, um fenômeno anatomofisiológico identificado pela idade cronológica, no qual há diminuição sincronizada da reserva funcional. O termo senilidade representa o envelhecimento não saudável, associado a uma condição patológica, caracterizando-se pelo declínio físico de ordem cronológica. (AVERSI-FERREIRA; RODRIGUES; PAIVA, 2008; NEMAN; SILVA, 2011).

A senilidade não é exclusividade dos idosos, podendo ocorrer de forma precoce, devido a uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável por meio de alterações na coordenação motora, a alta irritabilidade, além de uma considerável perda de memória (DUARTE; SANTOS; GONÇALVES, 2002). Dessa forma, a linha divisória entre senescência e senilidade pode ser tragada a partir da capacidade funcional e da cognição (FIGUEIREDO, 2007).

Um grande desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que ela possa viver com a máxima qualidade possível, compreendendo o contexto sociocultural e fortalecendo a responsabilização e o entendimento das condições limitantes e das potencialidades (CIOSAK, 2011).

No Gráfico 1 verificamos a análise entre as etapas (ciclo) da vida e a funcionalidade global do organismo. Entre os seus 30 e 40 anos o ser humano chega ao ápice de suas funções orgânicas.

Gráfico 1. Funcionalidade global x idade



Fonte: MORAES et al(2008)

Já existe uma estabilidade quando chega aos seus 40 a 50 anos e daí em diante existe o que os autores, como Moraes et al (2010), chamam de declínio funcional, onde a pessoa começa a ter 1% ao ano de perda funcional Global. Assim, como podemos verificar, quanto tivermos maior a reserva funcional, conseqüentemente, menor teremos a reprodução do declínio fisiológico, que chamamos de envelhecimento fisiológico.

Neste contexto, a diferenciação entre os segmentos senescência e senilidade merece atenção, a fim de que um processo natural não seja tratado como uma doença e de que uma enfermidade não seja vista como algo saudável.

Já as alterações biológicas marcadas pelas modificações da morfologia humana; as fisiológicas ligadas diretamente às reações químicas e metabólicas no ser humano; as psicológicas, em que o ser humano precisa se adaptar às possíveis limitações e ao seu novo cotidiano, e as sociais, as quais são uma conseqüência de todas as demais transformações e podem levar a um processo de diminuição da

autoestima e qualidade de vida do ser humano. Em outras palavras, durante o envelhecimento fisiológico, o organismo perde progressivamente sua capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático com declínio gradual das funções fisiológicas (COSTA SANTOS, 2010, p. 1036; STRAUB et al., 2012, p. 1592).

As transformações biológicas mais visíveis neste processo são as que afetam primeiro as dimensões socioeconômicas dos indivíduos. Os sinais de déficits morfofuncionais surgem paulatinamente no decorrer da história da vida humana, sem causar grandes comprometimentos. Além disso, os sistemas biológicos em cada ser humano envelhecem de maneira única e diferenciada, o que acarreta grande variabilidade neste fenômeno (MORAES et al., 2010, p. 68).

No espectro cardiovascular, ocorrem manifestações de hipertensão fruto de distúrbios aórticos e ventriculares, bem como a ocorrência de baixa pulsação e ritmo respiratório, perda funcional na assimilação de alimentos, dentre outros processos. Em geral, há perda e comprometimento da produtividade fisiológica acompanhada pelo seu declínio paulatino (NETTO, 2004, p. 75).

Na área neurológica, há declínio lento e progressivo que culmina na perda de volume cerebral. Ao microscópico, evidenciam-se mudanças nos neurônios, com perda do RNA (ácido ribonucleico) citoplasmático, da substância de Nissl, além de depósito amiloide nos vasos sanguíneos e células, além da placa senil. Pode haver também sinais de demência senil, característico do emaranhamento fibrilar, o que resulta em diminuição da quantidade de células nervosas (atrofia neuronal). Outro ponto característico é a perda funcional dos sistemas dopaminérgicos e colinérgicos, refletindo menor ação dos neurotransmissores (MORAES et al., 2010, p. 68).

No campo da autonomia, o qual se liga ao sistema locomotor, basicamente, até os 25/35 anos de idade o ser humano apresenta ganho de massa óssea. Após esta faixa etária, ocorre a chamada osteopenia fisiológica, em que ocorre perda progressiva de massa óssea, todavia, ressalta-se que esta não acontece homogeneamente, devendo-se considerar diversos fatores. Nos idosos, sobretudo, a hipovitaminose D é uma das principais causas de osteopenia e osteoporose no envelhecimento. Aliado a este fato, ocorre uma grande diminuição da massa muscular. A musculatura do idoso produz menos força e desenvolve-se com mais lentidão as funções mecânicas (Rossi, 2008, p. 8). Ao lado destes, com o aumento

dos anos, ocorre um incremento do acúmulo de gordura, sobretudo na cavidade abdominal (PICOLI, et al., 2001, p. 456). Tais modificações podem contribuir para a perda da autonomia e refletir decisivamente na retração social do indivíduo.

Dentro desta cascata transformacional, salienta-se que não é satisfatório apenas expandir a contagem de anos vividos, mas, sim, investir para que o acréscimo da esperança de vida seja alicerçado com melhorias das condições, de tal forma que se possa desfrutar de um envelhecimento ativo e saudável (SANTOS & VICENTE, 2013, p. 371). Aqui se encaixa a definição pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2005, p. 13), o qual define envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, os quais visam à melhoria da qualidade de vida. Na mesma linha de raciocínio, segundo a mesma, a palavra "ativa" reflete exatamente a participação contínua nas diversas questões que envolvem a sociedade em geral, como os pontos socioeconômicos, não sendo meramente um atributo relacionado à capacidade de estar fisicamente ativo como força de trabalho.

Apesar disto, ainda persiste entre os idosos, as representações que ligam o envelhecimento ativo à existência de condições para a realização da prática de atividades físicas e ligadas ao lazer ou afazeres domésticos, vivendo com seus cônjuges e inseridos socialmente. Tal panorama reflete-se na autonomia funcional (FERREIRA, et al., 2012, p. 1069). De tal modo, esta configuração ainda é amplamente aceita como um conceito de envelhecimento ativo, já que com um idoso independente (face biológica), mas demais perspectivas, a social, a econômica, apresentam boa magnitude, refletindo-se positivamente em todos os determinantes, considerando-se o ser biopsicossocial.

De tal modo, envelhecer ativamente corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, a integralidade do ser humano inserido em um contexto social, em que o idoso é capaz de desenvolver suas potencialidades (FERREIRA, et al., 2010, p. 517). Aqui é necessário abordar os diversos determinantes de tal, e como estes se entrelaçam na construção do ser humano dentro desta significação. A OMS (2005, p. 10) definiu como determinantes fundamentais deste processo os serviços sociais e de saúde, os determinantes biossociais, os determinantes comportamentais, o ambiente físico, os determinantes socioeconômicos, sendo que

todos estes possuem um ponto em comum de interligação: cultura e gênero, os quais modelam as concepções do envelhecer em diferentes sociedades e épocas, atuando decisivamente neste processo. A divisão e união destes determinantes visam exatamente a construção de uma qualidade de vida dentro do envelhecimento, o qual o torne "ativo", ou em outras palavras, onde a saúde e a participação do idoso em sua comunidade torne-se um diferencial neste processo. Quanto à questão do gênero, homens e mulheres podem apresentar padrões distintos de envelhecimento ativo. Os primeiros praticam mais atividades físicas enquanto as últimas realizam mais atividades ocupacionais, como trabalhos domésticos, voluntários e auxílio a parentes (RIBEIRO, 2009, p. 506).

Quando estudamos os aspectos biológicos do envelhecimento ativo, o ser biopsicossocial é indissociável, ou seja, cada componente (biológico, psicológico e social) depende e influencia a outra. Todavia, a porção biológica é o primeiro eixo onde o ser humano percebe as alterações mais drásticas e, por isso, pode ser considerada a mais impactante na história de vida. Assim, nesta seção, é exposta a biologia do envelhecimento ativo.

Conforme exposto anteriormente, idosos que realizam atividades físicas ou mesmo atividades cotidianas, como afazeres domésticos ou trabalho voluntário, possuem maior autonomia, o que implica em melhores condições de saúde, principalmente do sistema musculoesquelético (FARIAS & SANTOS, 2012, p. 175). A prática regular de alguma atividade física contribui para a prevenção de doenças cardiovasculares e o câncer, sendo esta associada, como já mencionado, a uma melhor mobilidade, capacidade funcional e autonomia do decorrer do envelhecimento (MATSUDO, 2006, p. 137). Todavia, salienta-se que a prática de qualquer atividade e não necessariamente apenas a física, contribui para a melhoria do indivíduo como um todo, pois além da parte biológica, há maior inserção do idoso na comunidade, focando-se também no aspecto social (FERREIRA et al., 2012, 517).

Em outro ponto de vista, Mazzini Filho et al. (2010, p. 103) afirma que o envelhecimento humano, apesar de irreversível, é influenciado pela inatividade física. Assim, a prática física atua como retardador dos sinais e doenças no processo de envelhecimento, ou em outras palavras, contribui para a longevidade.

Outro ponto positivo na prática de atividades físicas é o relacionado à saúde mental. Pesquisas têm demonstrado que há um efeito potencializado na autoestima e autoimagem, além de efeito benéfico na cognição e menores indicativos de demência senil (MATSUDO, 2006, p. 136; BENEDETTI, 2008, p. 306).

Fatores genéticos podem ou não ser potencializados conforme o estilo de vida do indivíduo. Assim, determinantes comportamentais influenciam decisivamente na biologia do ser, atuando inclusive como fator protetor na prevenção de enfermidades, mesmo apresentando genes que podem oferecer predisposição. Corroborando com esta premissa, um estudo mostrou que, apesar do risco cardiovascular, um grupo de idosos fazia baixo uso de cigarros e bebidas alcoólicas aliadas a uma dieta equilibrada, colaborando para a manutenção da boa saúde (FARIAS & SANTOS, 2012, p. 173). Na mesma perspectiva, o consumo de calorias de maneira excessiva é um fator agravante no desenvolvimento da obesidade e, por conseguinte, de doenças crônicas como a diabete, hipertensão e artrite, além da deficiência de nutrientes, como a insuficiência de vitamina D e cálcio, que podem levar à perda de densidade óssea (OMS, 2005, p. 24).

Retomando as considerações em torno do processo de envelhecimento mundial com a crescente da população idosa, esse deve ser compreendido em todos os âmbitos. Mas, principalmente, esse processo deve ser visto como um fenômeno social, uma vez que, desde a sua concepção, o ser humano é um ser social, em interação com o seu meio (SANTANA, 2011, p. 338).

O estudo dos aspectos sociais do envelhecimento possibilita um olhar amplo para a questão da qualidade de vida, além de oferecer subsídios para possíveis intervenções relacionadas a estratégias para melhorá-la.

Nesse contexto, é relevante considerar que existem culturas diferentes, com valores e crenças característicos. Ainda que o indivíduo seja um produto desta cultura na qual se desenvolveu, o modo de compreender e viver o processo de envelhecimento é individual, é resultado da imagem que esse constrói de si mesmo em relação ao todo socialmente construído (FERNANDES & GARCIA, 2010, p. 772).

A sociedade atual sugere alguns modelos sociais a serem seguidos, nos quais estão presentes o imediatismo, a produção acelerada e dispensa a criatividade e a espontaneidade. Assim, considerando o idoso que, pelos aspectos

biofisiológicos já apresentados, pode apresentar dificuldades ou, ainda, limitações, precisa lidar com a visão genérica de incapacidade de realizar tarefas simples e também as complexas. Essa visão pode representar um olhar distorcido principalmente dos jovens que segundo eles mesmos, apresentam um comportamento adequado, enquanto os idosos seriam um incômodo.

O idoso acaba, por muitas vezes, ficando à margem de uma sociedade que ainda possui muitos preconceitos, além de atuar pelo caminho do assistencialismo e da infantilização do idoso. Essa visão deve mudar (WHITAKER, 2010, p. 181).

O país vivenciou diversas mudanças: socioeconômicas, culturais, ambientais, de trabalho, nas redes sociais e de comportamento (GEIB, 2012, p. 125-131). A transição do sistema agrário para o industrial e a urbanização trouxeram mudanças para a posição que o idoso ocupa na família e na sociedade. Tanto para a estrutura de empregos, a transição no estilo familiar de ampliada para conjugal, o crescimento das cidades e a mulher ingressante no mercado de trabalho (WHITAKER, 2010, p. 183) e, conseqüentemente, uma vida mais independente e, em muitos casos, também mais solitária.

O papel do idoso foi se modificando frente a essas mudanças e necessidade imposta pela sociedade. O preconceito ainda existe, a dificuldade de aceitar essas mudanças ainda é muito presente e, por isso, tanto idoso como familiares e a população em geral precisam começar a tentar compreender melhor esse processo de mudança. Os jovens de hoje serão os idosos de amanhã e precisam entender que os seus papéis sociais vão se modificando com o tempo e quanto antes houver essa compreensão, melhor será o processo de envelhecimento no que diz respeito às questões emocionais, à consciência e ao autoconhecimento.

A partir das novas perspectivas de vida do idoso, como sujeito da sua própria história, o contexto social como um todo começa a entender e aceitar esse novo fazer do idoso. No entanto, essa nova trajetória não é fácil para nenhum dos dois lados, ela exige mudança no modo de pensar e agir tanto do idoso como da população de modo geral. Trata-se de conhecer os limites de uma relação interpessoal, mas também intrapessoal. Isto porque o processo de identidade perpassa pela aquisição de conhecimento que é transmitido pela cultura, a

apreensão de símbolos que ocorre no processo de aprendizagem, tanto formal como informal e os demais processos psicológicos básicos e superiores presentes na vida do ser humano. Ressaltando o processo final e principal nesse contexto, a consciência. Através dela o homem é capaz de se empoderar do conhecimento, evitando a alienação.

Em nossos estudos, verificamos que uma pesquisa realizada por Fernandes e Garcia (2010) com um grupo de idosos no município de João Pessoa - PB possibilitou uma análise em relação à concepção social do termo velhice e como as relações de gênero acabam por diferenciar a percepção que os idosos têm de si mesmo, demonstrando que contextos sociais diferentes contribuem para a formação da subjetividade e para a compreensão do significado do processo de envelhecimento, e o que este representa.

Em seu grande objetivo, em geral, observou-se que o discurso dos idosos quanto à compreensão do processo de envelhecimento está muito mais vinculado à uma opinião geral que, como uma busca por novos significados (FERNANDES & GARCIA, 2010, p. 781). Os conceitos genéricos parecem estar impregnados. Uma educação para repensar essas questões faz-se necessária, incluir um novo pensar nas aulas do ensino regular, o desenvolvimento de projetos que resgatem essa história (WHITAKER, 2010, p. 184), de maneira que se reflita a identidade desde os anos iniciais, poderia mudar a forma de pensar e visão que se tem dos idosos e também atuaria na preparação desses jovens para o enfrentamento do processo de envelhecimento de forma saudável, prezando a todo momento pela qualidade de vida.

4.5 Aspectos epidemiológicos da população idosa no Brasil

Assim, diante dos aspectos apresentados aqui em relação ao Envelhecimento Ativo, destaca-se a busca por qualidade de vida durante o envelhecimento, seja na senescência ou na senilidade, considerando o ser humano como um ser social, em interação com o seu meio. Nesta questão, entra em cena o envelhecimento ativo, com um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança.

Para tanto, é necessário que o idoso assuma novas perspectivas de vida, como sujeito da sua própria história, e que a sociedade aceite esse novo indivíduo. Ressalta-se que esta nova trajetória não é fácil para nenhum dos dois lados, exige mudanças da população em geral, aprimorando as relações interpessoais, assumindo a transição demográfica nacional e buscando políticas e ações que visem melhor qualidade de vida para os idosos.

O Brasil já foi considerado um país jovem. Neste momento de pós-pandemia, encontra-se em fase de transição e, possivelmente, será dentro em breve um “país envelhecido”. Essa mudança epidemiológica implica em uma série de posturas que tanto o Estado quanto a sociedade devem adotar, questões como programas de promoção de saúde ou de apoio ao tratamento de doenças ligadas à faixa etária dos idosos, reorganização dos meios de produção, reestrutura das cargas sociais, etc. É notório que países orientais como Japão, Coreia do Sul e China já atuam no sentido de prestar maior respeito e apoio ao idoso; porém, em países ocidentais, esta cultura está em processo de evolução, mas ainda longe do ideal.

Epidemiologia pode ser definida como a ciência que estuda o processo saúde doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013 p.65).

Como já mencionado, em 2016 o Brasil tinha a 5ª maior população de idosos classificados pela OMS. Dados projetados para 2030 apontam que o número de idosos acima de 60 anos será maior que o número de pessoas entre 0 e 14 anos. Vários aspectos contribuem para este cenário, incluindo melhores condições de vida, maior nível de informação e conscientização sobre a saúde.

Pereira (2013), nos apresenta que a epidemiologia tem como princípio básico o entendimento de que os eventos relacionados à saúde (como doenças, seus determinantes e o uso de serviços de saúde) não se distribuem ao acaso entre as pessoas. Há grupos populacionais que apresentam mais casos de certo agravo, e há outros que morrem mais por determinada doença. Tais diferenças ocorrem porque os fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas não se distribuem igualmente na população, portanto, acometem mais alguns grupos do que outros.

Em todo país, a taxa de crescimento da população com 60 anos ou mais cresceu 26% entre 2012 e 2018, enquanto a taxa de 0 a 14 anos no mesmo período recuou 6%. O desequilíbrio entre as pontas (abaixo de 14 anos e acima de 60 anos) levará a população brasileira a médio e longo prazo para a condição de país envelhecido, com repercussões sociais e econômicas (IBGE, 2018). Uma explicação importante para o recuo de 6% da faixa etária de 0–14 anos pode ser o comportamento social de maior controle de natalidade e/ou o fato de que as famílias formadas atualmente não querem mais do um ou talvez dois filhos. Na outra ponta, a maior expectativa de vida traz consigo a evolução de doenças inerentes à população idosa, onerando o sistema de saúde.

Assim, na Tabela 1, podemos acompanhar o crescimento populacional total de homens e mulheres no Brasil desde 2010, e com projeções futuras até 2040. De 2010 até a projeção de 2040, deve haver um crescimento populacional de 19%. Logo a seguir, a pirâmide etária do Brasil em 2010 (Figura 3) e as pirâmides etária Absoluta - Brasil - Projeção 2040 (Figura 4) e Projeção 2060 (Figura 5) mostram a mudança demográfica por faixa etária no mesmo período. Veja a alteração na participação, por faixa etária, da população brasileira de pessoas abaixo de 14 anos e acima de 60 anos.

Tabela 1. Crescimento populacional do Brasil desde 2010 com projeção até 2040

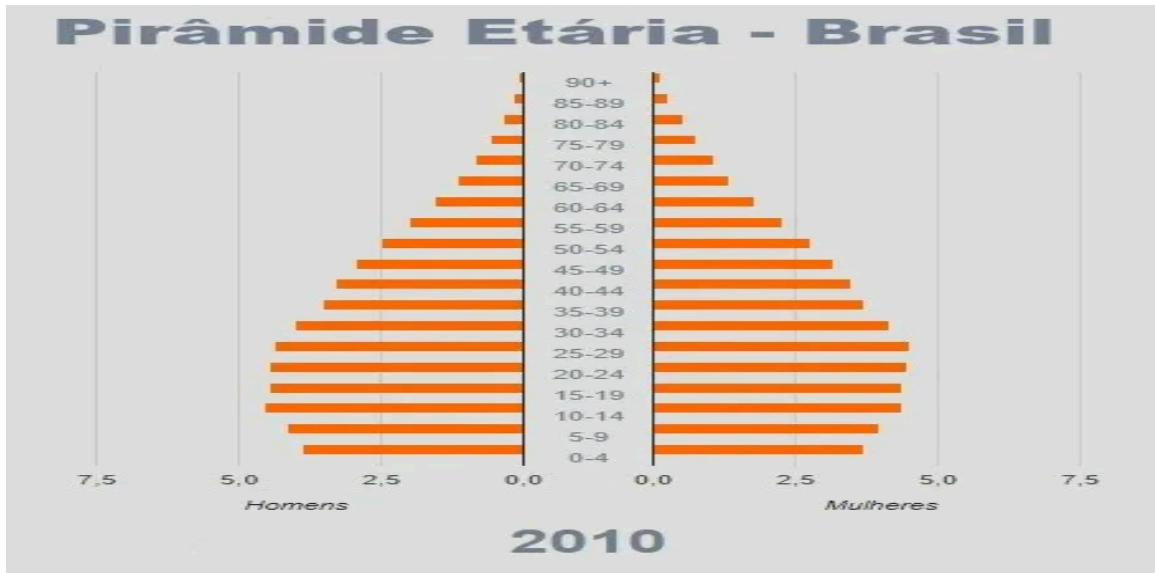
	Total	Homens	Mulheres
2010	194.890.682	95.513.298	99.377.384
2012	198.314.934	97.132.054	101.182.880
2014	201.717.541	98.744.098	102.973.443
2016	205.156.587	100.379.640	104.776.947
2018	208.494.900	101.971.173	106.523.727
2020	211.755.692	103.527.689	108.228.003
2030	224.868.462	109.728.762	115.139.700
2040	231.919.922	112.962.751	118.957.171

Fonte: Adaptado de IBGE (2019)

Quando nos deparamos com a realidade das três pirâmides, observamos a grande evolução da população brasileira nesta análise da realidade de 2010 e a

projeção para 2040 e ainda 2060. Analisando a Figura 3, verificamos uma alta taxa de natalidade, face à larga base encontrada.

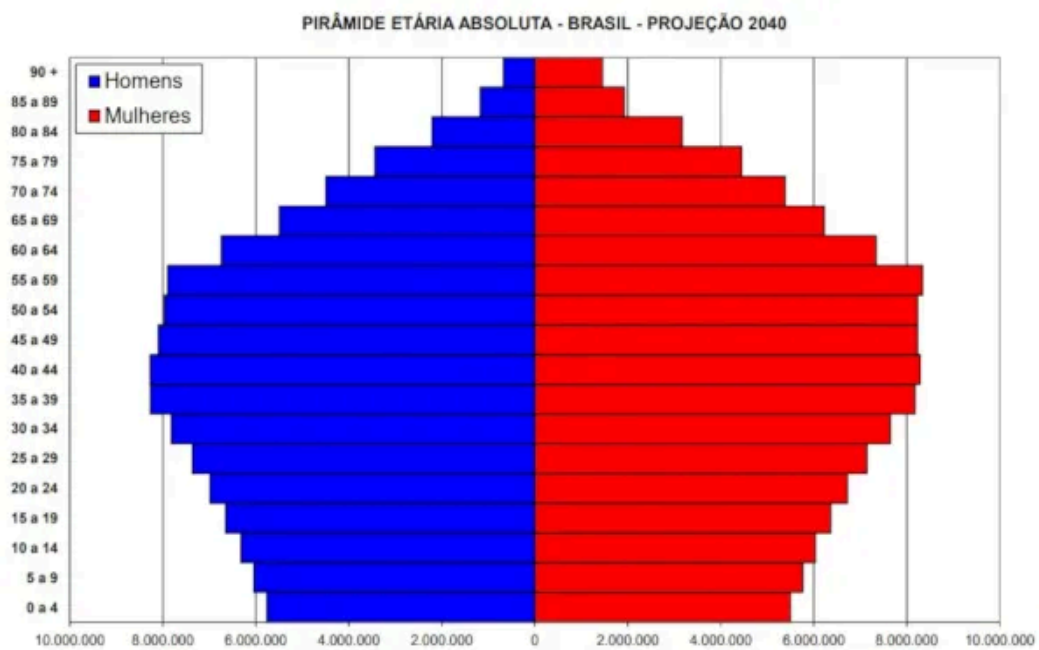
Figura 3 - Pirâmide Etária - Brasil 2010



Fonte: IBGE (2010) - (Adaptado)

Mas quando buscamos a Figura 4 e em seguida a Figura 5, a realidade já é outra: a base começa e fica mais estreita, o que nos apresenta e indica a redução do número de nascimentos.

Figura 4 - Pirâmide Etária Absoluta - Brasil - Projeção 2040



Fonte: IBGE (2019) – Projeção Demográfica – 2040 (Adaptado)

Figura 5 - Pirâmide Etária Absoluta - Brasil - Projeção 2060



Fonte: IBGE (2019) - (Adaptado)

Ainda analisando as três figuras, podemos verificar outro fator, que a camada da população jovem e adulta (o que chamamos de população economicamente ativa) é maior no ano de 2010, e vai ficando menor na projeção para 2040 e ainda menor na projeção de 2060. Tudo isto, compreende-se a análise de que, futuramente, como já estamos vendo no mundo contemporâneo é a redução da taxa de natalidade, assim consequentemente, vai diminuindo a população de jovens e adultos.

Agora, quando nossa análise foca no topo da pirâmide, que é o nosso ponto principal neste estudo, verificamos a enorme mudança. Segundo os dados do IBGE em 2010, o número de idosos nesta faixa etária em nosso país é muito pequena em relação à base e ao corpo da pirâmide, o que nos permite afirmar que era muito baixa a expectativa de vida no Brasil. E por conseguinte, inferir que o acesso à saúde desta população era muito complicado e que se podia verificar uma má qualidade de vida. Mas quando iniciamos a análise das Figuras 4 e 5, com projeções para os anos de 2040 e 2060, verificamos claramente que o topo, literalmente, enlarga-se, apresentando assim um grande crescimento na expectativa de vida dos brasileiros e por conseguinte, verificar que houve melhoria na saúde, acesso a tratamentos e a medicamentos, bem como a melhores hábitos de vida.

Se por um lado o aumento da expectativa de vida é uma informação positiva, por outro, cresce o número de pessoas acometidas por doenças associadas a idades superiores aos 60 anos, entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sarcopenia e osteoporose. A HAS e o DM2 são mundialmente reconhecidos como as condições cardiometabólicas com maior número de casos associados a óbitos. Já a sarcopenia e a osteoporose estão ligadas a perda de autonomia nas tarefas diárias, risco de quedas e redução da qualidade vida global.

Em termos gerais, a HAS é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, resultantes de falhas na regulação vascular devido ao mau funcionamento de mecanismos de controle pressórico. Apesar da prevalência de HAS no Brasil ter diminuído aproximadamente 6% nas últimas três décadas, os índices ainda são altos, abrangendo cerca de 30% de toda população. Trata-se de uma condição com relação direta e linear com a idade. Evidências mostram que 68% dos idosos acima de 60 anos de idade apresentam HAS (PICON et al., 2013). Esse cenário é bastante preocupante porque, dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial isquêmica, a HAS é a mais relevante, seguida por dislipidemias, excesso de peso corporal e glicemia de jejum elevada.

Por sua vez, o DM2 é uma doença metabólica caracterizada por uma hiperglicemia constante na presença de quantidades fisiológicas de insulina. As principais consequências do DM2 são: insuficiência renal crônica, doença arterial isquêmica, HAS, amputações não traumáticas e cegueira. A prevalência de DM2 no Brasil é de 8,5%, segundo a International Diabetes Federation Atlas (SBD, 2018). Essa prevalência aumenta de acordo com a faixa etária, podendo chegar a 12% para indivíduos acima dos 60 anos.

A sarcopenia e a osteoporose são processos característicos do envelhecimento, e estão associados a maior risco de quedas em idosos. A sarcopenia é o processo natural e progressivo de perda de força e massa muscular típico do envelhecimento. Já a osteoporose é a perda da densidade óssea, tornando o osso “esponjoso” e frágil. Com poucos dados epidemiológicos, estima-se que 1 em cada 3 mulheres com mais de 50 anos sofrerá fraturas devido à osteoporose; por

sua vez, 1 em cada 5 homens com mais de 50 anos sofrerá da mesma condição. Dados indicam que a osteoporose está presente em 15% dos homens brasileiros com mais de 60 anos. Já para as mulheres, a prevalência da doença varia de 14% a 29% em mulheres acima de 50 anos de idade, e chega a cerca de 70% em mulheres acima de 80 anos de idade (SBEM–SP, 2017).

Como já mencionado, um dos maiores problemas ligados à osteoporose e também à sarcopenia é o risco de quedas. A queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Embora grande parcela das quedas esteja associada à perda de força e massa magra, bem como a uma resposta neural mais lenta para reorganizar a postura em situação de desequilíbrio (precedente à queda), fatores extrínsecos devem ser observados, tais como: ambientes que favorecem as quedas, circunstâncias sociais, entre outros. A preocupação é latente; no Brasil, estima-se que aproximadamente 30% dos idosos sofrem quedas ao menos uma vez ao ano (PERRACINI; RAMOS, 2002), com consequências graves para a estrutura óssea e também associada a fraturas cranianas.

Embora os dados epidemiológicos existentes sejam preocupantes, essas condições podem ser minimizadas com a prática regular de exercício físico, entre outras mudanças no estilo de vida. Um estudo clássico realizado em ambulatórios de geriatria e cardiologia em 36 centros de 13 estados brasileiros, foi encontrada uma prevalência de inatividade física de 74% nos idosos entrevistados, com predomínio nos pacientes do sexo feminino (79%). Para os idosos do sexo masculino, a prevalência foi de 66% (TADDEI et al., 1997). Já em 2016, foi encontrada 70% de inatividade física na população idosa, com maior prevalência foi no sexo masculino (75%) (RIBEIRO et al., 2016). Contudo, para a prática regular de exercício físico para os idosos, a modalidade escolhida é essencial, bem como a “dose” do exercício.

4.5.1 Mudanças comportamentais associadas ao avanço da idade

Antes de analisarmos padrões de comportamento associados a idosos, precisamos entender que a definição própria do conceito abrange uma conotação ou

imagem negativa, remetendo à perda de características valorizadas pela sociedade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), é considerada idosa uma pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Esta classificação, porém, pode ser flexível de acordo com a região (município, estado ou país), com condições específicas determinadas por lei etc. No Brasil, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013) no seu Art. 1º estabelece: “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”. Já no contexto do desenvolvimento humano, muitas referências na literatura abordam a pessoa idosa como aquela com 65 anos ou mais de idade. Em nossa pesquisa, foi adotada a classificação legal do Estatuto do Idoso, ou seja, 60 anos ou mais de idade.

Ao longo do ciclo de desenvolvimento humano, cada pessoa apresenta padrões comportamentais que estão inseridos sobretudo no seu contexto local e no ambiente em que ela vive. Já é sabido que a pessoa idosa apresenta um declínio em termos de processos neurais, e algumas de suas funções executivas ficam mais lentas, tais como capacidade de planejar, sequenciar e executar atividades cognitivas, além do automonitoramento. Esses desgastes (físicos e cognitivos) acabam contribuindo para uma reestruturação na forma de pensar, o que resulta também em uma reorganização do papel do idoso na sociedade. Papalia, Feldman e Martorell (2013) ressaltam que a fase do adulto jovem (18–45 anos) é o período em que acrescentamos papéis complexos à vida e à sociedade e que exigem mais tempo. Já a meia-idade (45–60 anos) é o período em que tais papéis são redefinidos e renegociados. A fase do idoso (acima de 60 anos) é aquela em que muitos desses papéis são postos de lado e quase esquecidos. O “papel de pai” e o padrão comportamental associado a esta função acaba variando, dependendo se o indivíduo se encontra na fase de adulto jovem, de meia-idade e de idoso. Assim, os papéis de filho, de pai, de cônjuge ou mesmo o papel de profissional com cargo remunerado perdem força ou até deixam de existir na fase do idoso. Essas redefinições de papéis determinam mudanças comportamentais importantes e que estão associadas às condições de vida assumidas ao longo do desenvolvimento humano.

Segundo o Ministério da Saúde - MS, “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2013).

Uma importante circunstância que ocorre para a população idosa em geral é a aposentadoria. No Brasil, para os empregadores, a aposentadoria produz um sentimento de “inclusão na parcela de carga social”; já para o idoso, pode levar à “síndrome do inútil”, ou seja, a sensação de incapacidade e de não ter mais uma responsabilidade laboral, acompanhada dos compromissos financeiros crescentes em virtude da própria idade. O comportamento associado pode ser variado; para alguns, a sensação de descansar e tentar aproveitar o resto de vida é uma contingência psicossocial natural da idade, se houver condições físicas, financeiras e emocionais para tal. Para outros, o comportamento pode ser de tristeza, revolta e ampla necessidade, principalmente financeira. Neste caso, dependendo da situação, o comportamento social é de continuar trabalhando para assegurar um complemento de renda.

Outra circunstância comum testemunhada na população idosa é o “ninho vazio”. Por volta dos 60 anos de idade, os filhos já crescidos e com suas vidas encaminhadas acabam saindo de casa para assumir o seu papel na sociedade, agora de adulto jovem. Com isso, os pais ficam com o “ninho vazio” e agregam sentimentos que vão desde o “abandono” até o sentimento de “dever cumprido”. A mudança comportamental também vai estar associada às condições familiares do “ninho vazio”.

Sob o olhar social, o envelhecimento senescente — ou seja, o envelhecimento natural e saudável, sem doenças associadas ao comprometimento das atividades diárias — está associado à maior longevidade das pessoas idosas. Este fato indica novas perspectivas de vida, com as pessoas idosas mantendo-se em boas condições físicas, realizando as tarefas cotidianas e contribuindo com suas famílias. Contudo, o envelhecimento senil — aquele associado a alterações decorrentes de doenças crônicas — acaba afetando todos os níveis que cercam a população idosa, mudando o padrão de comportamento da sociedade.

4.5.2 Capacidade e Desenvolvimento

Como verificamos ao longo de nossa pesquisa, estudos comprovam que o desenvolvimento, inclusive motor, continua ao longo de todo o curso de vida do ser humano. Segundo Suely Santos (2004), o conceito de desenvolvimento, no caso dos idosos, é visto como uma relação de perdas e ganhos, na qual as mudanças ao longo do ciclo de vida determinam uma capacidade adaptativa, alterando os padrões de movimento. As eventuais perdas não esgotam a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento.

Nesse processo de adaptação, às capacidades físicas podem ser exercitadas e desenvolvidas através da prática regular de exercícios. O resultado é a melhoria da qualidade do movimento, diminuindo ou retardando perdas determinadas pelo processo de envelhecimento. Seguem algumas considerações sobre essas capacidades físicas:

- Resistência - Segundo Weineck (2000), resistência é a capacidade psicofísica do indivíduo de resistir à fadiga. Além da resistência psíquica, o autor cita diversos tipos de resistência, como a muscular (localizada e geral), a resistência aeróbia, a resistência de velocidade e de força, que são de extrema importância para um bom desenvolvimento de qualquer atividade esportiva. A capacidade de resistência geral sofre uma queda contínua depois de atingir o seu máximo na terceira década de vida, mas pode ser consideravelmente retardada por meio do treinamento. Sua estimulação é de grande importância na prática esportiva dos idosos.
- Força - Força muscular pode ser definida, segundo Guedes et al. (2008), como a capacidade de um indivíduo impor tensão muscular contra determinada resistência. Os autores citam quatro modalidades de força: máxima, rápida, explosiva e de resistência, e acrescentam que, para se praticar qualquer modalidade esportiva, é necessário o desenvolvimento de uma ou mais manifestações da força. Com o passar dos anos, ocorre diminuição da massa muscular e do tecido ósseo. Essa redução é mais acentuada nos homens do que nas mulheres. É uma das capacidades de maior recuperação com o treinamento regular. Com estímulo adequado,

pode-se adquirir ganhos significativos no desenvolvimento de força dos indivíduos idosos

- Velocidade - (FREY, 1977, apud WEINECK, 2000) define velocidade como a capacidade de completar ações motoras no menor tempo possível, baseada na mobilidade dos processos do sistema neuromuscular e na capacidade de desenvolver força muscular. Alguns estudos recomendam o trabalho com a velocidade somente até os quarenta anos; não encontramos pesquisas relacionadas a idosos. No entanto, indivíduos treinados conseguem um desempenho razoável e superam os desafios da idade, mesmo com a forte exigência do aparelho locomotor.
- Mobilidade - Pode ser definida, segundo Weineck (2000), como a capacidade do indivíduo de conseguir executar movimentos, em uma ou mais articulações, com grande amplitude, sozinho ou sob influência de forças externas. A mobilidade sofre grandes prejuízos com o aumento da idade. A elasticidade da coluna vertebral dos homens diminui a partir dos 20 anos; já nas mulheres, isto acontece a partir dos 25 anos, avançando progressivamente. Exercícios de agilidade, flexibilidade e equilíbrio favorecem a melhoria da estabilidade corporal e da mobilidade, contribuindo na prevenção de quedas.
- Capacidades coordenativas - De forma geral, entende-se coordenação como uma ação conjunta do sistema nervoso central e da musculatura esquelética, dentro de uma sequência de movimento objetiva (WEINECK, 2000). São essas capacidades coordenativas que possibilitam ao esportista dominar ações motoras em situações previstas e imprevistas (FREY, 1977 apud WEINECK, 2000). A quarta década de vida marca uma redução da qualidade coordenativa, com a diminuição da velocidade dos movimentos, da capacidade de combiná-los e na qualidade de sua execução. Os exercícios de coordenação motora e das habilidades motoras complexas, como os esportes, contribuem para a melhora das capacidades coordenativas de adultos e idosos.

4.6 O Idoso, o seu corpo e as perspectivas psicomotoras

Nascemos, crescemos e chegamos à velhice! Qual corpo é desejado? A preocupação do corpo que apresenta prestígio em nossa cultura. Os valores e comportamentos que levam o indivíduo a se utilizar do seu corpo nas camadas médias e toma como questão central na construção da identidade desse indivíduo. Atualmente o corpo é um importante capital.

Desde os primeiros momentos da vida humana, constitui-se a imagem de si próprio, sempre como uma referência social. A coletividade facilita a construção de ideias do indivíduo, por tanto o idoso deve continuar em uma coletividade para não deixar romper o conhecimento que ele já tem de si próprio, do outro e dos objetos. Ele deve continuar a ser um ser de relações.

Segundo Stanley Keleman (1994, p.42), "se enxergamos o nosso corpo como uma coisa, se o vemos somente como um processo biológico objetivo, deixamos de compreender a nossa forma interior de estar corporificado".

Stanley mostra que o corpo deve ser utilizado e observado de forma diferenciada para entender o quanto ele é provedor de muitas capacidades. Não se deve olhar por olhar, nem usar por usar. Olhar com um significado e usá-lo por meio da compreensão.

O corpo do indivíduo envelhece, adoce e morre. Essa é a sequência da vida, a qual não podemos mudar, mas podemos melhorar e qualificar para que se chegue a um determinado momento da vida de uma forma mais tranquila e consciente.

Por determinantes, precisamos muitas vezes fabricar critérios simbólicos para muitos conflitos que a própria sociedade permite acontecer com o corpo velho, considerado inexpressivo e assim é pouco investido para que esse corpo permaneça sendo utilizado. Passa a ser um corpo simbolizado e idealizado, a partir da exclusão desse indivíduo em um contexto motor e sócio afetivo.

O corpo deve ser entendido como objeto de cuidado para reprodução e cuidados com a saúde, não como um símbolo de status, mas como um provedor capaz de expressões múltiplas.

Da antiguidade até os dias de hoje, a concepção de corpo vem sofrendo modificações provocadas pelas próprias transformações da sociedade.

“A Psicomotricidade, a profissão do equilíbrio, é a ciência que tem como princípio a própria essência da vida.” Claudia Galvani (2002, p.21). Essa é uma expressão significativa, original, que relaciona os elementos entre as atividades psíquica e motora, estabelecendo relações entre o comportamento, o desenvolvimento, à maturação, dando equilíbrio e motivação para a vida. Importantíssima em nosso trabalho.

Assim, como profissional de Educação Física, podemos afirmar que a educação psicomotora deve ser considerada como educação de base desde os primeiros dias de vida de um indivíduo. Dessa forma, o idoso tende a chegar à velhice de forma mais compassada, tranquila e principalmente consciente do equilíbrio corporal e dos riscos das quedas.

O envelhecimento e a incapacidade funcional talvez sejam a grande preocupação quando se vive ou se fala da velhice, e isto é antigo quanto à existência da humanidade. Já na Antiguidade, Hipócrates começou a observar as mudanças físicas ocorridas nos idosos e os aconselhava a tomar medidas em relação às atividades. Dizia que eles deveriam ser mais ativos, porém com moderação.

Desde a Educação Física Escolar, aprendemos a situar a Psicomotricidade em qualquer domínio entre a reeducação infantil e a psicoterapia adulta. É uma organização funcional da conduta e da ação. É um conjunto de exercícios organizado pelo dinamismo. Utilizamos os gestos, as atitudes e as posturas por meio da dinâmica de atividades. Portanto, a Psicomotricidade é a incorporação das funções motoras com as funções intelectivas ao mesmo tempo, mas que só consegue aprimorar-se por meio da maturação e de experiências neuromotoras e é também essencial condições emocionais para a capacitação da aprendizagem.

É uma ciência, que estuda o homem, por meio do seu corpo em movimento, educando esse movimento. Ela é importante e essencial para um bom desenvolvimento. O objeto de estudo é o homem que integra a percepção, a conscientização, o controle, a desinibição de grandes e pequenos movimentos.

Como diz Vitor da Fonseca (2004, p. 17),

...em termos epistemológicos; a psicomotricidade não encerra só a história dos conceitos do exercício físico, da motricidade e do corpo, convocados para restaurar uma "ordem psíquica perturbada" ou para facilitar o "funcionamento do espírito", mas também o estudo causal e a análise de condições de adaptação e de aprendizagem que tornam possível o comportamento humano.

Aprendemos e apresentamos a todos que a Psicomotricidade auxilia o indivíduo a se educar e reeducar, desenvolvendo suas necessidades por meio da aprendizagem das dominâncias motoras, dando oportunidade a esse indivíduo de analisar suas condições e assim permitir que ele descubra como comportar-se corporalmente; Com este aprendizado, o indivíduo terá maior oportunidade de perceber como utilizar seu corpo por meio de movimentos, não havendo desgastes cognitivos e motores. É a construção do conhecimento em qualquer um, para um qualquer e cada um.

Assim, o idoso precisa construir um modelo postural do corpo, como qualquer um de nós e, dessa forma, pode-se representar intelectualmente o esquema corporal, tomando ciência da imagem desse corpo e fazendo-o sentir e perceber diante do mundo que pode e deve continuar a expressar-se por meio dele por uma boa respiração e de um bom relaxamento, pois, para a imagem corporal, ele necessita de uma harmonia respiratória. Respirar é ritmo, é pulsar, vitalizar, enquanto relaxar é tônus, é o equilíbrio muscular. Se não relaxa, favorece a tensão e dificulta o fluir e o sentir. O ritmo impede o desgaste e o desconforto dos atos, das habilidades, dos procedimentos realizados pelo corpo.

Pois o ser humano quando envelhece não consegue se ver como velho, principalmente quando há um equilíbrio biológico, o qual favorece sua adaptação e realização sem choques. Já é diferente na visão dos outros, que conseguem vê-lo velho com muita facilidade. Esses favorecimentos permitem amenizar os distúrbios psicomotores.

Portanto, a prática psicomotora dá oportunidade ao idoso de desenvolver estruturas psicomotoras almeçadas com alguns valores, como partilhar, agir, respeitar, aprender e reaprender. Exercitando os músculos corporais, melhoram o

tônus muscular e oportunizamos o elastecimento desses músculos. O tônus muscular é uma das áreas psicomotoras que têm papel fundamental.

Quando falamos em educação, reeducação e atividade psicomotora, o sentir e o movimento favorecem a aquisição do conhecimento que servirá como apoio para se adequar a cada circunstância vivida. Portanto, o idoso precisa continuar a sentir para viver e seguir com o conhecimento que já existe.

Por meio das vivências psicomotoras, a população idosa pode manter sua independência e autonomia sobre sua vida, o que favorece reestruturar os problemas de ordem física, mental, emocional e social, vivendo de forma ativa e participativa, buscando sempre um olhar simbólico na realização de suas atividades e, dessa forma, considerando o processo de envelhecimento com mais tranquilidade.

A educação psicomotora abrange as aprendizagens, por meio do coletivo ou individualmente e faz-se necessário processá-la por sucessões específicas enquanto todas as etapas são necessárias serem vividas e experienciadas. Ela acontece desde o nascimento e permanece por todos os momentos da vida de uma pessoa. O idoso também trabalha a educação psicomotora, até porque muitas vezes existe a necessidade de ele precisar readquirir alguns gestos e aprendizagens.

E a demanda do desenvolvimento que incorpora o pensamento, o movimento e a emoção e que tem por objetivo uma maior integração e que é trabalhada por meio de expressões, fazendo o indivíduo perceber melhor seu corpo, dominar seus sentimentos para uma melhor expressividade corporal e assim orientar-se no tempo e no espaço.

Por meio das sensações, permitimos ao organismo transformar estímulos em aprendizado, já que esses estímulos organizados mentalmente se transformam em modelos motores variados, orientando o comportamento de cada um, para representar o modo de ser e de existir no mundo, como, por exemplo, ao experimentar sabores, sentir ao ouvir uma melodia, perceber quando tocar em alguém, ouvir, cantar juntando-se as canções dos pássaros, deslumbrar-se e captar a essência das cores, dos animais, dos cheiros, ver de modo diferente a luz das estrelas, o luar, ao saborear os alimentos e senti-los passando pelo corpo e dentre

outras coisas. É claro que devemos sinalizar que, dependendo do estímulo e da experiência vivida por cada indivíduo, a experiência de sensações poderá ser diferente, mesmo que sejam estímulos iguais, eles poderão experienciar diferentemente.

Por meio da educação psicomotora, esses indivíduos estarão dispostos a receber informações e aprendê-las de forma que consigam captar e internalizá-las para poder dar o seguimento do aprendizado. Educação psicomotora é se atentar, perceber aquilo que está ouvindo ou vendo para automatizar, aprender, memorizar e, por meio do raciocínio, agir pensando. Isto é aprendizagem. Tudo isso só acontece se o indivíduo experiencia e vivencia cada momento de sua vida. O idoso passa por situações que, muitas vezes, são retiradas dele por acreditarem ser ele uma pessoa de idade e que não apresenta mais um bom discernimento, segundo alguns, como, por exemplo, a família. Quase sempre, a família tenta protegê-lo de tarefas que, segundo ela, são demais para uma pessoa de certa idade e que já viveu o que tinha para ser vivido e o que já trabalhou e agora precisa descansar. Isto não condiz pois o idoso precisa dar continuidade às tarefas que está acostumado à lazer e que precisa fazê-las para não apresentar ou retardar o esquecimento de algumas habilidades, Se isso acontecer; faz-se necessário ser reeducado, mas precisará ser educado psicomotoramente. É neste momento que a educação psicomotora contribuirá com a saúde do idoso.

Para a velhice, a ideologia para um modelo de construção social é a autonomia. Pois segundo Okuma 1998, estudos em gerontologia têm demonstrado que a atividade física aliada a outros aspectos tais como hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados, podem melhorar em muito a qualidade de vida dos idosos.

O idoso quer, precisa e deseja fazer e decidir por si próprio. Isso é a independência de que ele necessita para realizar suas tarefas do cotidiano sem necessariamente precisar de ajuda.

Esta é uma das, ou a mais importante contribuição deste trabalho, oferecer ao idoso oportunidades por meio de atividades para que ele se conscientize que a idade não necessariamente representa um fim iminente.

Como profissional de educação física, podemos afirmar que atividades e suas práticas facilitam reuniões com momentos privilegiados de encontro e prazer. Assim, ver e ser visto é importante para o idoso. Mostrar o que sabe e ainda realizar para aqueles que já não acreditam. Ao realizar as atividades em grupos, percebe-se a oportunidade de trocas, críticas, discussões e olhares. Observamos que eles tomam posições e se formam grupos de cumplicidade.

Estas atividades promovem uma desmobilização das articulações e aumentam o tônus muscular, motivando o idoso no seu dia a dia e fazendo-o diminuir a tensão psíquica. Essas atividades evidenciam significados subjetivos que implicam a vida cotidiana do idoso de um modo geral.

(...) com o declínio gradual das aptidões físicas, o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a ir alterando seus hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas. Os efeitos associados à inatividade e a má adaptabilidade são muito sérios. Podem acarretar em uma redução no desempenho sério, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e de coordenação, gerando processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social e a solidão. (TAKAHASHI,2004)

Portanto, o profissional tem de ter a sensibilidade e o conhecimento para traçar atividades com objetivos compatíveis para a execução de formas prazerosas, naturais e de fácil compreensão.

Muitos idosos se apresentam alheios às atividades físicas porque elas não se desenvolvem no seu meio ambiente e, portanto, não há estímulo para que esse idoso pratique.

Quando o idoso vivencia essas atividades, a cooperação, a determinação e a iniciativa dele derrubam a barreira de isolamento social e o fazem participar com mais entusiasmo e motivação nas ações propostas e se adaptam melhor às condições de vida. Antes mesmo de o idoso atingir uma fase onde as alterações de ordem motora perceptiva cognitiva e socioemocional impliquem ou alterem sua qualidade de vida, faz-se necessária a intervenção ocupacional direcionada por meio da educação, reeducação e atividade psicomotora, e isso pode acontecer por meio de atividades.

Concluído sobre a psicomotricidade, a melhor forma para trabalhar a postura e coordenação motora do idoso é dialogar com o corpo harmonicamente, propiciando um funcionamento normal do organismo, e toda atividade deve ser enfatizada no esquema corporal.

4.7 Atividade Física e envelhecimento

Na literatura gerontológica o conceito de idade pode ter diferentes significados. A idade cronológica registra informações numéricas que ordenam as pessoas conforme sua data de nascimento, a idade biológica baseia-se nas condições biológicas dos tecidos do organismo; a idade psicológica refere-se à auto-imagem e à capacidade individual de adaptação às situações, a idade social é aquela determinada pelas estruturas de cada sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o envelhecimento em quatro estágios: meia-idade: 45 a 59 anos; idoso: 60 a 74 anos; velho: 75 a 90 anos; muito velho: acima de 90 anos. Já a nossa legislação brasileira considera como idosa a pessoa acima de 60 anos de idade, como vimos no estudo sobre o Estatuto do Idoso.

O envelhecimento da população brasileira é reflexo de um fenômeno mundial. No Brasil, e em praticamente todos os países do mundo, assiste-se, neste início de milênio, a um acontecimento inédito em toda a história da humanidade: a explosão numérica de idosos. O atendimento ao idoso já se coloca entre as principais questões de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Um complexo conjunto de fatores constitui os determinantes do envelhecimento populacional. Inegavelmente, os avanços obtidos no combate às moléstias infecciosas e no tratamento das doenças degenerativas, típicas da velhice, têm contribuído decisivamente para a elevação da média de vida do ser humano. Em 1940, nossa expectativa de vida média situava-se nos 45,5 anos de idade. Em 2000, a esperança de vida do brasileiro ao nascer passou para 70,4 anos. As projeções nos informam que, em 2050, viveremos em média 81,3 anos.

Como verificamos nos estudos epidemiológicos, quedas expressivas nas taxas de natalidade, a relativa melhoria das condições gerais de saneamento básico

e de saúde, os avanços da medicina, além de mudanças de estilo de vida, que incluem a conscientização da importância da aquisição de hábitos saudáveis, completam o quadro das determinações de uma maior expectativa de vida.

O envelhecimento é um processo complexo, individual e que envolve diversas variáveis - predisposição genética, estilo de vida, doenças crônicas, entre outras -, que interagem entre si e influenciam significativamente a maneira pela qual o indivíduo atinge determinada idade. Deve ser compreendido em seus aspectos orgânicos, psíquicos e sociais, considerando-se o indivíduo como um todo.

Durante o processo de envelhecimento, algumas alterações morfofuncionais podem acometer órgãos e sistemas, com eventual prejuízo de suas funções. Destacamos alguns exemplos relativos aos efeitos e às alterações funcionais no processo de envelhecimento:

- diminuição da reserva funcional dos órgãos;
- decréscimo da força e da elasticidade dos músculos;
- decréscimo do fluxo sanguíneo para o coração;
- diminuição da capacidade de absorver o oxigênio e liberar dióxido de carbono;
- maior propensão a infecções;
- diminuição da velocidade de contração muscular;
- diminuição da velocidade de passagem de mensagens pelo sistema nervoso;
- decréscimo na densidade óssea;
- enrijecimento dos ligamentos;
- desgaste e enfraquecimento das cartilagens;
- redução nos sentidos do paladar e olfato;
- redução da capacidade de absorção de nutrientes;
- diminuição da elasticidade da pele.

Segundo Neri (2007):

... os recursos da personalidade, expressos principalmente por conhecimento e valorização de si, por capacidades de enfrentamento e por capacidades de autoavaliação, desempenham um papel capital na determinação do bem-estar subjetivo, este um mediador importante das avaliações de qualidade de vida na velhice. Em poucas palavras, a subjetividade é a chave da explicação do paradoxo de sentir e dizer-se bem na velhice, mesmo na presença de perdas e riscos inerentes ao envelhecer.

Além do declínio biológico e funcional, característico desse processo, essa fase é marcada por uma série de alterações psicológicas relacionadas com as mudanças no papel social. Tais perdas podem levar o idoso a uma postura de isolamento e, frequentemente, a um estado de depressão, muito comum nessa faixa etária. No entanto, é importante ressaltar que esse processo não se caracteriza somente por perdas e limitações, pois o desenvolvimento humano acontece durante todo o ciclo de vida e as novas experiências podem trazer inúmeras possibilidades, mesmo na velhice

4.7.1 Atividade Física para idosos

A busca por melhores condições de vida envolve autonomia e realização pessoal. No caso dos idosos, a autonomia assume papel fundamental na relação entre saúde e envelhecimento, a fim de manter a integração do indivíduo na sociedade. Como estamos apresentando, a atividade física é vital para a melhoria da qualidade de vida do idoso, pois para estar inserido socialmente e manter o nível de atividade desejado, ele depende, principalmente, de níveis mínimos de aptidão funcional.

O envelhecimento associa-se, obrigatoriamente, à redução da capacidade aeróbia máxima, da força muscular, das respostas motoras mais eficientes, da capacidade funcional geral, ou seja, à redução da aptidão física. Como uma consequência da diminuição da tolerância ao esforço físico, um grande número de pessoas idosas vivem abaixo do limiar da capacidade física. (OKUMA,1998)

Ao longo de nossa pesquisa, verificamos que inúmeros estudos comprovam os benefícios da atividade física para a manutenção e melhoria da saúde dos indivíduos. É inegável que a atividade física sistematizada, praticada com regularidade e com orientação profissional, e ainda de forma prazerosa, promove benefícios à saúde e propicia maior longevidade, amenizando ou retardando as alterações fisiológicas, funcionais, sócio afetivas e psíquicas comuns ao envelhecimento.

Os resultados do treinamento e dos ajustes fisiológicos, metabólicos, musculares, humorais, respiratórios e cardiovasculares dependem de inúmeros fatores, tais como: sexo, idade, fatores genéticos, estilo de vida, intensidade, duração e frequência do esforço. De acordo com Gallo et al. (1995), o treinamento adequado sempre traz benefícios, mesmo que estes não sejam aparentes nem facilmente quantificáveis, como aqueles extensivos às condições psíquicas, à sociabilidade, ao ritmo do sono etc. Entre os efeitos da atividade física e esportiva sobre o envelhecimento, podemos citar:

- Efeitos antropométricos e neuromusculares:
 - Diminuição da gordura corporal
 - Hipertrofia muscular
 - Aumento da força
 - Aumento da densidade óssea
 - Fortalecimento do tecido conectivo
 - Aumento da flexibilidade
- Efeitos metabólicos:
 - Diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial
 - Aumento do VO₂max e da ventilação pulmonar
 - Melhora no perfil lipídico
- Efeitos psicológicos:
 - Melhora da autoestima
 - Melhora do autoconceito
 - Melhora da imagem corporal
 - Diminuição do estresse e da ansiedade
 - Diminuição do consumo de medicamentos
 - Melhora das funções cognitivas
 - Socialização, redução do isolamento e aumento do interesse pela vida
- Efeitos patológicos - controla e previne:
 - Diabetes e hipertensão
 - Enfermidades cardíacas
 - Arteriosclerose
 - Varizes

- Enfermidades respiratórias
- Artrose e artrites
- Desordens mentais ou psicológicas
- Dores crônicas
- E ainda:
 - Aumento da capacidade de recuperação após o esforço
 - Aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos vitais melhorando funções específicas, como a digestão
 - Redução da vulnerabilidade à fratura óssea e o risco de lesões musculares
 - Melhora da postura
 - Liberação de endorfinas, propiciando um efeito tranquilizante

Com os efeitos favoráveis da atividade física sobre o envelhecimento, podemos afirmar que o exercício também se tornou benéfico no controle, tratamento e prevenção de várias doenças, principalmente as crônico-degenerativas, que são bastante influenciadas pelo estilo de vida adotado.

É hoje unanimidade na comunidade científica o fato de que os benefícios obtidos pela prática regular de exercícios constituem-se na melhor forma de prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida do idoso, com importante repercussão até do ponto de vista econômico, considerando gastos com saúde. (BARROS, 2001)

O declínio morfofuncional que acompanha o processo de envelhecimento inclui alterações no sistema nervoso, caracterizadas por uma perda de neurônios e uma redução na capacidade neurotransmissora. Segundo Gallahue e Ozmun (2001), citados por Marquez Filho (2006), apesar das perdas, o cérebro possui uma grande capacidade de adaptação e pode desenvolver novas ramificações, estabelecendo a manutenção das conexões responsáveis por determinadas funções do organismo.

Assim a prática da atividade física para os idosos, estimula muito o cognitivo a partir de atividades e habilidades relacionadas a trabalhos como raciocínio, memória, atenção e concentração. E claro as atividades de estimulação motora apresentam grandes, inúmeros benefícios para a saúde, pois trabalham a cultura

corporal em movimento do idoso. Que iremos explorar melhor nos próximos capítulos!

Somente se aproxima da perfeição, quem a procura com constância, sabedoria e sobretudo com humildade”

Professor Jigoro Kano (1860-1938)

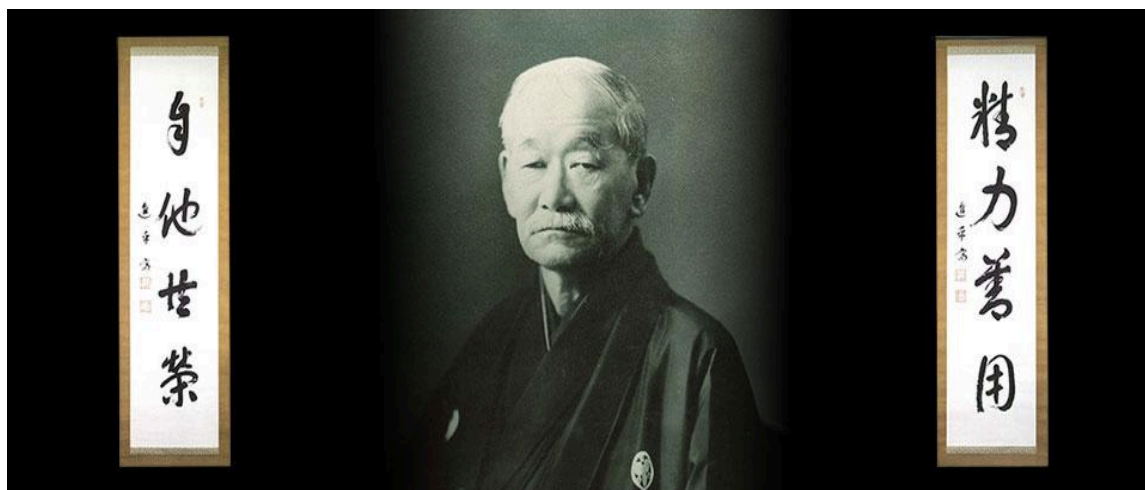
Criador do Judô

5. JUDÔ - Jigoro Kano, Origem, História, Ensinaamentos e Filosofia do Judô

O objetivo deste capítulo, é apresentar este esporte desde sua origem, sua história, ensinamentos e filosofia, tudo de forma pedagógica. Apresentando Jigoro Kano, o idealizador/fundador do Judô e pai da Educação Física no Japão.

O estudo proposto partiu da necessidade de uma pesquisa bibliográfica no sentido de buscar saberes correlatos previamente construídos. De levantar as realidades e possibilidades sobre o idoso, das principais atenções para uma prática saudável, consciente e harmoniosa do Judô. Principalmente, face à nossa linha de pesquisa que é “Promoção e Educação em Saude”.

E conforme nosso objetivo, mostrando que existe diferenciação metodológica na condução da prática do judô para as pessoas idosas em relação aos demais praticantes. Um aporte científico de conhecimentos que servem de base e suporte para os estudos futuros.



Fonte: <http://kodokanjudoinstitute.org/en/>

Para a escrita da presente seção, adotamos como fonte de pesquisa bibliográfica, as obras de Jigoro Kano (Kodokan Judô - 2008² e Energia Mental e

² Trechos da obra “Kodokan Judô”, traduzido por Wagner Bull para o português pela primeira vez em 2008. Este livro histórico é uma revisão da obra Kodokan Judô, publicada em 1956. O presente volume inclui material adicional proveniente de três fontes. O Capítulo 1, os parágrafos de 1 a 5 do Capítulo 2 e os parágrafos de 1 a 3 do Capítulo 3 foram escritos em inglês pelo professor Jigoro Kano. Esses trechos apareceram inicialmente em

Física: Escritos do Fundador do Judô - 2008³), os estudos de (MATSUDO et al, 2000); (ALVES, 2001); (FRANCHINI, 2001); (FONSECA, 2004), (YUZAN, 2005), (SILVA e PELLEGRINI, 2007), (STEVENS, 2007) e (WATSON, 2011), dentre outras referências.

Jigoro Kano - Professor, fundador do Judô moderno (Figura 6) e do Kodokan. Nasceu em 28/10/1860, em *Hamahigashi (Vila de Mikage)*, hoje parte da cidade de Kobe, distrito de Hyogo, filho de Jirosaku Mareshiba Kano. Terceiro filho de uma família de 3 meninos e 2 meninas. Era fisicamente fraco nos seus primeiros anos de vida, de baixa estatura, medindo 1,50 metro e seu peso, proporcional a altura, não ia além de 50 quilos, segundo nos apresenta o professor Watson, em sua obra *Memórias de Jigoro Kano, O início da História do Judô - 2011*.

Em 1869, de acordo com Watson (2011) quando Jigoro tinha somente 9 anos, a sua mãe faleceu e, *Jirosaku Kano*, decidiu mandar o seu filho Jigoro, acompanhado pelo irmão mais velho, *Kensaku*, para a pequena escola particular de *Seisatsusho Juku*, em Tóquio.

Em 1873, ainda segundo Watson (2011), já reconhecido como um excelente estudante (respeitoso, estudioso e com boas notas), *Jigoro* passou para *Ikuei Giguku*, uma escola onde cada disciplina era ensinada por professores Europeus, sendo o idioma das lições inglês ou alemão. O ano que passou nesta escola foi muito duro já que era frequentemente agredido pelos colegas mais velhos e mesmo pelos seus companheiros de quarto. No ano seguinte entrou na escola de línguas estrangeiras de Tóquio e, em 1875, inscreveu-se em *Kaisei*, uma escola reservada à

um livro chamado Judo (Jujutsu), publicado em 1937 pela Maruzen Company, de Tóquio. Outro trecho foi escrito em japonês pelo professor Kano e traduzido aqui, tomando-se a última seção do Capítulo 2. Esse texto foi publicado por Horii Shoten (Tóquio) em setembro de 1931, em *Judô Kyohan*. Outras partes deste trabalho foram escritas pelo comitê editorial da Kodokan para que a força de vontade e o espírito do autor pudessem ser preservados e apresentados aos estudantes de judô em todo o mundo.

³ Este livro é uma coletânea dos trabalhos e ensinamentos de Jigoro Kano, que fundou o judô Kodokan em Tóquio, em 1882. Também traduzido por Wagner Bull para o português pela primeira vez em 2008. O judô Kodokan nasceu da devoção de toda a vida do grande mestre ao antigo jujutsu, que ele reorganizou de maneira didática, tomando muito cuidado para preservar suas tradições clássicas. Ao longo de toda a sua vida, ele enfatizou várias vezes que é preciso entender o significado correto do judô e colocá-lo em prática. Isso quer dizer que se deve entender que o judô é o caminho para se fazer o melhor uso da energia física e mental, para se pôr isso em prática pelo bem da sociedade.

elite, que mais tarde seria nomeada Universidade Imperial de Tokyo. Infelizmente para ele também aqui a tradição de agredir e espancar os novos estudantes eram comuns.

Watson (2011), nos mostra que já com 15 anos, atraído pela perspectiva de que um homem frágil pudesse derrubar um gigante (ele media 1,54m) ele ouviu *Nakai Baisei* (um antigo membro da guarda pessoal do *Shogun*) dizer que o *Ju-Jutsu* (柔術) é um excelente método de treino físico. Resolve, pois, pedir a *Baisei* que lhe ensine esta arte, mas ele recusa, dizendo que o *Ju-Jutsu* é uma coisa do passado, completamente inadequado para um menino como ele.

Figura 7: Ideograma - Ju-Jutsu - em japonês, Ju (柔) => “suave, macio, flexível, adaptável” e Jutsu (術) => “técnica, arte ou ofício”



Fonte: <http://kodokanjudoinsitute.org/en/>

Assim, como jovem estudante, Jigoro tinha adquirido alguns conhecimentos do Ju-Jutsu, que naqueles tempos não eram muito divulgados, mas reservados mais aos velhos, célebres mestres da arte. Mas foi, de acordo com Stevens (2007), Fukudo Hachinosuke, Mestre de Lutas do Instituto Imperial para as Artes Marciais, quem iniciou Jigoro Kano no sistema Ten-Shin-Shinyo, onde prevaleciam pancadas e golpes com as mãos e os pés, como a aplicação de alavancagem e torção dos membros do oponente. Mais tarde, sob orientação do célebre mestre Jikubo Kohei, o aluno Jigoro Kano conheceu o Kito-Ju-Jutsu, cuja característica especial era uma técnica sofisticada de arremessos.

Apesar da sua fraqueza física cedo se revela um bom estudante de *Ju-Jutsu* e assim, dois anos mais tarde, segundo Stevens (2007) em 1879, quando se organizou uma demonstração de Budô (武 道), Figura 8 em honra do presidente *Ulysses Grant* dos E.U.A. *Jigoro Kano* foi um dos estudantes escolhidos por Sensei *Fukuda* para participar. A entusiástica reação do Presidente, afirmando que o *Ju-Jutsu* deveria ser mostrado a todo o mundo, marca profundamente Kano.

Figura 8. Ideograma - BUDÔ - em japonês , bu (武)=>“luta” e dō (道)=> “caminho”



Fonte: <http://kodokanjudoinstitute.org/en/>

Em 1882, fundou o próprio dojô, no templo Eisho-Ji. O ano de 1884 viu nascer o JUDÔ (柔 道), resultante da conjunção de vários sistemas de ju-jutsu e da introdução de seu fundamento filosófico (STANLEI, 1994).

Figura 9. Ideograma - JUDÔ “O Caminho Suave” - em japonês, JU (柔)=>“Suave” e DO (道)=> “caminho ou via”



Fonte: <http://kodokanjudoinstitute.org/en/>

Ainda segundo Stanlei (1994), o Dr. Baez, que lecionou como professor de medicina alemã, 1876 até 1892, na Universidade de Tóquio, apoiou Jigoro Kano no seu interesse no Ju-Jutsu que, como meio excelente de educação física, foi

finalmente incorporado no currículo da Universidade de Tóquio. Estabeleceu normas a fim de tornar o aprendizado mais fácil e racional. Idealizou regras para um confronto esportivo, baseado no espírito do *ippon-shobu* (luta pelo ponto completo). Procurou demonstrar que o Ju-Jutsu aprimorado, além de sua utilização para defesa pessoal, poderia oferecer aos praticantes, extraordinárias oportunidades no sentido de serem superadas as próprias limitações do ser humano.

Após um abrangente estudo sobre o assunto, percebi um princípio único que unia tudo: era necessário fazer o uso mais eficiente possível das energias mental e física. Com esse princípio em mente, estudei novamente todos os métodos de ataque e defesa que tinha aprendido, mantendo apenas aqueles que estivessem de acordo com esse princípio. Descartei os que não estavam de acordo e substituí-os por técnicas em que o princípio estava corretamente aplicado. Ao conjunto de todas as técnicas resultantes chamei então de judô, para distinguir essa arte de sua predecessora, e é ela que nós ensinamos na Kodokan (KANO, 2008, p. 20).

Jigoro Kano tentava dar maior expressão à lenda de origem do estilo Yoshin-Ryu (*Escola do Coração de Salgueiro*), que se baseava no princípio de "ceder para vencer", utilizando a não resistência para controlar, desequilibrar e vencer o adversário com o mínimo de esforço. Em um combate, o praticante tinha como o único objetivo: a vitória. No entender de Kano, isso era totalmente errado. Uma atividade física deveria servir, em primeiro lugar, para a educação global dos praticantes. Os cultores profissionais do Ju-Jutsu não aceitavam tal concepção. Para eles, o verdadeiro espírito do Ju-Jutsu era o *shin-ken-shobu* (vencer ou morrer, lutar até a morte) (KANO, 2008).

O impulso final para isso tinha sido uma competição, conforme Watson (2011), organizada por intermédio do Dr. Baez, entre oficiais da polícia da cidade de Tschiba e alguns estudantes da universidade, realizada nesta. Totsuka, velho instrutor de Ju-Jutsu dos policiais de Tschiba, viu seus lutadores de ju-jutsu, por ele bem treinados, perderem folgadoamente dos jovens estudantes de Judô, em Tóquio.

Em 1891, ele casou com a filha mais velha do embaixador coreano Sensei Takezoe; o nome dela era Sumako. Eles tiveram 9 filhos (6 meninas e 3 meninos). O professor Jigoro Kano tinha sido inicialmente estudante de Ciências Políticas, também estudava História da Literatura, Filosofia, Ética e Educação Física, chegou a

ser docente numa universidade japonesa; em 1893 ele foi convocado para o Ministério da Educação japonês. Avançando com a organização do Kodokan e formulando as normas do Judô, ele tornou-se o primeiro membro Asiático do Comitê Olímpico Internacional em 1909, como presidente do Comitê Olímpico Internacional no Japão e em 1911 presidiu a Associação Atlética Japonesa, trabalhando assim para a difusão do Judô por todo o mundo (STANLEI, 1994).

Notadamente que Kano introduziu o desporto e a Educação Física no plano educacional do Japão, fato esse que já seria o suficiente para perpetuar seu nome como educador e como esportista. Em 1935, de acordo com Watson (2011), foi condecorado com o prêmio “Asahi” pela sua contribuição fantástica para o desporto japonês ao longo de uma vida. Mestre Kano viajou o mundo todo divulgando não apenas sua arte, mas principalmente sua filosofia de vida. Esperava contribuir para a saúde e qualidade de vida de pessoas de todo o planeta. Com tudo isto, Jigoro Kano recebe a recompensa com o título de Pai da Educação Física no Japão .

Jigoro Kano, ainda conforme os autores Stevens (2007) e Watson (2011), patriarca das artes marciais modernas, morreu em quatro de maio de 1938, após contrair uma pneumonia a bordo de um navio chamado Hikawa-Marú, que retornava de uma assembléia geral do Comitê Olímpico na cidade do Cairo, no Egito, onde foi decidido que Tóquio seria aceita como local para a realização das Olimpíadas de 1940, nas quais o judô deveria ser incluído primeira vez como um das modalidades, tinha o mestre 78 anos. Postumamente recebeu o 2º Grau Imperial, uma das mais altas comendas japonesas. Seu grande sonho, no entanto, só se realizaria em 1964: a inclusão do Judô nos Jogos Olímpicos de Tóquio.

5.1 Judô Kodokan - Histórico, Ensinaamentos e Filosofia

Criado em fevereiro de 1882, conforme Stanlei (1994) o Judô é uma forma de combate do século XVI, no decorrer do pleno feudalismo nipônico, onde as artes guerreiras de lutas eram desenvolvidas de modo que o confronto corpo a corpo eram geralmente derivado do Ju-Jutsu, arte de ataque e defesa sem o uso de nenhuma arma ou instrumento, a não ser o próprio corpo.

Ainda segundo Stanlei (1994), Jigoro Kano, fundador do Judô, decidiu praticar a arte do Ju-Jutsu, e teve como mestres Jikubo Kohei e Machinosoke Fukuda,

herdando seus conhecimentos de grande importância para o aperfeiçoamento do Judô, eliminando os golpes mais lesivos (socos e pontapés) e Kano passa a dedicar-se à formulação de um sistema de *Ju-Jutsu* reformado em princípios científicos, integrando o combate com a instrução mental, moral e física, mantendo as técnicas que se conformam aos princípios científicos e rejeitando todas as outras, pois a finalidade era a de formar cidadãos pacíficos.

Em 1882, Watson (2011) nos apresenta o fato histórico que aos 22 anos, Jigoro Kano funda o seu próprio Dojô, nas instalações do templo budista Eishosi, em Tóquio (Figura 10), foi denominado de Kodokan (講道館) - (que significa "Instituto do Caminho da Fraternidade" - Escola para o Estudo da Vida) - Figura 11. Ele começou com apenas nove alunos em um dojô de doze tatames. Em poucos anos, o Judô do Kodokan foi reconhecido como sendo excelente, uma vez que seus alunos superaram os atletas do Ju-Jutsu, no Campeonato Policial Tschiba. Este foi de fato o primeiro degrau para um rápido progresso futuro.

Figura 10. Templo Budista Eishosi



Fonte: <http://kodokanjudoinstitute.org/en/>

Figura 11. Ideograma - KODOKAN - em japonês , KO (講)=>"palestra, estudo, método", e DO (道) =>"caminho ou via" e KAN (館)=> "Instituto"



Fonte: <http://kodokanjudoinstitute.org/en/>

Figura 12. Kodokan - "um lugar para estudar o caminho", o que explica muito bem a intenção do fundador da arte (dias atuais)



Fonte: <http://kodokanjudoinstitute.org/en/>

Em 1932, o Mestre Jigoro Kano levou 200 alunos da KODOKAN (Figura 12) aos Jogos Olímpicos de Los Angeles, onde fizeram uma demonstração que aguçou a curiosidade de todos os presentes Watson (2011). Em 1964, o judô integrou os Jogos Olímpicos de Tóquio como esporte masculino e, graças à persistência da americana Rusty Kanokogi e de outras mulheres judocas, o judô feminino tornou-se uma modalidade olímpica em 1988. Hoje, a modalidade também integra os Jogos Paralímpicos e os Jogos Olímpicos Especiais, apoiado pelos adeptos do Judô e promotores esportivos de todo o mundo.

Segundo Kano apud Sugai (2000, p. 217, vol. 1), Jigoro Kano, ao discorrer sobre o Judô e seus princípios básicos, assim o definia: “Eu dei a todos esses princípios o nome de Judô. Então, Judô no seu maior e mais completo significado, é o estudo de um método de treinamento da mente e do corpo, de maneira a regular a vida e os afazeres”.

O termo Judô é composto por dois ideogramas, o "JU" (柔) que significa agilidade, não resistência, suavidade e o "DÔ" (道) que significa via, caminho meio ou modo, como filosofia de vida. O ensinamento máximo deixado pelo mestre está

gravado em duas frases: "Seiryoku Zenyo" (精力善用) (O melhor uso da energia, isto é, a máxima eficiência com o mínimo esforço) e "Jita Kyohei" (自他共栄) (Prosperidade, bem estar e benefício mútuo) (KANO, 2008).

Assim podemos verificar que existe algo mais profundo que a simples arte de "ataque e defesa" envolvendo o treinamento de Judô. Maneira pela qual, penetramos na verdadeira razão de ser do Judô, na essência, que são os ensinamentos filosóficos. O Judô como um todo e em cada uma de suas partes, é filosofia! E transmitir isto àqueles que desejam trilhar o seu caminho, é dever dos mais experientes e especialmente daqueles que assumem a missão de educadores desta arte (KANO, 2008).

Ainda que eu considere o Judô dualisticamente, a prosperidade e benefícios mútuos pode ser vista como sua finalidade última e a máxima eficiência como meio para atingir esse fim. Essas doutrinas são aplicáveis a todas as condutas do ser humano (KANO, 2008, p.24).

Diante destes fatos, não é correto pensar no Judô como uma simples arma de auto defesa ou puramente como um esporte e ganhar competições, mas também e principalmente, como uma forma de viver.

Segundo Robert (1983 p. 492), "O judô é um todo que deve ser estudado, compreendido e dominado. Mestre Kano, ao criá-lo, fê-lo um sistema de educação integral da personalidade". É natural que ao pararmos para meditar, acabamos comparando cada ato dentro do dojô, no treinamento de Judô, a um procedimento de nossa vida. O praticante de Judô, na perspectiva do autor, não deve, portanto, ser apenas atleta competidor, bom esportista, mas necessita absorver o conteúdo filosófico do Judô e utilizá-lo na prática para atingir a condição de um verdadeiro judoca.

Deve-se, nesse sentido, entender que seguir "*o caminho suave*" é aprender a aceitar com naturalidade os fatores que facilitam e dificultam nossas vidas, assim como são as bases do Judô: *ceder para vencer*. É aprender a respeitar seus semelhantes com o mesmo respeito e sinceridade com que faz a saudação *Rei*. É aprender a ser humilde, com a mesma humildade com que executa *ukemi*, caindo para se levantar. É aprender a ser perseverante, com a mesma perseverança com

que faz *utikomi* para aperfeiçoar sua técnica. É aprender a ser justo em seu pensamento, como a precisão necessária que deve ter seu corpo para aproveitar o momento exato de *kuzushi* do oponente. É aprender a ser firme, como a firmeza de sua técnica, para assumir a responsabilidade que lhe couberem. É aprender a ser leal e honesto, com a mesma lealdade e honestidade encontrada quando iniciou seus passos ao aprendizado do Judô, pelos ensinamentos dos educadores (*sen-sei*) e dos companheiros (*dó-hai*) (KANO, 2008).

Todo judoca, com os completos ensinamentos do Judô compreendidos no seu íntimo, tem a sua forma de viver diferenciada, seja na autoconfiança que transpira em sua alma, seja pelo respeito que dispensa às pessoas, seja pela certeza de estar num mundo melhor. Este aprendizado do judoca, que não é apenas físico e técnico, mas transcende as palavras e atos materiais, fazem com que ele (*como amante desta arte*) lute pelo seu intento, e também seja capaz de aceitar com naturalidade, que a vitória e a derrota são unicamente consequência de suas reais condições.

Esta base filosófica faz com que o Judô se caracterize como um verdadeiro esporte, muito disciplinado e admirado, no qual o confronto corpo a corpo conduz ao melhor entendimento entre as pessoas, atingindo assim os seus objetivos de sociabilização, de educação e de cultura física, para o bem estar do ser humano (KANO, 2008).

Quanto ao Espírito do Judô, segue algumas frases adotadas por Jigoro Kano no sentido de expor o trato pedagógico presente na filosofia, com base em Kano (2008):

- "Conhecer-se é dominar-se, dominar-se é triunfar".
- "Quem teme perder já está vencido".
- "Para alcançarmos a perfeição necessitamos uma dose de treinamentos, duas doses de sabedoria e quatro doses de humildade". "Quando verificares, com tristeza , que não sabes nada, terás feito teu primeiro progresso no aprendizado".
- "Nunca se orgulhe de vencer um adversário, ao que venceste hoje, poderá derrotar-te amanhã".

- "O judoca não se aperfeiçoa para lutar mas luta para se aperfeiçoar".
- "O treinamento de Judô não requer apenas o aprimoramento de técnicas eficazes em combates. Envolve também a formação espiritual do judoca, nunca podendo deixar que a parte técnica ultrapasse a força do espírito".
- "Nas águas do mar da vida chega mais longe quem nada como deve, quando deve e até onde deve".
- "Melhor do que nunca cair é levantar após cada queda."
- "O judô não está na faixa, o judô não está em ganhar, o judô está no coração"
- "O judô não é uma arte marcial, e sim uma filosofia de vida"
- "Ruim não é quem não soube cair, mas sim quem caiu e não soube levantar"
- "Somente se aproxima da perfeição, quem a procura com constância, sabedoria e sobretudo com humildade"
- "A vitória que perdura é a que se conquista sobre a própria ignorância" "O judoca não se aperfeiçoa para lutar, luta para se aperfeiçoar"
- "Saber cada dia um pouco mais e usá-los todos os dias para o bem, esse é o caminho dos verdadeiros judocas".
- "Praticar Judô é ensinar a inteligência, a pensar com velocidade e exatidão, bem como a obedecer com justeza".
- "O corpo é uma arma cuja eficiência depende da precisão com que se usa a inteligência".

(KANO, 2008)

Cronologia de vida de Sensei Kano, de acordo com Stanlei (1994, p. 117):

18/10/1860 - Data de nascimento

1877 - Ingressa na Universidade Imperial de Tóquio Torna-se aluno do Mestre Fukuda (Ju-jutsu)

1878 - Funda o primeiro clube de basebol do Japão

1881 - Licenciado em letras Torna-se aluno da escola de Kito (Ju-jutsu),

1882 - Forma-se em Ciências Estéticas e Morais Em fevereiro, funda a sua Escola da qual deu o nome Judô Kodokan - Em agosto é nomeado professor no Colégio dos Nobres
1884 - Nomeado adido do Palácio Imperial
1886 - Nomeado vice-presidente do Colégio dos Nobres
1889 - Viaja à Europa como Adido da Casa Imperial
1899 - Torna-se Presidente do Butokukai (Centro de estudo de artes militares)
1907 - Elabora os três primeiros Katas de Judô
1909 - Torna-se membro do Comitê Olímpico Internacional, como primeiro representante do Japão
1911 - Eleito presidente da Federação Desportiva do Japão
1922 - Passa a Ter assento na Câmara Alta do Parlamento Japonês
1924 - Nomeado Professor Honorário da Escola Normal Superior de Tóquio
1928 - Participa da Assembléia Geral dos Jogos Olímpicos de Amsterdã
04/05/1938 - Morreu a bordo do navio que transportava ao Cairo onde se realizava a Assembléia Geral do Comitê Internacional dos Jogos Olímpicos.
(STANLEI, 1994)

5.2 O Judô no Brasil

O professor Stanlei Virgílio, em seu livro *A Arte do Judô*, Papiarus 1994, faz referência à introdução do Judô no Brasil! O judô no Brasil foi introduzido no início deste século, pelos primeiros imigrantes japoneses que vieram trabalhar na lavoura do café nas fazendas localizadas nos estados de São Paulo e Paraná, por volta de 1908. q

Na perspectiva de Stanlei (1994), o Brasil teve dois grandes mestres desse esporte que lamentavelmente passaram despercebidos diante de nosso público devido a imprensa especializada apenas dar valor ao futebol. Foram eles Ryuzo Ogawa e Sensei Ono.

Ryuzo Ogawa foi uma das maiores autoridades mundiais em judô, tendo nascido no ano em que Jigoro Kano fundou a Kodokan e iniciado sua prática de judô com 9 anos, treinando de 3 a 4 horas por dia. Foi honrado com diploma de mérito do imperador Meiji, por uma demonstração feita em Tóquio, tendo se tornado professor das crianças da realeza.

Ainda segundo Stanlei, em 1934, quando contava 52 anos, imigrou para o Brasil. Sendo possuidor do nono grau de faixa preta, era uma das maiores autoridades mundiais em judô e, embora tivesse fundado a Associação Budokan do Brasil - ABB em 1945, jamais recebeu por parte da imprensa especializada a atenção que merecia.

Na década de 60 a revista americana Black Belt dedicou extensa reportagem a sua pessoa, reconhecendo-o como um dos grandes mestres mundiais nessa modalidade. Ao falecer, com noventa e poucos anos de idade, deixou atrás de si uma fortíssima organização de judô com quase oitenta academias.

Stanlei (1994) apresenta a possibilidade de que sensei Ono, ao chegar ao Brasil, tenha alugado um boxe no Mercado Municipal de São Paulo, onde propunha combates enfrentando adversários no sentido de demonstrar a efetividade da sua luta. Mais tarde, tendo estabelecido sua escola de judô, veio a se tornar uma figura lendária e muito popular no estado de São Paulo, tendo treinado seu sobrinho Akira Ono, que viria a se tornar o primeiro campeão brasileiro a vencer os Jogos Pan-americanos em judô.

Outra figura, segundo Stanlei (1994), que se destacou mas, a partir de 1908, era mais um dos discípulos de Jigoro Kano, sensei Mitsuyo Maeda (shi-dan; 4º grau da faixa preta) , conhecido também como Conde Koma, este ofereceu os seus serviços à Academia Militar, ensinando judô aos integrantes do Exército Brasileiro. Ele já havia estado antes, em 1906, juntamente com mais dois discípulos de Kodokan, Tsunejiro Tomita e Shinshiro Satake, nos Estados Unidos. Faziam demonstrações da nobre arte do judô.

Como os estadunidenses adotavam a perspectiva do “acreditar pela experiência”, aceitaram mais de mil desafios de lutadores de boxe ou de luta livre, não perdendo nenhuma competição. Um dos primeiros alunos de Conde Maeda no Brasil foi o Sr. Carlos Gracie, que aprendeu primeiramente as técnicas de Judô e depois técnicas de Ju-jitsu e de outros tipos de combate que Sensei Maeda também dominava. Esse conjunto de aprendizados foi o começo da família mais conhecida no mundo das artes marciais brasileiras, a lendária Família Gracie, que adaptou a luta ao que hoje se denomina de Jiu-Jitsu Brasileiro ou Jiu-Jitsu Gracie, internacionalmente reconhecido como *Brasilian Jiu Jitsu* (BJJ).

Chegava ainda ao Brasil, em 1934, o mestre Ryuzo Ogawa, 8º dan, fundando a academia Ogawa (Budokan), com o objetivo de aprimorar a cultura física, moral e espiritual, através do esporte de kimono (keikogi - 稽古着),

obedecendo aos princípios morais e filosóficos pregados pelo mestre Jigoro Kano. Na perspectiva de Stanley (1994), não se pode deixar de reconhecer que o crescimento do judô no Brasil perpassou pelo trabalho e dedicação do mestre Ogawa. Desta que, em 1938, Ogawa, juntamente com um grupo de idealistas oriundos do Japão, começaram um trabalho de amplos ideais, que visava projetar o judô na preferência dos brasileiros, separando-o definitivamente do Ju-Jutsu. Esse trabalho foi a conquista final para a confirmação do judô no Brasil, expandindo rapidamente para o interior, onde em algumas regiões, embora muito discretamente, já era praticado. Com a mesma intensidade e rapidez investiu também para outros estados, alastrando o Judô para todo o Brasil (STANLEY, 1994).

Na década de 1940, consolidou-se o prestígio do judô em todo o Brasil, propagando-se a sua prática no Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, dentre outros estados, fundando-se novas academias e crescendo o número de seus praticantes.

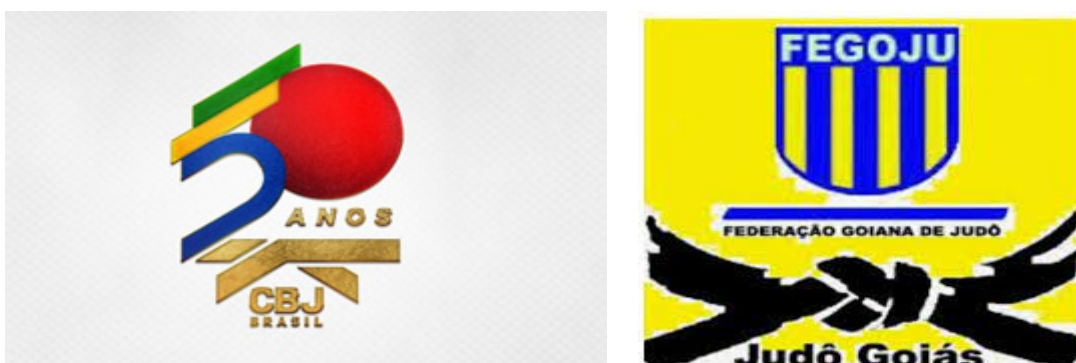
Continuando com mais força nos anos de 1950, Stanley nos mostra que o já vigoroso crescimento do Judô no Brasil na década de 1940, se faz necessário a criação de um órgão mentor para dirigir, coordenar as atividades judoísticas em franco desenvolvimento. Na época, o judô no Brasil era dirigido pela Confederação Brasileira de Pugilismo. Para essa coordenação, funda em São Paulo a sua federação, em 17 de abril de 1958, e no Rio de Janeiro, em 09 de agosto de 1962. A Federação Goiana de Judô (FEGOJU) foi fundada em 24 de julho de 1964, sendo reconhecida de utilidade pública estadual pela Lei n.9.524/84, e teve como seu primeiro presidente o professor Dr. Julpiano Chaves.

Dia a dia acentuava-se a necessidade de um órgão nascido nos próprios meios judoísticos, dedicando-se exclusivamente ao judô, que o representasse a nível nacional e internacional. Assim, em 18 de março de 1969, foi fundada a Confederação Brasileira de Judô, tendo como seu primeiro presidente Paschoal Segreto Sobrinho.

E em 22 de fevereiro de 1972, foi a Confederação Brasileira de Judô - CBJ (Figura 13) reconhecida oficialmente por decreto federal, sendo então o seu presidente Augusto de Oliveira Cordeiro.

Hoje a Confederação Brasileira de Judô - CBJ é presidida pelo sensei Kodansha Silvio Acácio Borges - 8º Dan e sua representante em Goiás (Federação Goiana de Judô) pelo sensei Kodansha Josmar Amaral - 8º Dan.

Figura 13. Logo - Confederação Brasileira de Judô - Federação Goiana de Judô



Fonte: <https://cbj.com.br/>

Utilizando um pouco do relato do grande escritor Armando Freitas, um ano antes de embarcar na viagem solitária para a Olimpíada de Tóquio, o atleta brasileiro Lhofei Shiozawa brilhou nos Jogos Pan-americanos, disputados em São Paulo, em 1963. Conquistou a única medalha de ouro para o Brasil no esporte, que fazia sua estreia na competição e foi a primeira medalha de um brasileiro em eventos internacionais de Judô. O qual temos grande satisfação em falar e citar seu nome e legado... meu eterno sensei no qual fui treinar com ele em 1988 no Jôquei Clube de Goiás.

Stanley (1994) nos mostra que a partir deste marco histórico para o Judô brasileiro o Brasil ganhou medalhas em todos os outros jogos Pan-americanos, sendo 111 pódios, sendo 31 ouros, 33 pratas, 47 bronzes até o último realizado em Guadalajara no México.

Conforme apresentado por Suguizaki (2018), o Judô iniciou sua jornada nos Jogos Olímpicos em 1964, em Tóquio, no Japão, quando houve lutas de apenas quatro categorias masculinas - os pesos leve, médio, pesado e absoluto.

Novamente, utilizando um pouco do relato do grande escritor Armando Freitas, entre os inscritos na categoria médio, estava o brasileiro, filho de japoneses e nosso eterno shihan, o único judoca brasileiro, com todas as dificuldades possíveis e impossíveis naqueles Jogos Olímpicos: Lhofei Shiozawa (Figura 14).

Sua participação foi um exemplo de persistência e determinação. Sem qualquer apoio, viajou sozinho e com pouquíssimo dinheiro. Em Tóquio, teve de se virar para conseguir lugar para dormir e treinar e ainda superou várias outras dificuldades, como a falta de técnico ou descobrir os dias e locais de competições em boletins escritos em japonês. Com tanto esforço, chegou perto de uma medalha de bronze, mas acabou retornando ao Brasil com um honroso quinto lugar.

Figura 14. Olimpíadas Tóquio 1964 e Lhofei Shiozawa



Fonte: <https://cbj.com.br/>

Segundo Suguizaki (2018), em 1968, não houve competições de Judô nas Olimpíadas da Cidade do México. Assim, ainda conforme Sugizaki, apenas oito anos depois, novamente lá estava sensei Shiozawa em mais uma Olimpíada, agora em busca de uma medalha nos Jogos de Munique, na Alemanha. Mas dessa vez não estava sozinho. Tinha a companhia de Chiaki Ishii, que competiu na categoria meio-pesado e coube exatamente a Ishii (com três vitórias e duas derrotas) a honra de ser o primeiro judoca brasileiro a subir em um pódio olímpico garantido a medalha de bronze (Figura 15).

Figura 15. Olimpíadas Munique 1968, Chiaki Ishii- 1ª medalha Olímpica no Judô



Fonte: <https://cbj.com.br/>

Como verificamos, o judô estreou no programa olímpico nos Jogos de Tóquio-1964, e 20 anos mais tarde, em Barcelona, as mulheres foram aceitas e começaram a competir.

O judô é o esporte que mais conquistou medalhas olímpicas para o Brasil na história. São 24 pódios, sendo quatro ouros, três pratas, dezessete bronzes e um honrado 5º colocado na primeira Olimpíada no Japão.

Outro grande destaque que temos que registrar aqui em nosso trabalho é o Judô Paralímpico que é praticado por deficientes visuais desde a década de 1970. Segundo a Kodokan 2020, o judô foi a primeira modalidade de origem asiática a integrar o programa Paralímpico, estreando nos Jogos de Seul - 1988, apenas com disputas entre homens. Os Jogos de Atenas - 2004 marcaram a entrada das mulheres nos tatames. A entidade responsável pelo judô é a Federação Internacional de Esportes para Cegos (IBSA, na sigla em inglês), fundada em Paris, em 1981. No Brasil, a Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV) administra a modalidade.

Conforme a CBDV (2020), a modalidade é disputada por atletas com deficiência visual divididos em categorias de acordo com o peso e classificados de acordo com sua deficiência visual.

***B1:** (CEGO) - Percepção da luz em um dos olhos até percepção da luz, mas sem condições de reconhecer a forma da mão a qualquer distância ou em qualquer direção.

***B2:** (Percepção de Vulto) - Capaz de reconhecer a forma de uma mão até uma acuidade visual de 2/60 e/ou campo de visão inferior a 5 graus.

***B3:** (Definição de imagem) - Uma acuidade visual de menos de 2/60 até 6/60 e/ou um campo visual superior a 5 graus e inferior a 20 graus.

O combate tem até cinco minutos de duração, e as lutas acontecem sob as mesmas regras utilizadas pela Federação Internacional de Judô, com pequenas modificações em relação ao judô convencional. A principal delas é que o atleta inicia a luta já em contato com o quimono do oponente. Além disso, a luta é interrompida quando há perda desse contato e não há punições para quem sai da área de combate.

O Brasil teve cinco judocas na edição dos Jogos Paralímpicos de Seul-1988, primeira em que o esporte foi disputado. A delegação verde-amarela da modalidade voltou para casa com três bronzes, conquistados por Jaime de Oliveira (categoria até 60kg), Júlio Silva (até 65kg) e o querido goiano Leonel Cunha (acima de 95kg)- (Figura 16).

Desde então, o judô brasileiro só não conquistou medalhas nos Jogos de Barcelona-1992. Em Atlanta-1996 veio o primeiro ouro, com Antônio Tenório da Silva, na categoria até 86kg. As primeiras medalhas femininas vieram em Atenas-2004, com Karla Cardoso, prata na categoria até 48kg, e Daniele Silva, bronze na categoria até 57kg. No total, a modalidade já rendeu ao Brasil 18 medalhas na história dos Jogos, sendo quatro ouros (todos conquistados por Antônio Tenório), cinco pratas e nove bronzes.

Figura 16. Sensei Leonel Cunha - 1ª medalhista Paralímpico no Judô Goiano



Fonte: <https://judogoias.com.br/>



Atualmente a CBDV organiza o Grand Prix de judô para cegos, evento que ocorre duas vezes ao ano e que tem como objetivo a divulgação do esporte por todo o país. Além dos torneios descritos anteriormente, o judô para deficientes visuais foi incluído no maior evento Paralímpico brasileiro, as "Paralimpíadas Escolares", com participação de alunos com idade entre 12 e 18 anos, e organizado pelo Comitê Paralímpico Brasileiro.

5.3. A Graduação, Orientações da arbitragem e os fundamentos Básicos e técnicos do Judô

O sistema de graduação de faixa, conforme Stallei (1994) e Sugazaki (2018) hoje usado no mundo todo no judô e outras escolas de artes marciais, foi também desenvolvido por Jigoro Kano, em 1884. Ele cria um sistema de graduações baseado em Kyu e Dan e gradua os primeiros "Shodan" do Kodokan - Sojiro Tomita e Shiro Saigo. Este sistema é inovador relativamente ao sistema tradicional - Menkyo - que instituía as seguintes qualificações: Shogo, Tashi, Renshi, Kyoshi, Hanshi e Shihan. O sistema de kyu/Dan, de Jigoro Kano, consistia em apenas três faixas: branca para os neófitos, marrom para aqueles com mais de seis meses de prática e preta para os já iniciados, esse sistema é usado até hoje no kodokan e várias escolas japonesas ainda seguem esse sistema.

Já o sistema utilizado por nós, ocidentais, nasceu em 1935, da ideia de Mikonosuke Kawaishi, um Judoca da Butokukai, que fundou o primeiro Dojô permanente de Judô na França, denominado Clube Franco-Japonês. Kawaishi, verificando que o método clássico de ensino do Judô não cativa os franceses, institui cintos (faixas) coloridos para as várias graduações e adota designações numéricas para substituir as designações japonesas das técnicas.

Ainda em tempo, antigamente, as faixas femininas possuíam uma fita de cor branca no meio da faixa no sentido longitudinal para diferenciar das faixas masculinas.

Assim, nos dias de hoje, conforme Stanlei (1994) a graduação é separada em três categorias:

* Principiantes até faixa marrom (Mudansha ou Dangai)

* Faixa preta (Yudanshas)

* Mestres (Kodanshas)

As faixas do grupo Dangai são conquistadas nos clubes e/ou academias através de exames teóricos e práticos, bem como, são observados: pontualidade, assiduidade, respeito, disciplina e progresso técnico. Já as faixas do grupo Yudan (faixa preta) somente podem ser conquistadas através de processo seletivo realizado pela Comissão Nacional de Graus da Confederação, efetuado junto às Federações estaduais e homologados pela Comissão Nacional de Graus da Confederação Brasileira de Judô conforme regulamentação.

Segundo o Regulamento para Exame e Outorga de Faixas e Graus da Confederação Brasileira de Judô - CBJ (2023), de acordo com os níveis de aquisição dos conhecimentos históricos, filosóficos, os princípios do espírito do Judô, domínio e habilidades na execução das técnicas, e ainda a contribuição na divulgação e progresso do Judô, aos praticantes será autorizado usar as faixas nas cores conforme sequência abaixo:

Faixas:

* Branca (iniciante)

p/ Cinza (11º Kyu)

* Cinza (10º Kyu)

p/ Azul (9º Kyu)

* Azul (8º Kyu)

p/ Amarela (7º Kyu)

* Amarela (6º Kyu)

p/ Laranja (5º Kyu)

* Laranja (4º Kyu)

* Verde (3º Kyu)

* Roxa (2º Kyu)

* Marrom (1º Kyu)

Faixa preta (Yudanshas)

1º Sho-Dan - Preta

2º Ni-Dan - Preta

3º San-Dan - Preta

4º Io-Dan - Preta

5º Go-Dan - Preta

Por fim, o grupo de Kodanshas é outorgado apenas pela Confederação!!
Conforme os grandes mestres e a doutrina japonesa... a cor da faixa indica o grau

de maturação e/ou aprendizado em que se encontra o judoca, são as faixas vermelha e branca (coral) e Vermelha!

6º Roku-Dan - Vermelha e Branca

7º Shitchi-Dan Vermelha e Branca

8º Ratchi-Dan - Vermelha e Branca

9º Ku-Dan - Vermelha

10º Ju-Dan - Vermelha

Conforme o Regime Nacional de Eventos - 2023, as categorias no judô são distribuídas de acordo com peso e idade dos atletas (Masculino e Feminino):

As categorias de peso são: "pluma", super leve, leve, meio-leve, leve, meio-médio, médio, meio-pesado, pesado, super-pesado. (As medidas dos pesos variam de cada categoria)

As categorias de idade são: Pré Mirim: 5 e 6 anos, Mirim: 7 e 8 anos, Infantil: 9 e 10 anos, Infante Juvenil (Sub 13): 11 e 12 anos, Pré Juvenil (Sub 15) 13 e 14 anos, Juvenil (Sub 18) 15, 16 e 17 anos, Júnior (Sub 21): 17, 18 e 19 anos, Sub 23: 15 a 22 anos, Sênior acima de 20 anos e Máster acima de 30 anos, divididos a cada ciclo de 5 anos...

Em relação a arbitragem, durante um combate, os árbitros usam gestos para indicar certa ação que ocorre durante a luta. Abaixo, seguem as orientações dos gestos que constam na regra do FIJ - 2023 (Federação Internacional de Judô) e as novas recomendações da CBJ - 2023 (Confederação Brasileira de Judô).

Hajime - "INICIAR"

Ippon - "Golpe perfeito"- ocorre quando o judoca é projetado com as costas no chão, ou imobilizado por 20 segundos, ou quando por falta(s) cometida(s) é penalizado c/ HANSO-KUMAKÊ.

Waza-ari - "Golpe quase perfeito" - ocorre quando o judoca é projetado com quase a totalidade das costas, ou quando é imobilizado entre 15 e 19 segundos.

Waza-ari-awasete-ippou - Primeiro o gesto de Waza-ari e depois o de Ippou .

Ossaekomi – "IMOBILIZAÇÃO"

Ossaekomi-Toketa – "Imobilização Desfeita"

Mate – "PARAR"

Soromade - "TERMINAR - FINALIZAR"

*Observações:

» Para solicitar assistência médica, faz um sinal com a mão aberta acima da cabeça no sentido do atendimento médico, e depois de visualizado pela equipe, direciona o competidor... que agora deve ser atendido na lateral da área de competição.

» Para atribuir uma penalização - Aponta em direção do competidor com o indicador estendido e a mão fechada.

» Não-combatividade - Rodar com um movimento para a frente e os antebraços à altura do peito e apontar depois com o indicador na direção do competidor.

Ainda em relação à arbitragem, no judô existem as advertências-faltas e punição. A escala das diversas penalidades será a seguinte:

- 1º Advertência - SHIDO = equivale a 1ª advertência

- 2º Advertência - SHIDO = equivale a 2ª advertência

- 3º Advertência => Punição - HANSOKUMAKE = Desclassificação - válido um IPPON para o adversário

Obs.: » Em caso de empates durante o tempo normal, o judoca que tiver o número menor de advertência será o vencedor. Caso o empate persista, teremos o tempo extra (golden score)

O "DOJÔ" (道場), conforme Lowary (2011), palavra de origem budista, significa local para estudo do caminho. As salas de prática são simples e todas têm uma decoração semelhante: uma foto do fundador e kanji com alguma inscrição em japonês.

“O Dojo, para os praticantes de Judô, é um oásis no deserto do tumulto extenuante da vida, livre de distinções e formalidades, tanto do ponto de vista social, racial, nacional, como do ponto de vista político e religioso”. (LASSERRE, 1969, p.36).

Neste local cultiva-se o respeito, não se eleva a voz e as “brincadeiras” não existem. Após o término das aulas a sala é esvaziada e os diálogos necessários entre amigos são feitos na parte externa, vestiário ou na rua. O silêncio é condição fundamental para quem treina e assim sendo, mesmo no vestiário deve-se conversar sem alteração da voz, isso demonstra educação e seriedade.

As visitas, quando têm permissão para assistir um treino, não elevam a voz e portam-se educadamente, devido ao ambiente de respeito que há no "Dojô".

A todo momento podemos notar a concentração e a serenidade que existem nestes lugares de prática do Judô. Sinal de respeito e disciplina que o esporte apresenta a todos!!

Gostaríamos de apresentar o ato do "SOJI" (掃除), que segundo Lowary (2011), em sua tradução é o ato de limpar... Diferentemente do que acontece na cultura Oriental, infelizmente, aqui no Brasil, o ato de limpar geralmente está vinculado a algum tipo de humilhação ou castigo, ou o que é mais comum, que isto é a obrigação de outra pessoa....

No Japão, ainda segundo Lowary, este ato sempre é realizado após a aula... onde iniciantes, veteranos, adultos ou crianças, todos pegam seu paninho molhado, agacham e saem em disparada passando o pano no chão. Mas, mais do que o simples verbo "limpar" no caso no plano físico, que também é importante para mantermos sempre o local de treino limpo, arejado e em condições para nossos treinamentos, o "Soji" tem um significado espiritual (metafísico - como se diz na Filosofia), de acordo com um Mestre Kano: "Quando fazemos Soji, temos a oportunidade de limparmos também a alma, jogando fora junto com a sujeira, nossas imperfeições, nosso ego, nos permitindo buscar mais a humildade, juntamente com a conscientização de que a "limpeza" física ou espiritual é, na verdade, responsabilidade de todos. " No Japão, faz parte da disciplina/respeito pelo espaço e é obrigação de todos!

E todos nós tivemos a oportunidade de ver "in-loco" durante a Copa do Mundo no Brasil em 2014 e nas Olimpíadas do Rio em 2016, o que para eles é normal como respeito e disciplina... para nós ficou como um grandioso exemplo a ser seguido.

O judô, em Kano (2008), apresenta como fundamentos básicos e a saudações:

REI-HÔ (saudações):

TATI-REI (RITSU-REI) Em pé

ZA-REI ajoelhado (em sei-za)

SEILETSU (alinhamento para saudações)

KIOTSUKE (atenção)

MOKUSO (meditação. concentração)

REI (saudação)

SHINTAI (deslocamento sobre o tatame):

AYUMI-ASHI (passo normal)

SURI-ASHI (passo normal arrastado)

TSUGI-ASHI (passo sobrepasso - emendado)

SHIZEI (posturas):

ZA-I (posição sentado)

SEI-ZA (posição fundamental no solo - ajoelhado)

KYOSHI (apenas uma perna ajoelhada)

TYOKURITSU (Chokuritsu) - (posição fundamental em pé)

RITSU-I (posição em pé)

SHIZENTAI (postura natural)

SHIZEI-HON-TAI (postura natural fundamental)

MIGUI-SHIZEI-HON-TAI (postura natural à direita)

HIDARI-SHIZEI-HON-TAI (postura natural à esquerda)

JIGO-TAI (postura defensiva)

JIGO-HON-TAI (postura defensiva fundamental)

MIGUI-JIGO-TAI (postura defensiva à direita)

HIDARI-JIGO-TAI (postura defensiva à esquerda)

KUMIKATA (pegadas):

MIGUI-NO-KUMIKATA (pegada direita – mão direita na gola, esquerda na manga)

HIDARI-NO-KUMIKATA (pegada esquerda - mão esquerda na gola, direita na manga)

KUZUSHI (desequilíbrios):

MAE-KUZUSHI (desequilíbrio para frente)

USHIRO-KUZUSHI (desequilíbrio para trás)

YOKO-MIGUI-KUZUSHI (desequilíbrio para o lado direito)

YOKO-HIDARI-KUZUSHI (desequilíbrio para o lado esquerdo)

MAE-SUMI-MIGUI-KUZUSHI (desequilíbrio para a diagonal dianteira direita)

MAE-SUMI-HIDARI-KUZUSHI (desequilíbrio para a diagonal dianteira esquerda)

USHIRO-SUMI-MIGUI-KUZUSHI (desequilíbrio para a diagonal traseira direita)

USHIRO-SUMI-HIDARI-KUZUSHI (desequilíbrio para a diagonal traseira esquerda)

TAI-SABAKI (movimento p/ giro do corpo):

- *MAE-SABAKI-MIGUI (andar para frente girando pela direita)
- *MAE-SABAKI-HIDARI (andar para frente girando pela esquerda)
- *USHIRO-SABAKI-MIGUI (andar para trás girando pela direita)
- *USHIRO-SABAKI-HIDARI (andar para trás girando pela esquerda)
- *MAE-MAWARE-SABAKI-MIGUI (andar para frente girando 180° pela direita)
- *MAE-MAWARE-SABAKI-HIDARI (andar para frente girando 180° pela esquerda)
- *USHIRO-MAWARE-SABAKI-MIGUI (andar para trás girando 180° pela direita)
- *USHIRO-MAWARE-SABAKI-HIDARI (andar para trás girando 180° pela esquerda)

UKEMI (amortecimento de quedas):

- USHIRO-UKEMI (queda para/ trás)
- YOKO-MIGUI-UKEMI (queda lateral p/ direita)
- YOKO-HIDARI-UKEMI (queda lateral p/ esquerda)
- MAE-UKEMI (queda para/ frente)
- MIGUI-ZEMPÔ-KAITÊ-UKEMI (rolamento para/ frente pelo ombro direito)
- HIDARI-ZEMPÔ-KAITÊ-UKEMI (rolamento p/ frente pelo ombro esquerdo)
- KOHO-KAITEM (rolamento para/ trás)

Os praticantes de judô convivem com os movimentos e as quedas em seu treinamento diário e, por isso, suas reações frente a uma situação de queda não necessariamente se caracteriza em evitá-la, mas acompanhar o desequilíbrio e realizar uma queda segura e consciente (ROBERT, 1988).

Além de praticar uma queda segura, o judoca possui uma ótima capacidade adquirida de equilíbrio estático e dinâmico (PERRIN et al., 2002), ou seja, apresenta estrutura/postura e projeção adequada e quando houver quedas, que sejam quedas conscientes, a partir de um trabalho de melhoria da condição de equilíbrio e autonomia.

No judô os mecanismos sensoriais e perceptivos, apresentados nos fundamentos básicos, utilizados são decisivos, pois são os responsáveis pela captação e seleção da informação ambiental estando ligados à tomada de decisão e, por sua vez, ao intervalo de tempo para sua utilização (FRANCHINI, 2001).

5.4 Classificação das Técnicas do Judô e Katas

Todas as técnicas de Judô aqui apresentadas, estão em conformidade com a literatura apresentada no Livro KODOKAN, publicado e editado por antigos alunos e seguidores do Shihan Jigoro Kano, sob a supervisão do Kodokan Editorial Committee do Japão em 1956. Estas técnicas de Judô que apresentaremos pertencem a uma das duas categorias existentes:

Nague-Waza - São técnicas de projeção, que por sua vez subdividem-se em :

- **Tati -Waza** (Técnicas em pé)

- **Te-waza** (golpes de braço ou mão)
- **Koshi-waza** (golpes de quadril)
- **Ashi-waza** (golpes de perna ou pé)

- **Sutemi-Waza** (Técnicas de sacrifício)

- **Ma-Sutemi-waza** (sacrifício para trás)
- **Yoko-Sutemi-waza** (sacrifício para o lado)

Katame-Waza - São técnicas de controle ou domínio, subdividindo-se em:

- **Ossae - waza** (imobilizações)
- **Shime - waza** (estrangulamentos)
- **Kansetsu - waza** (chaves de braço)

Já o Ate-me-Waza é um conjunto de técnicas de autodefesa e controle, nas quais se executa um ataque em pontos vitais/vulneráveis. Estas técnicas, são as origens do Judô e hoje são apresentadas e praticadas em conjunto com os "katas".

Por estas razões, em nossa pesquisa, os programas sistematizados de condicionamento físico em um treinamento adaptado de Judô, adequados para casos individuais, podem ser uma opção considerável para a atividade física de idosos (FRANCHINI, 2001).

No treinamento do judô: o desenvolvimento do corpo e o treinamento das formas de ataque e de defesa. Tanto o kata como o randori são formas de treinamento mental. Os treinamentos fundamentais para esses dois propósitos são: 1) o kata e 2) o handori. (KANO, 2008, p.26)

Jigoro Kano estudou e catalogou as diversas técnicas de *Ju-Jutsu* existentes. Através de estudos e análises e como forma de padronização, as técnicas para compor o judô foram enquadradas em três características essenciais (Figura 17):

* Fases de uma técnica do Judô:

=> Com pegada feita (kumikata), a composição das fases de um golpe são:

1°-KUZUSHI = desequilíbrio

2°-TSUKURI = preparação/ encaixe

3°-KAKE = finalização



Fonte: <http://kodokanjudoinstitut.org/en/>

Normalmente no “handori” ou no “shiai” o oponente já tem a expectativa de nosso ataque, conseqüentemente fica preparado para defendê-lo. Deixamos transparecer o que vamos fazer, os sinais ficam marcados na movimentação, na forma de segurar no judogui, dando indícios claros, principalmente ao adversário mais experiente e que já conhece o nosso golpe predileto. Essa mecânica faz com que o nosso oponente fique preparando para fazer a defesa, seja no bloqueio do golpe, com contra-ataque ou até mesmo na modificação da pegada do judogui, impedindo dessa forma nossa evolução.

A prática do randori faz com que os alunos fiquem mais interessados, sinceros, cuidadosos, cautelosos e determinados para a ação. Ao mesmo tempo, eles aprendem a analisar, a tomar decisões rápidas e a agir imediatamente. O objetivo desse treinamento físico organizado e constante é controlar com perfeição a mente e o corpo e preparar a pessoa para reagir em qualquer emergência ou ataque, acidental ou intencional. (KANO, 2008, p.26)

Assim ataques combinados “Renraku-Henka-Waza”, são utilizados para confundir e abrir o espaço necessário para a aplicação de nosso golpe aqui chamado de principal... entramos um golpe para abrir a guarda ou desequilibrar o oponente para depois projetá-lo ao solo!

Contra ataques “Kaeshi Waza”, são conhecidos como contra técnicas, utilizados quando há uma falha na aplicação do golpe do oponente, ou o próprio

aluno/atleta provoca um bloqueio para posteriormente aplicar uma técnica, ou melhor dizendo um contra ataque projetando o adversário ao solo!

É um conjunto de técnicas fundamentais, um método de estudo especial, para transmitir a técnica, o espírito e a finalidade do judô. O mestre Jigoro Kano dizia: "Os katas são a estética do judô, sem o qual é impossível compreender o alcance." Kata oferece ao randori as razões fundamentais de cada técnica.

Cada "Kata" (型 ou 形 => forma) é, em essência, uma seleção de técnicas-modelo. A prática das técnicas como elas ocorrem no "kata", segundo a do Kodokan Editorial Committe, ajudará na compreensão das bases teóricas do JUDÔ.

Cada kata (prática das formas pré-organizadas) é em essência, uma seleção de técnicas-modelo. É um sistema de movimentos preestabelecidos que ensina os fundamentos do ataque e da defesa. A prática das técnicas como elas ocorrem no kata ajudará na compreensão das bases teóricas do judô. (KANO, 2008, p.149)

Existem hoje no judô os seguintes katas, ensinados atualmente na Kodokan:

* Nage-no-kata:

Formas fundamentais de projeção/arremesso.

* Katame-no-kata:

Formas fundamentais de domínio no solo.

* Kime-no-kata (Shinken Shobu no Kata):

Formas fundamentais de combate real (Formas de Decisão).

* Kodokan Goshin-Jutsu:

Técnicas de autodefesa.

* Ju-no-kata:

Formas de agilidade aplicadas em ataque e defesa, utilizando a energia de forma mais eficiente.

* Itsutsu-no-kata:

São cinco formas de técnicas. Expressão teórica do judô baseado na natureza

* Koshiki-no-kata (Kito-ryo no Kata):

Formas antigas é o kata da antiga escola do Ju-Jutsu. Executava-se antigamente com armadura de samurai.

* Seiryoku-zenko-kokumin-taiiku-no-kata:

É uma forma de educação física, baseada sobre o princípio da máxima eficácia, visa o treino completo do corpo.

Finalizando esta seção, conforme verificamos o termo Judô é composto por dois ideogramas, o "JU" (柔) que significa agilidade, não resistência, suavidade e o "DÔ" (道) que significa via, caminho meio ou modo, como filosofia de vida. Assim o trabalho com idosos é sempre bem vindo. Principalmente, face à nossa linha de pesquisa que é "Promoção e Educação em Saude". Uma vez que o ensinamento máximo deixado pelo mestre está gravado em duas frases: "Seiryoku Zenyo" (精力善用) (O melhor uso da energia, isto é, a máxima eficiência com o mínimo esforço) e "Jita Kyohei" (自他共栄) (Prosperidade, bem estar e benefício mútuo) (KANO, 2008).

Assim, a escolha não só de um esporte, em nosso estudo o Judô, mas de uma atividade física para pessoas idosas é um aspecto mais complexo do que no caso de pessoas mais jovens. Considerando que mesmo em caso de idosos que não se encontram em estado de sedentarismo, a perda de aptidão costuma impossibilitar muitas atividades que poderiam ser prazerosas para a pessoa. Por outro lado, a possível presença de osteopenia, artrose, instabilidades articulares, aterosclerose, diabetes e hipertensão arterial são fatores que limitam a escolha da atividade física, devido ao risco de intercorrências patológicas. No caso de idosos muito debilitados, o simples ato de caminhar pode representar uma atividade de risco devido a possibilidades de quedas. Por estas razões, nossa proposta buscando um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva aos programas sistematizados de condicionamento físico em um treinamento adaptado de Judô, adequados para casos individuais, podem ser uma opção considerável para a atividade física de idosos (FRANCHINI, 2001).

Pois, no processo de envelhecimento há modificações físico-funcionais importantes como o declínio da força e massa muscular, perdas das habilidades motoras, redução nas funções neurais e déficit de equilíbrio, promovendo, assim,

aumento do risco de quedas, doenças crônicas degenerativas e lesões articulares (SILVEIRA, 2009; CIVINSKI, MONTIBELLER, BRAZ, 2011). No envelhecimento também há declínio na capacidade cognitiva, decorrentes das alterações em células e tecidos neurais, que geram envelhecimento cerebral e promovem aumento do risco de demências (TRIBESS; VIRTUOSO 2005).

Assim, segundo Paim e Almeida Filho (2000), Saúde coletiva diz respeito a uma área de conhecimento multidisciplinar, envolvendo principalmente ciências biomédicas e ciências sociais, que estuda a origem de problemas de saúde e formas de preveni-los. Não a nível individual, mas o contexto em que o prejuízo à saúde se desenvolve e como isso influencia sua reprodução.

Portanto, é notório que pessoas idosas que não são adeptas aos exercícios físicos e esportes estão mais vulneráveis e suscetíveis a acidentes. Segundo Fraiman (1991) o fato de não ter mais o equilíbrio necessário, a força não corresponder às necessidades, a resistência não permitir que se execute qualquer movimento acima da sua condição, o risco de uma queda ao tomar banho ou ao caminhar em algum piso irregular é elevada. Daí a necessidade de uma busca na qualidade de vida para estes idosos a partir de exercícios e atividades adaptadas do judô.

Em linhas gerais, os esportes trabalham habilidades motoras particulares cuja prática foi introduzida ao longo do tempo, sendo constituída culturalmente (TANI et al., 1988; WOOLLACOTT, SHUMWAY-COOK, 2003). Esse comportamento habilidoso é construído por meio da melhora de um conjunto de capacidades inerentes ao desempenho das diversas modalidades esportivas. Dentre essas, o judô consiste em um esporte de oponência no qual os atletas realizam constantes mudanças em sua movimentação, sendo necessário processar novas informações da forma mais rápida e precisa para que se possa alcançar o objetivo da luta. No judô os mecanismos sensoriais e perceptivos utilizados são decisivos, pois são os responsáveis pela captação e seleção da informação ambiental estando ligados à tomada de decisão e, por sua vez, ao intervalo de tempo para sua utilização (FRANCHINI, 2001).

*Nas palmas de tuas mãos
leio as linhas da minha vida.
Linhas cruzadas, sinuosas,
interferindo no teu destino.
Não te procurei, não me procurastes –
íamos sozinhos por estradas diferentes.
Indiferentes, cruzamos
Passavas com o fardo da vida...
Corri ao teu encontro.
Sorri. Falamos.
Esse dia foi marcado
com a pedra branca
da cabeça de um peixe.
E, desde então, caminhamos
juntos pela vida...
(Cora Coralina)*

6 RESULTADOS - DISCUSSÃO

Visando o aprofundamento da compreensão, análise e discussão dos conceitos, paradigmas e legislação, neste primeiro momento, como já explicitado, foi necessário a realização de uma pesquisa bibliográfica densa, no sentido de buscar saberes correlatos previamente construídos, de estudos acerca de atividades nos grupos que atuam na prevenção de quedas, uma modalidade de atenção à idosos muito recorrente nas unidades de saúde em todo o Brasil.

A pesquisa bibliográfica, cujo material principal para o trabalho é a leitura, pode ser uma pesquisa independente ou se constituir material para outras pesquisas. Mesmo porque, os trabalhos de natureza científica requerem um aprofundamento bibliográfico relacionado ao tema de investigação. A pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado do material publicado em livros, revistas e periódicos científicos, dissertações, teses, redes eletrônicas, documentos, dentre outros. A pesquisa de campo, na perspectiva de Fonseca (2002), caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa, em nosso caso, da pesquisa participante.

Para Ventura (2002), a pesquisa de campo deve merecer grande atenção, pois devem ser indicados os critérios de escolha da amostragem (das pessoas que serão escolhidas como exemplares de certa situação), a forma pela qual serão coletados os dados e os critérios de análise dos dados obtidos.

O desenho da pesquisa de campo do tema “Judô para Idosos: um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva”, foi realizada com pessoas que praticam a modalidade esportiva, em diferentes etapas e momentos. O estudo foi autorizado pelo comitê de ética CAAE com parecer n. 63497622.4.0000.5078 e aprovada no CEP/UFG, sob coordenação do Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira.

A presente pesquisa de campo se valeu de levantamento de estudo em plataformas de pesquisas científicas, artigos e livros e, com equipes multiprofissionais que focam atenção nos principais cuidados, dificuldades, desafios e avanços provocados nas experiências de trabalho neste grupo em observação. Como proposta da inserção da prática do judô como oportunidade de trabalho inovador, junto a idosos na prevenção de quedas.

A pesquisa se apresenta como exploratória, de natureza qualitativa. Para além das bases teóricas de aprofundamento sobre o tema: idoso e judô, o estudo propôs fazer uma revisão sistemática da literatura, tendo como suporte, as bases do Portal de Periódicos CAPES a partir de critérios de buscas, com definição de descritores, como estratégia booleana, para um refinamento na pesquisa.

No segundo momento do estudo, a partir dos conhecimentos e experiências adquiridas no campo da saúde, bem como da vasta pesquisa sobre o Judô (origem, história, filosofia, técnicas e benefícios), buscou-se a realização de uma pesquisa participante, dialogando, entrevistando e observando, as principais referências do judô nacional, conhecidos como Kodanshas⁴, ou seja, aquele praticante de judô com alta graduação, a partir do 6º DAN (faixa vermelha e branca), que possui notório conhecimento teórico e prático de questões na ordem técnica, moral e filosófica. Geralmente tem mais de 40 anos dedicados à modalidade e que na grande maioria são idosos.

Segundo dados do sistema “Zempo⁵” da Confederação Brasileira de Judô - CBJ, hoje existem 95.723 judocas inscritos. Destes, 487 são cadastrados como Kodanshas no Brasil, o que representa 1,14% do total de judocas. Do total de

⁴ Recentemente, a partir da última Olimpíadas – Tóquio 2020, foi dado a promoção de 6º DAN, aos atletas que conquistaram medalhas de ouro, prata ou bronze. Assim, há um pequeno grupo na modalidade com a promoção de Kodansha, jovens com poucos anos de prática em comparação com a grande maioria.

⁵ Ambiente digital que, dentre outros, concentra a base de dados da Confederação Brasileira de Judô - CBJ.

Kodanshas com 60 anos ou mais, tem-se o número de 351, o que representa 72,08%.

No mesmo sistema da CBJ, encontram-se cadastrados 42.591 veteranos (judocas com mais de 30 anos de idade) e um total 1.355 judocas com 60 anos mais, o que representa 3,18% dos judocas inscritos na confederação. Vale ressaltar que a CBJ é a instituição máxima do Judô no Brasil, ligada a Federação Internacional de Judô e ao Comitê Olímpico Internacional, constituída com órgão oficial, porém é importante considerar que existem diversos projetos escolares, universitários e sociais que estão registrados no sistema da CBJ, por diversos motivos, assim não são considerados nos dados apresentados.

Como parte da pesquisa de campo, realizamos uma apresentação da proposta de pesquisa em curso acadêmico, acerca da prática de judô para idosos durante o Encontro Nacional e Panamericano de Kodanshas, realizado em Joinville-SC, em agosto de 2022 (Figura 18).

Figura 18: Registro do Encontro Nacional e Panamericano de Kodanshas 2022 - Joinville - SC, promovido pela CBJ.

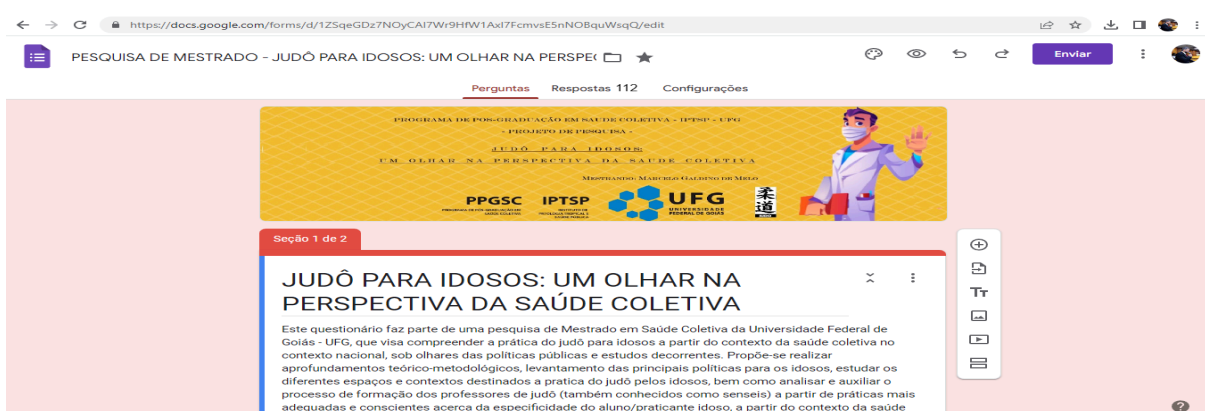


Fonte: Registro pessoal dos autores.

A partir do evento, onde foram feitos importantes contatos com os sujeitos da pesquisa, *a posteriori*, iniciou-se a fase de coleta de dados (Figura 19)

percorrida no período de setembro de 2022 a fevereiro de 2023, obtendo um total de 112 questionários, via em meio digital⁶, respondidos pelos Kodanshas, o que representa 23% do universo de Kodanshas no Brasil. Tal fator, é considerado, estatisticamente, como representativo, se levar em consideração o nível de confiança de 95%, tendo a margem de erro de 8%, segundo as bases de cálculo para amostras por proporção.

Figura 19: Apresentação da pesquisa de Mestrado - Questionário - Judô para Idosos: Um olhar na perspectiva da Saúde Coletiva.



Fonte: Registro pessoal dos autores.

6.1 Panorama quantitativo do perfil do Kodanshas no Cenário nacional e dos que participaram da pesquisa

A análise do material coletado deu-se inicialmente com a exposição dos dados do perfil, referente às dez questões objetivas decorrentes dos questionários, tendo como suporte de exposição tabelas e gráficos, com os números dispostos tanto na forma absoluta, entre parênteses, quanto relativos, em porcentagem, além de mapa.

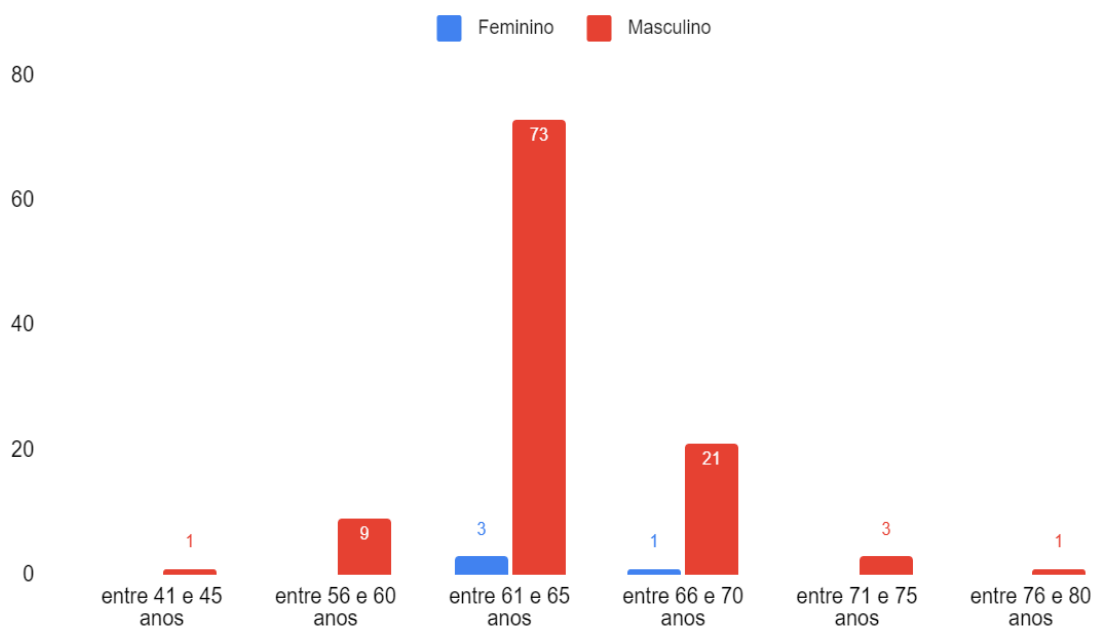
De posse dos dados das dez questões objetivas coletadas foi possível traçar o perfil dos Kodanshas participantes do estudo (Gráficos 2 a 8). A partir desse momento, coube ao pesquisador a função de extrair dos dados catalogados elementos mais significativos, por meio de inferências e interpretações que se

⁶ Link de acesso ao instrumento aplicado aos Kodanshas:
<https://docs.google.com/forms/d/1ZSqeGDz7NOyCAI7Wr9HfW1AxI7FcmvsE5nNOBquWsqQ/edit>

orientaram pelo referencial teórico. E assim, objetivando apresentar os caminhos trilhados para a realização das análises dos dados obtidos para essa pesquisa, descreveu-se os procedimentos desenvolvidos e observados a seguir.

Com base nos dados coletados dos questionários respondidos que foram por 112 Kodanshas, observa-se que 98 são homens, equivalente a 96,4%, e apenas, 4 são do sexo feminino, o que representa 3,6%. Com relação à faixa etária, 84% encontram-se entre 60 e 70 anos, destacando que 3,57% possuem 70 anos ou mais (Gráfico 2).

Gráfico 2. Idade dos participantes da pesquisa (Kodanshas), por sexo



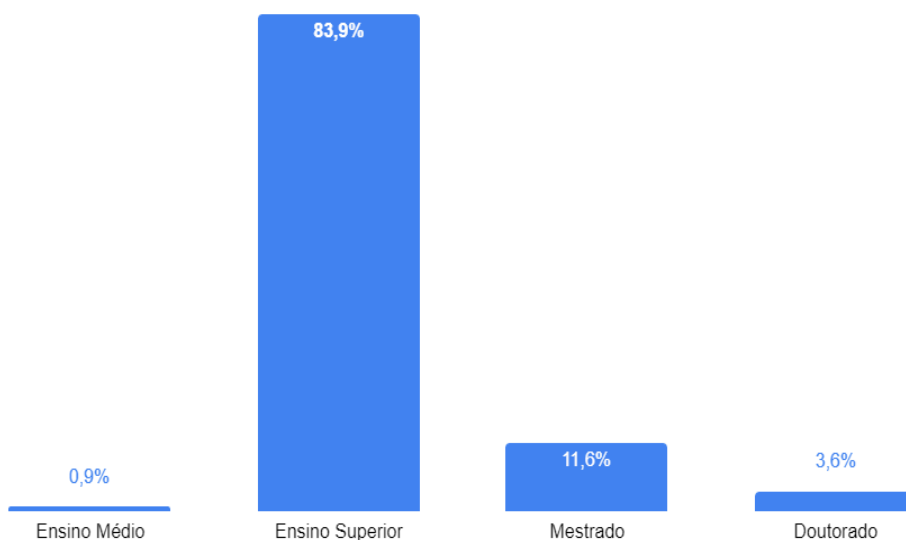
Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

Quando falamos nesta grande representação masculina no Grupo de Kodanshas, não se trata de um erro na coleta de dados enviesados, traduzindo um reflexo dos demais praticantes de judô. Indo além, tal representatividade se faz presente no esporte de uma forma geral, principalmente nas lutas, historicamente ligadas à cultura da força, do guerreiro que é atribuída à figura masculina. Vale considerar que um dos pontos mais controversos que as lutas, em nosso caso específico o Judô, enfrentam é a questão da desigualdade de sexo. Muito mais que

desigualdade em oportunidades e participação, existe (de forma velada) a questão da valorização, reconhecimento, respeito, cobertura da mídia e remuneração.

No Gráfico 3, está demonstrado um alto grau de escolaridade entre os Kodanshas, em que 83,9% dos participantes concluíram o curso superior (graduação), 11,6% possuem mestrado e 3,6% têm doutorado, conforme disposto. Vale ressaltar que segundo dados do IBGE, na população brasileira, apenas 15,7% concluíram o mesmo nível de ensino.

Gráfico 3. Nível de escolaridade dos Kodanshas

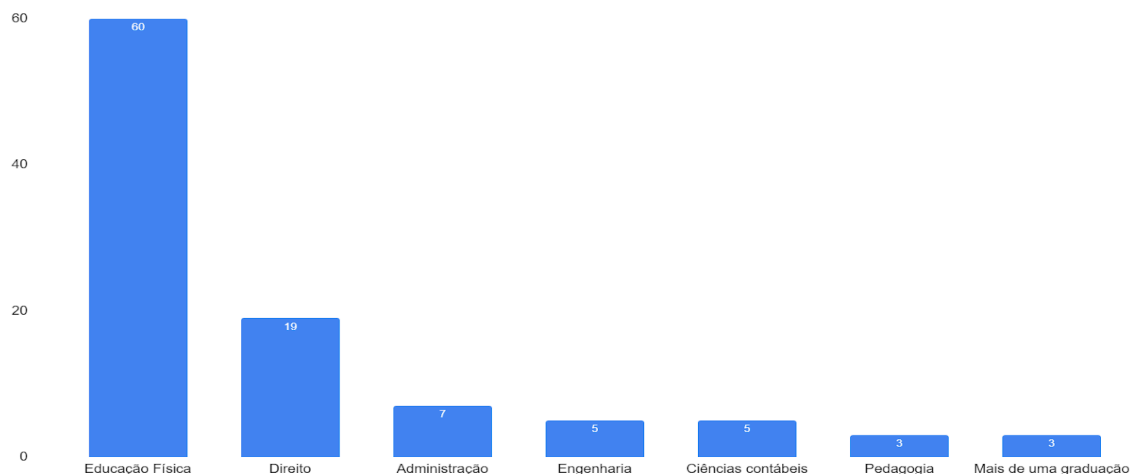


Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

A grande parte dos Kodanshas, além de possuir notório conhecimento de questões de ordem teórica e técnica, moral e filosófica do judô, mais da metade dos pesquisados 50,6% possuem graduação em Educação Física, o que valoriza ainda mais este estudo, face aos conhecimentos fisiológicos, cinesiológicos e biomecânicos relacionados ao esporte, pois o papel do profissional de educação física é: promover a saúde como um todo, focando na atividade física como um dos meios para isso. Esse profissional tem formação superior na área de saúde, com destaque especial em anatomia, funções motoras e fisiologia dos exercícios. Ainda temos como principais cursos de formação dos kodanshas 17% direito, 6,3%

Administração, 3,6% Engenharia, 4,5% Ciências Contábeis e 1,8% Pedagogia. Conforme disposto no Gráfico 4, seguinte.

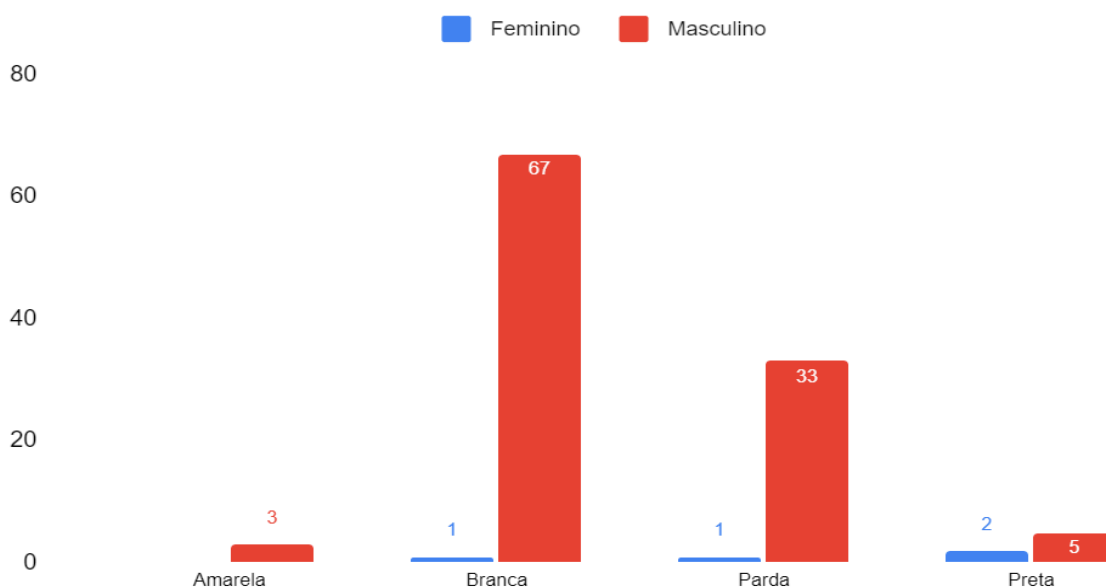
Gráfico 4. Graduações mais frequentes dos Kodanshas



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

De acordo com cor/raça/etnia, observa-se que 68 Kodanshas, ou seja, 60,20% se consideram brancos (as), 34 deles equivalente a 36,60% se consideram pretos (as) e/ou pardos (as) e 3 Kodanshas, 2,7% amarelo (a), ou seja de origem oriental, conforme disposto no Gráfico 5, seguinte.

Gráfico 5. Cor/Raça/Etnia dos participantes da pesquisa (Kodanshas)

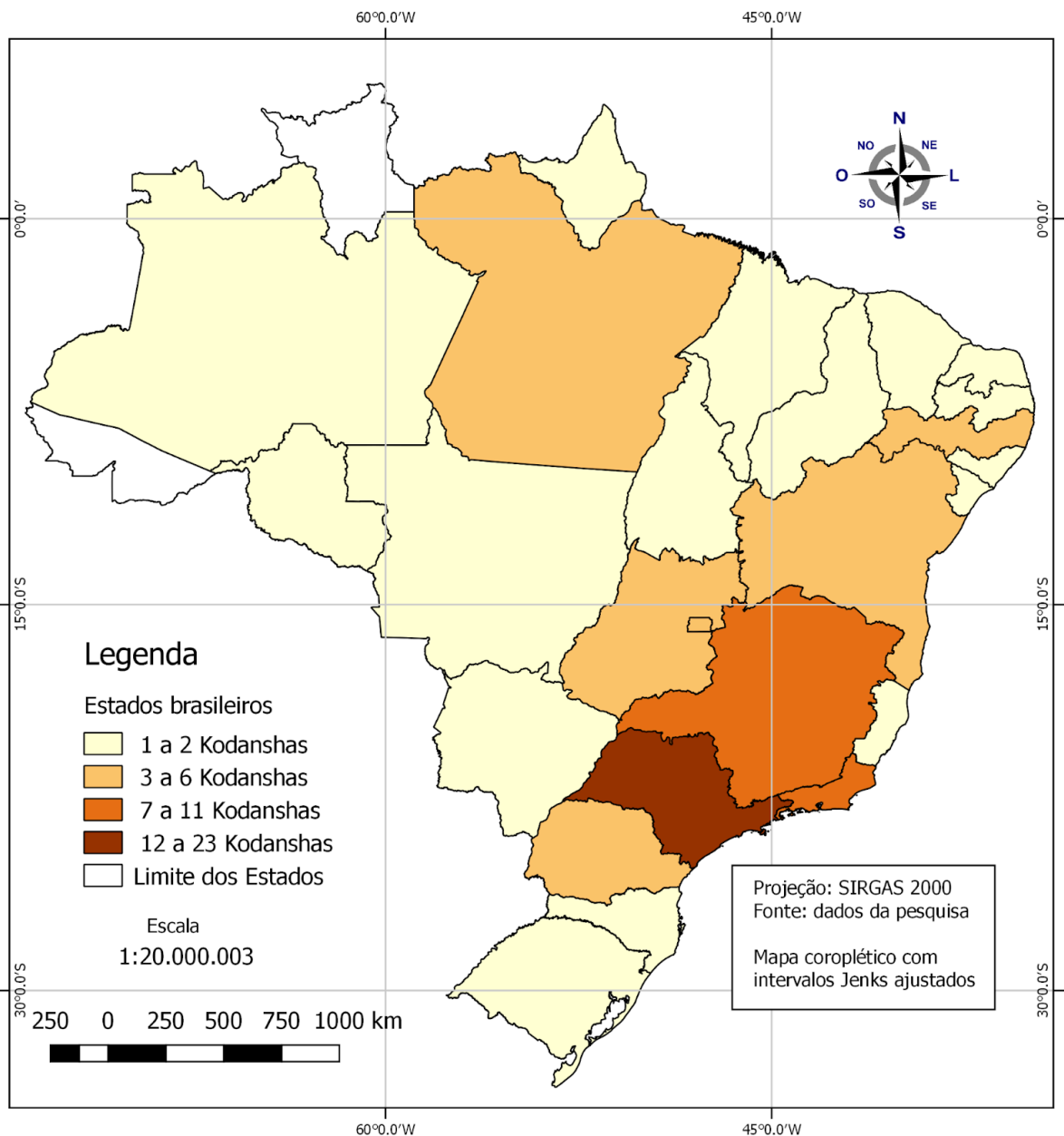


Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

Como relatamos, em nossa pesquisa, conseguimos a aplicação de 112 questionários aos atores/sujeitos da pesquisa, Kodanshas, dos diversos estados do Brasil (exceto Acre e Roraima) utilizando a plataforma Google Formulário.

Na Figura 20, esta o local em que residem os participantes da pesquisa, ou seja, o estado em que os Kodanshas praticam a modalidade. De acordo com mapa de georreferenciamento 20,5% estão concentrados no estado de São Paulo, 10,7% em Minas Gerais, 9,8% no Rio de Janeiro, 6,3% no Distrito Federal, 5,4% no Paraná e Pernambuco, 4,5% em Goiás e 3,6% na Bahia.

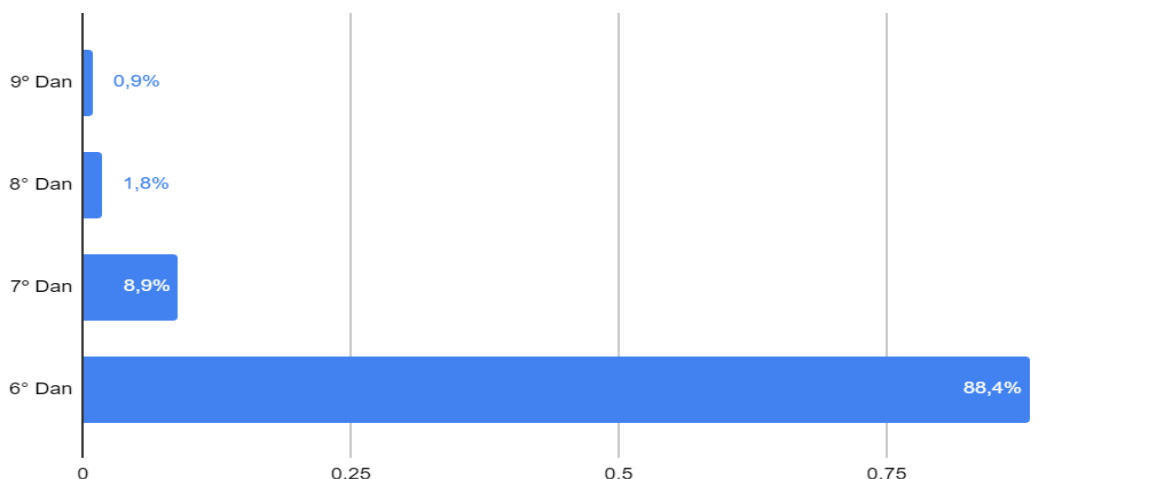
Figura 20. Estado onde residem Kodanshas



Fonte: Mapa (Figura) elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

De acordo com nossa coleta de dados, tivemos a grata satisfação de ter recebido as respostas ao nosso questionário de 99 Kodanshas 6ª Dan (faixa vermelha e branca), que equivale a 88,40% de nossos pesquisados, 10 Kodanshas 7º Dan - 8,90%, 2 Kodanshas 8º Dan - 1,9% e apenas 1 Kodansha, faixa vermelha (a mais alta graduação do Judô), conforme disposto no Gráfico 6, seguinte.

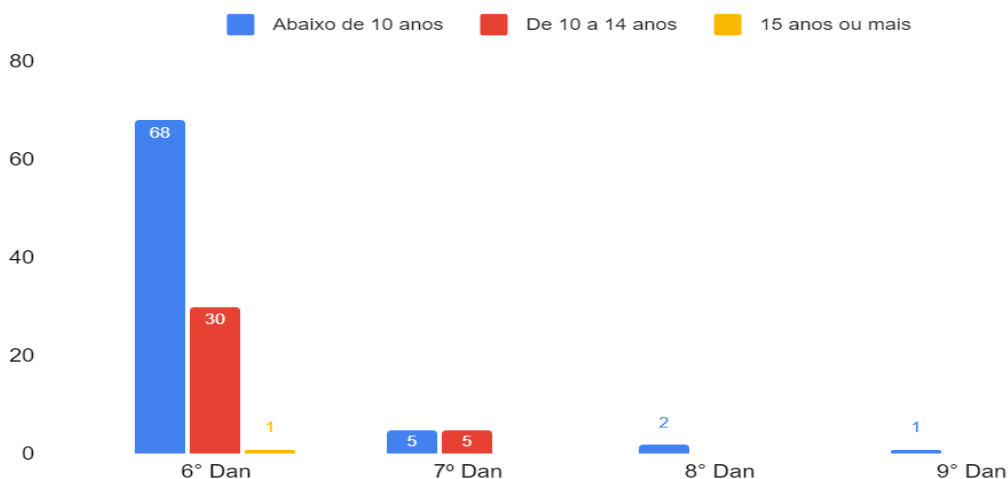
Gráfico 6. Graduação dos nossos participantes da pesquisa (Kodanshas)



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

Ainda relativo ao estudo do perfil de nossos Kodanshas, verificamos que a grande maioria, 76 entrevistados que correspondem a 67,86% iniciaram bem cedo a prática do Judô, com 10 anos ou menos! Dos que iniciaram a prática na faixa com menos que 10 anos de idade, 18,40% iniciaram com menos de 5 anos de idade, conforme disposto no Gráfico 7, seguinte.

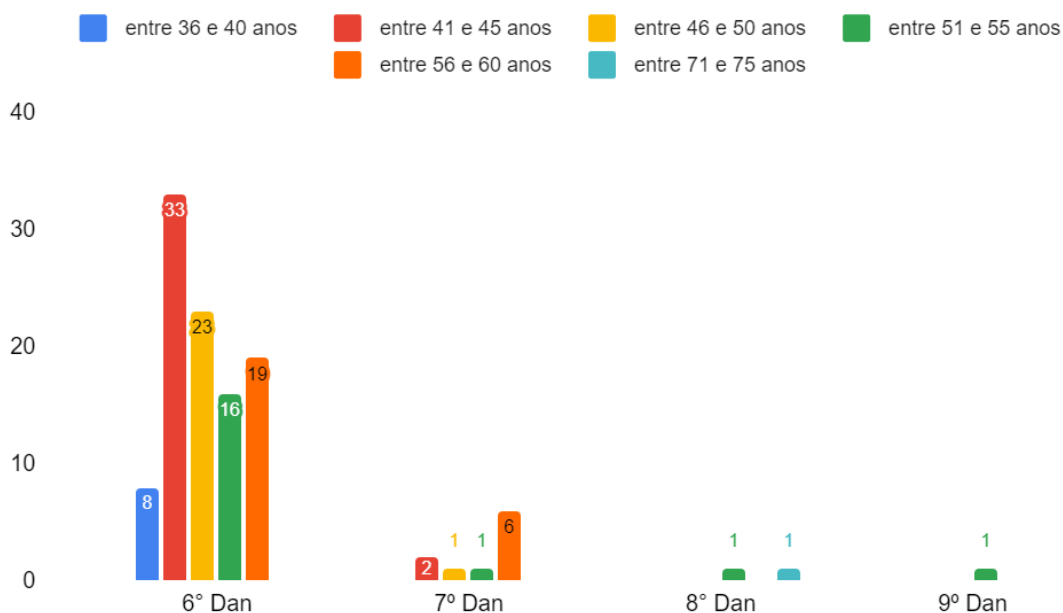
Gráfico 7. Faixa etária de início da prática Kodanshas



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

No Gráfico 8, está demonstrado que dentre os que participaram da pesquisa 78 Kodanshas, ou seja, 69,64% da pesquisa têm entre 40 e 54 anos que praticam Judô, e 26 praticantes 23,22% com mais de 55 anos de prática.

Gráfico 8. Tempo que nossos participantes da pesquisa (Kodanshas) praticam Judô



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

6.2 Panorama qualitativo do Cenário nacional e dos que participaram da pesquisa

Para a segunda parte de nosso questionário, de análise qualitativa dos dados, advindo de outras oito questões abertas do questionário, como vimos na apresentação da metodologia, adotou-se a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (1977), que a define como um instrumento que abarca diferentes maneiras e pode ajustar-se em um campo diversificado, que é o das comunicações.

Segundo (BARDIN, 1977, p. 95 - 101) a análise de conteúdo apresenta diferentes fases

tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. [...] Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. [...] Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração

sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas pelo ordenador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. [...] O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Assim, primeiramente, houve a organização e separação do material e posteriormente leitura inicial dos questionários. Houve um momento para analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por suas impressões e orientações (BARDIN, 1977), ação denominada pela autora de “leitura flutuante”. Importante ressaltar que foi considerado todo discurso do participante para se chegar às aproximações, ou seja, as falas dos participantes não foram consideradas somente quando citadas literalmente, mas também quando havia ocorrência de expressões correlatas ou dentro de um determinado contexto (uma frase, uma expressão) importantes para pesquisa. Houve cuidado de não tentar classificar simplesmente as expressões, tendo cautela em constatar a abordagem utilizada.

Isto é, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa qualitativa que visa analisar o conteúdo de documentos, textos, entrevistas, imagens ou qualquer tipo de material que contenha informações passíveis de serem analisadas. A perspectiva de Bardin é uma das abordagens mais conhecidas para a análise de conteúdo e envolve uma série de etapas sistemáticas.

A técnica de pesquisa análise de conteúdo apresentada por Bardin (1977) se estrutura em três fases:

- 1) pré-análise;
- 2) exploração do material, categorização ou codificação;
- 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

O referido procedimento se propõe interpretar e analisar os diferentes objetivos expressos na comunicação, fazendo inferências a partir de dados específicos identificados e que são organizados em categorias. Bauer (2002, p.203), diz que “a análise de conteúdo é uma construção social [...] ela leva em consideração alguma realidade”.

A validade dos achados da pesquisa é resultante de uma coerência interna e sistemática entre essas fases, cujo rigor na organização da investigação inibe ambiguidades e se constitui como uma premissa fundante.

No presente estudo, realizou-se a preparação das informações a partir da transcrição dos dados obtidos valendo-se de questionamento orientador em entrevistas realizadas com as principais referências do judô nacional, conhecidos com Kodanshas (aquele que possui notório conhecimento de questões de ordem técnica, moral e filosófica do judô) – que em geral são idosos (com mais de 40 anos dedicados ao esporte), com objetivo de construir, coletivamente, uma orientação para a prática de judô para pessoas idosas, para o desenvolvimento dos procedimentos de análise, posteriormente, realizou-se a unitarização do conteúdo, que em seguida foram categorizadas, descritas e analisadas.

Como apresentado, participaram da pesquisa 112 Kodanshas que, por questão de ética, e não identificação dos entrevistados, foram tratados de “K”, seguido de um numeral de 1 a 112 (K1, K2, ..., K112), quando ocorrer o uso das colocações emitidas pelos profissionais entrevistados.

No procedimento de análise foram analisadas as oito questões abertas do questionário. Assim, no processo de leitura e releitura das respostas, levantamos ideias centrais ou chave (I), sendo estas numeradas em conformidade que emergiam. Quando as mesmas ideias-chave apareciam novamente, estas eram organizadas nos quadros correspondentes e as novas ideias que surgiam davam a composição de um novo processo de agrupamento. As ideias-chave identificadas nas pesquisas encontram-se dispostas no Quadro 7, seguinte, em que os numerais entre parênteses refletem a frequência de ocorrência. Emergiram da análise, portanto, 35 ideias-chave, sendo a I₃, “Maior qualidade de vida”, a mais recorrente, com 33 citações; seguida da I₂₄, “Treino de quedas”, com 32 citações.

Quadro 7 - Relação entre as respostas dos Kodanshas e montagem do quadro de ideias-chaves

SEQUÊNCIA/ FREQUÊNCIA	IDEIAS-CHAVES	DESCRIÇÃO
I1 (12)	Mesma aula jovens e idosos	Sem mudanças na prática de Judô para pessoas idosas e ainda poucos participantes idosos nas aulas de Judô
I2 (9)	Perspectiva financeira	Ideia de ganhos financeiro por meio de aulas de Judô para um grupo especial (idosos), cria desinteresse pelos professores

I 3 (33)	Maior qualidade de vida	O Judô dá a oportunidade de ter mais saúde, ânimo para fazer atividade física, segurança e uma vida mais saudável... Melhor qualidade de vida aos idosos
I 4 (16)	Judô para competição	Judô visto apenas como shiai (competição)
I 5 (3)	Evolução técnica	Melhor idade, momento de estudo e evolução técnica
I 6 (11)	Ampliação de idosos praticantes de Judô	Grande aumento de participantes idosos nas aulas de Judô
I 7 (21)	Mudança de hábito	Judô preocupado com os Idosos, prevenção de lesões e mudanças de hábitos
I 8 (8)	Poucos idosos participantes	Poucos praticantes e poucas mudanças e falta de interesse pelas academias
I 9 (26)	Saúde física e mental	Coordenação Motor, promoção da Saúde, bem estar, saúde física e mental
I 10 (22)	Maior mobilidade	Mais saúde, atividade física, mobilidade e prevenção de quedas
I 11 (15)	Prevenção de quedas	Segurança e Prevenção de Quedas
I 12 (22)	Respeitar as limitações	Respeitar suas limitações, adaptar ao máximo e valorizar os fundamentos básicos do judô
I 13 (10)	Judô para Idosos - terapia	Treinar Judô como uma terapia, sempre com profissionais capacitados e com acompanhamento médico
I 14 (3)	Sem perspectiva de mudança	Um treinamento sem discriminação. Nada de Diferente...
I 15 (2)	Formação e especialização específica	Ter formação acadêmica, graduação e conhecimento específico
I 16 (15)	Sem formação e especialização específica	Não existe formação específica nem mudanças na formação do profissional de Ed Física e do "sensei"
I 17 (6)	Pouca busca em especialização	Existem cursos, capacitação e melhoria... mas quem uma busca isolada dos professores
I 18 (7)	Mudanças só na formação em Educação Física	Existe mudança... mas na formação do profissional de Educação Física
I 19 (2)	Sem mudanças em suas aulas	Igual trabalhar com as crianças e mais jovens
I 20 (4)	Treino moderado	Exercícios moderados, Paciência e Muito cuidado
I 21 (5)	Existem mudanças, mas isoladas	Existe mudança... para os "sensei" que tem atenção aos idosos e buscam conhecimento através dos estudos
I 22 (3)	Visão financeira	Visão financeira, falta de didática e desconhecimento em trabalhar com os idosos
I 23 (10)	Coordenação Motora	Socializador, alongamentos, equilíbrio e orientação espacial
I 24 (32)	Treino de quedas	UKEMI (amortecimentos de quedas) e Coordenação motora
I 25 (12)	Fundamentos básicos do Judô	Fundamentos básicos do Judô
I 26 (9)	Todas as técnicas do Judô	Todas as técnicas do Judô (respeitando as individualidades)
I 27 (3)	Treinamento de kata	Treinamentos dos Katas do Judô
I 28 (3)	So simples técnicas de domínio no solo	Chaves (kansetsu waza) e Estrangulamentos (shime waza)
I 29 (7)	Sem golpes fortes	Exercícios pesados e Golpes de Sacrifício
I 30 (26)	Treinos de entrada de golpes	Treinamentos de quedas livres (Nage-ai), Combates diretos (Randori)...
I 31 (4)	Com recomendação médica	Recomendações médicas...
I 32 (1)	Sem restrição de treino	Não existem restrições...
I 33 (17)	Terapia e Socialização	A Ideia de ter o Judô como uma atividade física de terapia e socialização

I 34 (11)	Judô como ferramenta de transformação	O Judô como ferramenta de transformação e um grande aprendizado com os idosos
I 35 (8)	Judô voltado a saúde	Respeitar as limitações e ter uma Judô voltado à saúde

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa.

A partir das respostas dos Kodanshas “K”, agrupamos em ideias-chaves, convergimos em aproximações menores que foram denominadas de “A”, assim denominadas: A1, A2, A3... conforme disposto no Quadro 8. Os números entre parênteses retratam a recidiva das expressões análogas em contexto nas entrevistas.

Quadro 8 - Confluência entre as ideias-chaves e montagem do quadro de aproximações menores

Aproximações Menores		Construção	Significados (Texto Sintético)
A ₁	Judô como competição	$I_1 + I_2 + I_4$	Judô visto apenas como competição, poucas mudanças, poucos praticantes e desinteressante para as academias
A ₂	Judô pedagógico para idoso	$I_5 + I_6 + I_{12} + I_{20} + I_{25} + I_{26} + I_{34} + I_{35}$	Melhor idade, momento de estudo e evolução técnica e aumento de participantes idosos nas aulas de Judô
A ₃	Falta de interesse no trabalho com idosos	$I_8 + I_{22}$	Poucos praticantes , poucas mudanças e falta de interesse pelas academias
A ₄	Maior interesse em trabalhar com idosos	I_7	Mais procura dos idosos nas aulas de judô
A ₅	Coordenação motora - Equilíbrio	$I_9 + I_{23}$	Mais atividades de coordenação motora para capacitar, de forma eficiente, os músculos do corpo a obedecer os comandos que o cérebro envia ligados aos componentes de aptidão motora como: equilíbrio
A ₆	Prevenção de quedas	$I_{10} + I_{11} + I_{24}$	Treinamento dos "Ukemis" - amortecimentos de queda como segurança, autonomia do idoso e prevenção nas quedas
A ₇	Qualidade de vida	I_3	A percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. OMS
A ₈	Recomendação Médica	I_{31}	Judô apresentado por recomendação médica
A ₉	Judô como Terapia	$I_{13} + I_{33}$	Utiliza da Filosofia e Fundamentos Básicos do judô como terapia para saúde física e mental
A ₁₀	Formação acadêmica e específica	I_{15}	Uma boa formação acadêmica e específica para trabalhar judô com Idosos
A ₁₁	Judô igual para todos	$I_{14} + I_{19} + I_{30}$	Um esporte sem divisão - igual para todos

A ₁₂	Prevenção de lesões e mudança de hábitos	I ₇	Aumento da procura e o Judô preocupado com os Idosos, prevenção de lesões e mudanças de hábitos
A ₁₃	Trabalho com Idoso - formação específica para Prof de Educação Física e Sensei	I ₁₆ + I ₂₁	Não existe formação específica para trabalhar com idosos.
A ₁₄	Poucas mudanças! Quem busca diferencial é o professor e sensei	I ₁₇	São poucas as mudanças, quem busca o diferencial é o professor de Educação Física e Sensei
A ₁₅	Mudanças só na Educação Física	I ₁₈	Existem mudanças e planejamentos, mas só na Educação Física
A ₁₆	Treinamento dos Katas	I ₂₇	Uma visão diferente de treinamento do judô, com ênfase nos Katas
A ₁₇	Só simples técnicas de domínio no solo	I ₂₈	Um treinamento diferente com ênfase no solo, sem técnicas de estrangulamento e chaves
A ₁₈	Sem treinamentos pesados e golpes de sacrifício	I ₂₉	Um treinamento sem golpes pesados e golpes de sacrifício
A ₁₉	Sem restrições	I ₃₂	Treinamento sem restrições

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa

Após a etapa das aproximações menores, seguiu-se nos procedimentos de aproximações maiores, cuja procedimento de análise emergiu as categorias de análise, denominadas pela vogal “C”, assim denominadas: C1, C2 e C3. Que é possível visualizar nos quadros relacionados a cada uma das perguntas conforme disposto no Quadro 9, seguinte.

Quadro 9 - Relação entre as aproximações menores e montagem do quadro das categorizações

CATEGORIZAÇÕES		
C₁	$A_1 + A_2 + A_3 + A_4 + A_{10} + A_{11} + A_{13} + A_{14} + A_{15} + A_{16} + A_{17} + A_{18} + A_{19}$	Judô para idosos ensinado de forma pedagógica
C₂	$A_5 + A_6 + A_{12}$	Coordenação motora e prevenção de quedas
C₃	$A_7 + A_8 + A_9$	Melhoria na qualidade de vida

Fonte: Quadro elaborado pelos autores a partir dos dados da pesquisa

As análises realizadas e que geraram as ideias-chave (I), deram origem às intitulações a partir das aproximações das respostas do questionário realizada pelos Kodanshas. A partir desta primeira análise, foi organizado a confluência das ideias

em aproximações menores (A) que, ao final, deram origem às aproximações maiores, denominadas como categorias de análises (C). É importante destacar que os critérios utilizados para o agrupamento dos dados não foram excludentes e, portanto, deram origem a categorias temáticas que estariam em composição ou não com mais de uma ideia-chave ou categoria simultaneamente e que, ao fim do processo, foram intituladas e discutidas a partir da conjuntura dessa pesquisa, nas subseções a seguir.

6.2.1 Judô para Idosos ensinado de forma pedagógica

Para chegarmos a esta categorização, a partir dos 112 questionários respondidos pelos Kodanshas, chegamos a 35 ideias-chave e destas, 25 apresentaram relacionadas ao Judô para idosos ensinados de forma pedagógica, dentre as quais: I₁ (12) - Mesma aula jovens e idosos, I₂ (9) - Perspectiva financeira,, I₄ (16) - Judô para competição, I₅ (3) - Evolução técnica, I₆ (11) - Ampliação de idosos praticantes de Judô, I₈ (8) - Poucos idosos participantes, I₁₂ (22) - Respeitar as limitações, I₁₄ (3) - Sem perspectiva de mudança, I₁₅ (2) - Formação e especialização específica, I₁₆ (15) - Sem formação e especialização específica, I₁₇ (6) Pouca busca em especialização, I₁₈ (7) - Mudanças só na formação em Educação Física, I₁₉ (2) - Sem mudanças em suas aulas, I₂₀ (4) - Treino moderado, I₂₁ (5) - Existem mudanças, mas isoladas, I₂₂ (3) - Visão financeira, I₂₅ (12) - Fundamentos básicos do Judô, I₂₆ (9) - Todas as técnicas do Judô, I₂₇ (3) - Treinamento de kata, I₂₈ (3) - So simples técnicas de domínio no solo, I₂₉ (7) - Sem golpes fortes, I₃₀ (26) - Treinos de entrada de golpes, I₃₂ (1) - Sem restrição de treino, I₃₄ (11) - Judô como ferramenta de transformação e I₃₅ (8) - Judô voltado a saúde.

Na sequência, agrupadas as ideias-chave, organizamos a confluência entre as ideias-chave para a montagem do quadro de aproximações menores. Nesta confluência, chegamos a 19 aproximações menores e destas aproximações, encontramos 13 que estão relacionadas ao Judô para idosos ensinados de forma pedagógica, sendo elas: A₁ - Judô como competição, A₂ - Judô pedagógico para idoso, A₃ - Falta de interesse no trabalho com idosos, A₄ - Maior interesse em

trabalhar com idosos, A₁₀ - Formação acadêmica e específica, A₁₁ - Judô igual para todos, A₁₃ - Trabalho com idoso - sem formação específica para Prof de Educação Física e Sensei, A₁₄ - Poucas mudanças! Quem busca diferencial é o professor e sensei, A₁₅ - Mudanças só na Educação Física, A₁₆ - Treinamento dos Katas, A₁₇ - Só simples técnicas de domínio no solo, A₁₈ - Sem treinamentos pesados e golpes de sacrifício e A₁₉ - Sem restrições.

E por fim, a partir da confluência e as aproximações menores, encontramos 3 categorias de análise, dentre elas, “Judô para idosos ensinados de forma pedagógica”.

Desse modo, com as aproximações descritas acima, temos a C1, categoria de análise assim emergida e que demonstra a compreensão quanto ao Judô para Idosos ensinado de forma pedagógica para os Kodanshas e que podem ser verificados nos trechos que seguem:

K65

“Considerando inicialmente ser primordial a qualificação do professor de Judô em lidar com a realidade desse público, os benefícios são muitos: atividades físicas; bem-estar; ambiente social acolhedor; promoção da saúde física e mental; retorno ou continuidade dos hábitos saudáveis incluindo a qualidade da alimentação; saber utilizar os ensinamentos do Judô em eventuais quedas ou para se manter em melhor equilíbrio, etc...”

K87

“A atividade física como um todo é importante principalmente para o grupo dito 3ª idade especificamente o judô além do aspecto no sentido de trabalhar a capacidade física tem o fator de relacionamento, grupo entre outras coisas. Lembrando que sempre em baixo impacto.”

K74

“Observo que ex-atletas estão voltando aos tatames para buscar uma melhor qualidade de vida e vários profissionais da área estão com os olhos voltados para o atendimento a novos praticantes com metodologias específicas para esse público.”

K51

O professor de Judô deve ter cuidados como: realmente pregar conhecimentos do Judô; ser empático; respeitoso; saber dosar o ritmo de atividades físicas e de treinamento; entender o aluno idoso naquilo que este anseia com a prática do Judô; ter motivação etc...”

K29

“Deve ser praticado com uma pedagogia voltada para a manutenção da saúde e segurança.”

É possível perceber, a partir dos trechos das falas dos Kodanshas, que a prática do judô ensinada de forma pedagógica, como atividade física, deve ser estimulada junto aos idosos uma vez que sua técnica

[...] propicia um momento gostoso de se movimentar e garantir a maior oxigenação orgânica. Como consequência da melhoria da resistência, o ser humano se previne contra a doença e amplia as possibilidades de participação nas mais diferentes atividades comunitárias. É uma oportunidade de aumentar a expectativa de vida, ajudar a ampliar horizontes e evitar atitudes de isolamento (DELIBERADOR, 1996, p 86).

Nota-se que, se praticado com segurança e com processo pedagógico adequado às necessidades e expectativas dos idosos, o Judô como uma prática corporal que visa a saúde física, mental e socioafetiva, pode oferecer aos seus praticantes maiores oportunidades de conhecimento de si mesmo, quais são suas limitações e potencialidades e formas de superação das mesmas.

Contudo, como se trata do caso de pessoas que já estão em processo de envelhecimento, recomenda-se a prática esportiva sempre de forma pedagógica e adaptada a realidade de cada um, seja ela em atividades de luta no solo, em estudos de certas posições, na prática dos “katas” (movimentos de lutas simulados), de projeções consentidas e planejadas, ou em “randoris” (treinos de luta) praticados sem uso excessivo da força, sempre entre alunos com características técnicas e físicas semelhantes.

Para Deliberador (1996), em geral, a pessoa idosa tem maior disponibilidade de tempo para fazer o que gosta. E durante a prática do Judô têm um ritmo menor de execução, contudo com qualidade maior de produtividade, e pela experiência, valoriza os detalhes da atividade esportiva.

O judô ensinado de forma pedagógica, pode ser entendido como um meio de mostrar que a sua prática não se estende somente ao jovem ou a pessoa idosa praticante desta atividade, mas a aquelas pessoas mais velhas que têm vontade de iniciar na modalidade de contato corporal.

Por isso, de acordo com Deliberador (1996), cabe ao professor estimular a participação, abrir todas as alternativas possíveis para que o idoso possa selecionar e executar aquelas que lhe forem mais agradáveis e que atendam às suas

necessidades. E também respeitar o seu direito ao tempo livre, pois é o próprio idoso quem determinará o seu ritmo, orientado pelo professor.

É nesse âmbito que a prática de uma atividade de lutas como o judô pode ser desenvolvido, independente da idade cronológica, desde que sejam respeitadas as limitações físico-corporais, bem como as recomendações básicas, que, de certo modo, também são extensivas aos mais jovens: a necessidade de exame médico, respeito aos limites corporais, aos objetivos do praticante, dentre outros (ALVES JR, 2001), e que podem ser verificados nos excertos que se seguem:

K110

“Realizar atividades dentro das condições de cada praticante, obedecendo limites dos mesmos.”

K43

“O professor de Judô deve ter cuidados como: realmente pregar conhecimentos do Judô; ser empático; respeitoso; saber dosar o ritmo de atividades físicas e de treinamento; entender o aluno idoso naquilo que este anseia com a prática do Judô; ter motivação etc...”

K2

“Há uma tendência a procura pela prática do Judô como atividade física. Porém, acredito que há um enfoque, por parte de quem organiza o judô dos veteranos, na competição. Mas, poucos estão dispostos a competir. Judô não é só competição. Shiran Jigoro Kano criou o Judô como um método eficaz para se alcançar o equilíbrio físico e mental. Isso é muito mais que só competir.”

De tal modo, a pesquisa irá auxiliar na construção de novos estudos acerca do tema proposto e, mais particularmente, de forma a aprofundar questões teóricas e metodológicas relativas à prática do judô ensinado de forma pedagógica voltada para idosos, como visto anteriormente.

K89

“Em meu entendimento, o Judô para essa faixa etária vem se desenvolvendo à medida em que são promovidos eventos esportivos e competitivos, incluindo reuniões de atletas veteranos em dojôs do Brasil, promovendo assim o retorno de pessoas às quais já tiveram vivência no Judô. Nesse aspecto, o estímulo mútuo à prática ou retorno ao Judô é uma realidade, ainda que não tão extensa como deveria ser.”

Em estudos de base realizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Educação Física, não se observou disciplinas voltadas para o envelhecimento e sua aproximação com aspectos relativos à atividade física, lutas corporais, ou alguma proposta de atividades práticas voltadas a esse público. Assim, nosso estudo pode contribuir com a área, no sentido de provocar reflexões sobre a

importância de tal observância na formação do profissional de educação física, como verificamos nas respostas dos Kodanshas:

K46

“Veja bem com a experiência que tenho, trabalhar muito ukemi waza, utchi komi, muito utchi komi e na parte do shiai eu trabalharia o kakari-gueiko, pelo simples motivo de podermos evitar lesões nestes nossos novos clientes, que é uma delícia trabalhar com essa clientela. Essa é a minha opinião, não exagerar nos shiai e sim trabalhar muito ne-waza. Muito legal, pois evita lesões, esta é a nossa maior preocupação.”

K111

“Melhora em várias capacidades... Força, equilíbrio, flexibilidade, empoderamento, disposição, sono... Melhoria da condição cardiovascular, respiratória, melhoria da força muscular para as atividades da vida diária (AVD), melhoria do equilíbrio, coordenação”.

Esta nossa pesquisa, visa também contribuir com a área do judô, no sentido de refletir sobre a formação continuada de professores de judô (também conhecidos como senseis), a partir de práticas ensinadas de forma pedagógica mais adequadas e conscientes acerca da especificidade do aluno/praticante idoso, o que denominamos Judô para Idosos ensinado de forma pedagógica.

K81

“Quanto ao teor técnico penso ser possível o ensino de todas as técnicas do Judô. Porém, nos treinos habituais acredito que devem ser variadas as formas de se realizar. Contudo, a fim de se evitar lesões ou algo pior, deve-se evitar treinos exaustivos, maçantes, perigosos e com estímulos competitivos corriqueiros entre tais alunos. É o mínimo que se espera.”

K72

“Todos, desde que adaptados à realidade de cada um. E sobre o olhar preciso do professor, indicar ou contra indicar certas técnicas ou mesmo Katas.”

Dessa forma, o resultado da pesquisa estará apresentando e auxiliando na possibilidade de uma prática corporal pouco explorada junto aos idosos, prática esta que pode proporcionar/ampliar o campo de experiências/vivências positivas dessa população, uma vez que essa modalidade de esporte de combate está imbuída de uma filosofia única, a qual só tem a acrescentar a seus praticantes.

6.2.2 Coordenação Motora e Prevenção de Quedas

Para chegarmos a esta categorização, a partir dos 112 questionários respondidos pelos Kodanshas, ao se chegar a 35 ideias-chave, destas seis tinham

relação com o trabalho de coordenação motora e prevenção de quedas, sendo eles: I₇ (21) - Mudança de hábito, I₉ (26) - Saúde física e mental, I₁₀ (22) - Maior mobilidade, I₁₁ (15) - Prevenção de quedas, I₂₃ (10) - Coordenação Motora e I₂₄ (32) - Sem restrição de treino.

Na sequência, agrupadas as ideias-chaves, organizamos a confluência entre essas. Em seguida, às 19 aproximações menores analisadas foram encontradas três relacionadas ao trabalho de coordenação motora e prevenção de quedas, dentre as quais: A₅ - Coordenação motora - Equilíbrio, A₆ - Prevenção de quedas e A₁₂ Prevenção de lesões e mudança de hábitos. E, por fim, a partir da confluência e as aproximações menores, chegamos à segunda categoria de análise, C2, emergida da compreensão quanto à importância do trabalho de coordenação motora e prevenção de quedas apresentada pelos Kodanshas e que podem ser verificados nos excertos que seguem:

K23

“Coordenação motora, com foco em força e flexibilidade”

K18

“Coordenação motora e tônus muscular... Melhora do condicionamento físico... Melhora da capacidade cardiorrespiratória...”

K57

O Judô ajuda em tudo. Manutenção da coordenação motora, saúde e até o Alzheimer.

Desde a criação do Judô, por Jigoro Kano, em 1882, essa arte, oriunda do Ju-Jutsu, foi acrescida de conhecimentos práticos e teóricos direcionados a beneficiar a integridade física e moral dos seus praticantes. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado que tais benefícios, relacionados ao físico, dependem do tipo de prática (SANTOS, 1993), e da forma com que esta prática é realizada (SANTOS; KREBS, 1995), entre outros fatores; assim como o desenvolvimento da moral, depende dos conteúdos teóricos a serem ministrados, assimilados e aplicados pelos praticantes, dentro e fora do “dojô” (SANTOS et al., 1990).

Uma das preocupações de Jigoro Kano ao idealizar a prática do Judô, por ser este um esporte de contato, caracterizado por projeções seguidas de imobilizações, chaves e estrangulamentos, foi aprimorar técnicas que amenizassem o efeito das

quedas. Deste modo, os “ukemis” foram desenvolvidos para propiciar a segurança do judoca mediante as diferentes técnicas de projeção em diferentes direções (para frente, para os lados e para trás).

Portanto, para muitos estudiosos, conforme expõe Lasserre (1969), o “ukemi” constitui-se na base das projeções de todas as técnicas do Judô, pois se não se domina a técnica de cair, não se domina a técnica de projetar. Os “ukemis” são destinados a anular os efeitos da queda, na qual, caindo-se com toda a superfície dos braços e das mãos bem estendidas, aumenta-se a superfície de contato e retransmite ao solo as vibrações produzidas pelo choque. Para Rocha (1984), o domínio dos “ukemis” é fundamental para qualquer judoca, e saber cair é uma forma de prevenir lesões, pela técnica e treinamentos constantes, proporciona quedas conscientes e não traumáticas, fator que favorece o que denomina de “saber cair” ou consciências da projeção da queda, não só no caso específico do Judô, mas em muitas outras situações, como verificamos nas respostas dos Kodanshas.

K91

“Benefício em viver harmonicamente em grupo, colocando o corpo em movimento, principalmente adquirindo melhores formas de prevenção de quedas.”

K85

“Socialização, coordenação motora geral, aumento do tônus muscular, massa óssea e amizade”

Assim, considerando as restrições do organismo (NEWELL, 1986), as quedas no judô emergem dos diferentes deslocamentos espaço-temporais dos segmentos corporais em resposta às diferentes possibilidades de direção do fluxo da força que causou o desequilíbrio.

São inúmeras as situações que podem levar um idoso a uma queda, desde um simples tropeço em um tapete distribuído na casa ou móvel mal colocado no ambiente, um escorregão ao lavar uma garagem, como um acidente durante um banho. De um modo geral, os idosos, por reflexo, tentam evitar as quedas e acabam realizando movimentos que fatalmente os levarão a uma lesão, como, por exemplo, apoiar a mão ou cotovelo no chão para evitar a queda ou frear o movimento. Quando isto ocorre, o idoso estará agindo contra a direção natural do movimento e

sobrecarregando as articulações, fator que pode provocar lesões ou traumas graves como luxações ou fraturas (PERRIN et al., 2002).

Os praticantes de judô convivem com as quedas em seu treinamento diário e, por isso, suas reações frente a uma situação de queda não necessariamente se caracteriza em evitá-la, mas acompanhar o desequilíbrio e realizar uma queda segura e consciente (ROBERT, 1988). Além de praticar uma queda segura, o judoca possui uma ótima capacidade adquirida de equilíbrio estático e dinâmico (PERRIN et al., 2002), ou seja, apresenta estrutura/postura e projeção adequada e quando houver quedas, que sejam quedas conscientes, a partir de um trabalho de melhoria da condição de equilíbrio e autonomia.

Assim, como profissional da área de educação física e praticante do judô há mais 35 anos, temos observado que os idosos não recebem os devidos cuidados na condução dos treinos, na apreensão das técnicas e nas lutas. Portanto ao compartilhar tal percepção, com integrantes da Federação Goiana de Judô (FEGOJU) e da Confederação Brasileira de Judô (CBJ), recebemos o apoio no sentido de provocar o início de estudos, pesquisas e contribuições acerca das práticas e cuidados na condução das aulas de judô voltadas para praticantes idosos, a fim de apresentar um estudo acerca de praticante do esporte com idade igual ou superior a 60 anos, considerado no presente estudo como idosos, como observado nas falas dos Kodanshas.

K44

“Além da prática salutar da atividade física, melhoras em seu desenvolvimento motor e prevenção de quedas com um sensei que realmente estuda o trabalho com idosos”

Na filosofia do judô, se trabalha no praticante o domínio da capacidade de equilibrar-se para, dentre outros, poder lutar sem risco de se machucar. Algo importante para este público de idosos. Assim, faz-se necessário que o praticante utilize constantemente da técnica do “Ukemi” e consciência corporal com movimentação, a técnica de "Tai Sabaki" (palavra japonesa que significa movimentos com giro do corpo).

K64

“Nas minhas aulas o idoso/adulto só faz UKEMI direto no tatame após ter adquirido muita segurança e controle corporal. Antes disso utilizo colchões específicos (20cm) tanto para ukemi quanto para serem projetados”

K68

“Fundamentos técnicos na orientação do Ukemi (Amortecimentos de quedas)... lateralidade, equilíbrio, movimentação sobre o tatame e coordenação motora”

K9

“Procurar sempre orientar seus alunos sobre os ukemis e criar situações técnicas para que eles possam estar executando e de baixo impacto”

A perda da capacidade do equilíbrio ocorre ao longo do processo do envelhecimento devido à degeneração de alguns órgãos e sistemas do corpo humano. Segundo Matsudo et al. (2000), a queda faz parte dos acidentes mais frequentes com idosos, que geralmente acontece por anormalidades na manutenção do equilíbrio e da passada, fraqueza muscular, desordens visuais, doença cardiovascular, alteração cognitiva e devido a uso de alguns medicamentos.

Para os idosos, o principal ou o mais frequente problema causado por uma queda é a fratura do quadril, sendo que 90% das fraturas de quadril são causadas por quedas (PRINCE et al., 1997). Embora muitos autores enfatizem a importância da atividade física na prevenção das quedas (HURLEY; HAGBERG, 1998; PROVINCE et al., 1995; SPIRDUSO, 1995) poucos estudos têm sido conduzidos especificamente com esta perspectiva.

K1

“Preparação do corpo para quedas amenizando danos físicos. Melhoria do equilíbrio promoção da saúde, melhoria cárdio respiratória, equilíbrio, força, concentração, memória, além da interação social.”

K37

“Trabalho voltado para resistência muscular e respiratória. Reforço nos Ukemis.”

Conforme Spirduso (1995), o exercício contribui para a prevenção das quedas devido aos benefícios provenientes da prática da atividade física, como o fortalecimento dos músculos, melhora dos reflexos e da sinergia motora, das reações posturais, da velocidade do caminhar, no aumento da flexibilidade, manutenção do peso corporal, melhora da mobilidade e diminuição de doenças cardiovasculares. Além da atividade física, que pode retardar e prevenir as degenerações e patologias relacionadas ao envelhecimento, que estão relacionadas com as causas das quedas, respeitando as restrições do organismo e sua

consciência corporal, poderia ser realizado com idosos. Neste sentido, o treinamento das quedas e da movimentação com giro do corpo do judô se caracteriza como uma atividade importante para amenizar os problemas causados devido a quedas no cotidiano e consciência corporal.

6.2.3 Melhoria na Qualidade de Vida

Para chegarmos a esta categorização, a partir dos 112 questionários respondidos pelos Kodanshas, chegando, como exposto, a 35 ideias-chave, sendo quatro delas relacionadas à melhoria na qualidade de vida: I₃ (33) - Maior qualidade de vida, I₁₃ (10) - Judô para Idosos - terapia, I₃₁ (4) - Com recomendação médica e I₃₃ (17) - Terapia e Socialização. Nesse processo de análise, chegamos a 19 aproximações menores e destas aproximações, três apresentavam relacionamento à questão da melhoria na qualidade de vida: A₇ - qualidade de vida, A₈ - recomendação médica e A₉ - Judô como terapia. A partir da confluência e das aproximações chegamos à terceira categoria de análise, C3, categoria referente à melhoria na qualidade de vida.

Os Kodanshas expressam a qualidade de vida como um dos benefícios do Judô. Trouxemos dois excertos que expressam tal perspectiva.

K58

“Interagir em grupo, uma via qualidade de vida, autoestima e muito mais... Benefício em viver harmonicamente em grupo, colocando o corpo em movimento, principalmente adquirindo melhores formas de prevenção de quedas.

K103

“Além da prática salutar da atividade física, melhoras em seu desenvolvimento motor... Melhora na qualidade de vida.”

Em nossa justificativa, este projeto traz como tema a prática do judô, com aproximação com a educação e saúde, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Especificamente em relação ao objeto deste estudo, ou seja, os benefícios biopsicossociais dessa prática junto aos idosos, poucos estudos foram encontrados. Contudo, se forem analisadas separadamente, observamos referências relativamente amplas sobre os aspectos do envelhecimento, da velhice e das atividades físicas, e uma escassa bibliografia sobre a prática do judô no sentido

proposto para estudo, o que apresenta favorável nosso projeto na aproximação da saúde e qualidade de vida do idoso a prática do judô.

O estudo em apresentação parte do pressuposto que os idosos necessitam de um acompanhamento especial, com cuidados individualizados, seguro na sua execução, visando a melhoria de sua qualidade de vida. Nos últimos anos, na maioria das sociedades, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), tem observado o aumento na expectativa de vida da população (ou esperança de vida), repercutindo num incremento do número de pessoas pertencentes à terceira idade (parcela idosa da população), principalmente em países desenvolvidos como Japão, Suécia, EUA, Canadá onde a expectativa média de vida atingiu um patamar médio superior a 80 anos, contrastando com países subdesenvolvidos, com expectativa média de vida inferior a 50 anos, como é o caso de Moçambique (47,7 anos), Serra Leoa (46,2 anos), Lesoto (46 anos) e República Centro-Africana (45,9 anos) (OCDA, 2013). No Brasil, a expectativa média de vida saltou de 50 anos, na década de 1960, para 75,5 anos em 2013. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), se forem mantidas as tendências dos últimos anos, em termos de projeção, o Brasil pode alcançar a esperança de vida de 80 anos em 2030 (BRASIL, 2015).

A tendência de crescimento do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil e no mundo faz com que reflitamos sobre as questões do envelhecimento, processo que atinge todo ser humano, independente da cor/raça ou nacionalidade.

O fenômeno do envelhecimento faz parte da vida de todos os seres vivos, e, desta forma, os humanos não representam uma exceção nesse processo. Essa fase da vida tem um caráter universal, multifatorial e é inexorável (MATSUDO *apud* CARVALHO, 2008, p.1).

De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações), uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e segundo a ONU estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. Dados da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos do Governo Brasileiro de 2011 apresenta que a projeção de idosos no Brasil parte de 10% da população em 2010 para 30% em 2050.

A terceira idade, como é compreendida a população idosa, é o último tempo natural do processo de vida. E, nos dias de hoje, tem ganhado grande importância no meio social tanto pelos problemas que enfrenta, quanto pela tendência de “envelhecimento do mundo”, que aponta para um aumento gradativo da população idosa no conjunto geral da população.

K22

“Saúde em primeiro lugar; prazer pessoal da prática, e sentimento de pertencimento a um grupo muito especial... Além da prática salutar da atividade física, melhoras em seu desenvolvimento motor ... Bem-estar físico e psíquico - envelhecimento saudável”

É sabido que o processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de alterações fisiológicas ocorridas no organismo (LEITE, 1990; WEINECK, 1991; FEDERIGHI, 1995; FARO JR., LOURENÇO, BARROS NETO, 1996; ZOGAIB, BITTAR, BICARRELO, 1996), bem como pelo surgimento de doenças crônico-degenerativas advindas de hábitos de vida inadequados (tabagismo, ingestão alimentar incorreta, tipo de atividade laboral, ausência de atividade física regular, etc.).

K7

“Auxílio contra distrofia muscular, artrite e artrose, condicionamento cardiovascular, melhora do desempenho psicomotor, bem-estar físico e mental... Fortalecimento muscular, prevenção de quedas, socialização... mudanças de hábito”

Conforme Katch e McCardle (1996); Gomes e Araújo Filho (1992) e Mensch (2008) a atividade física é fundamental para um processo saudável de envelhecimento. Sob o âmbito biomédico os efeitos da atividade física na capacidade funcional, na aptidão física, na mobilidade, nas atividades da vida diária (AVDs), assim como em doenças crônicas mais comuns nessa fase da vida, são amplamente estudados e difundidos com o fim de apresentar como a atividade física age sobre estes aspectos.

Portanto, a partir dos estudos e análises realizadas nesta pesquisa podemos apresentar que a prática do judô ensinado de forma pedagógica aos idosos pode ter diversos benefícios para a qualidade de vida dos idosos.

Quando falamos em melhora da saúde física - força muscular, o judô envolve o uso de técnicas que exigem força muscular, o que pode ajudar a manter e

desenvolver a força nos idosos. E em relação a flexibilidade, as técnicas de judô frequentemente exigem movimentos que aumentam a flexibilidade, auxiliando na mobilidade e na prevenção de lesões.

Já quando falamos em desenvolvimento da coordenação motora - equilíbrio e coordenação, a prática do judô pode aprimorar o equilíbrio e a coordenação, habilidades que são fundamentais para evitar quedas e lesões em idosos.

Em relação ao estímulo mental - tomada de decisão, o judô envolve a tomada rápida de decisões estratégicas, o que pode estimular a mente e ajudar na manutenção da agilidade cognitiva.

Quanto à interação social - convívio social, participar de aulas de judô proporciona interação social, o que é vital para a saúde mental e emocional dos idosos. Em relação ao controle do estresse - autodisciplina e controle emocional, a prática do judô pode promover a autodisciplina e o controle emocional, auxiliando na gestão do estresse e na promoção de uma mentalidade positiva. Quando falamos em prevenção de doenças, principalmente quanto à saúde cardiovascular, o exercício físico regular, do judô ensinado de forma pedagógica aos idosos, pode ajudar na prevenção de doenças cardiovasculares, que são comuns em idosos. Em relação a adaptação às limitações físicas, a forma pedagógica de se trabalhar com os idosos, com adaptação dos treinos e técnicas, o judô pode ser adaptado para atender às necessidades individuais, permitindo que os idosos participem de acordo com suas habilidades e limitações físicas.

Em relação ao aumento da autoestima, conquistas pessoais, a melhoria nas habilidades físicas e técnicas do judô pode aumentar a autoestima e a autoconfiança dos idosos. Bem como, auxiliar em novos hábitos de vida ativa - com este estímulo à atividade física, participando de diversas atividades no judô incentiva os idosos a manterem um estilo de vida ativo, o que é crucial para a saúde geral, ao envolver desafios físicos e mentais, pode contribuir para o desenvolvimento da resiliência nos idosos e melhorando sua qualidade de vida.

*“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino...
Pesquisa para constatar, constatando, intervenho,
intervindo educo e me educo. Pesquisa para conhecer o
que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a
novidades”
Freire (2003, p. 32).*

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, nosso estudo surgiu, primeiramente, com a vivência como atleta, professor e árbitro de judô, engajado e envolvido com as federações esportivas em todo o Brasil, onde percebemos que não há diferenciação metodológica na condução da prática do judô para as pessoas idosas em relação aos demais praticantes. Observamos que, em geral, não há um planejamento ou adequações ou mesmo cuidados em relação ao praticante idoso.

Essa pesquisa elegeu como tema o Judô para Idosos, sob um olhar da Saúde Coletiva. A organização dos dados levantados, assim como as leituras realizadas, possibilitou a análise, a partir do trabalho de levantamento de ideias-chave, que no processo de aproximação, nos conduziram a categorias de análise, levando-se a compreensão da organização e funcionamento dos dois temas de forma isolada, o idoso e o Judô que trabalhamos em capítulos exclusivos. Um aporte científico de conhecimentos que servem de base e suporte para os estudos futuros.

Como verificamos ao longo do trabalho, o envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com idade acima de 60 anos deve chegar a 2 bilhões em 2050. Com o aumento da expectativa de vida, cresce também a importância de se investir em políticas públicas de saúde que promovam o envelhecimento saudável. Nesse sentido, a prática do judô para idosos pode ser uma importante ferramenta para a promoção da saúde coletiva.

Após este estudo e análise bibliográfica, bem como o questionário semiestruturado, concluímos que a saúde coletiva para idosos é uma área da saúde pública que se dedica ao estudo, prevenção e tratamento de doenças que afetam essa faixa etária, buscando garantir a promoção da saúde e o bem-estar da população idosa como um todo. Isto é, a saúde coletiva para idosos deve levar em conta as particularidades desse grupo, como as mudanças biológicas, psicológicas e

sociais que ocorrem durante o envelhecimento, bem como as condições socioeconômicas e culturais que podem afetar a saúde dos idosos.

Verificamos em nosso estudo que cada vez mais por meio da análise de dados epidemiológicos e sociais, a saúde coletiva para idosos deve busca compreender os fatores que afetam a saúde dessa população, bem como desenvolver estratégias para prevenir e tratar as doenças mais comuns na terceira idade, como as doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes, osteoporose, entre outras) e as doenças psicológicas (depressão, ansiedade, entre outras).

Verificamos que entre as estratégias utilizadas na saúde coletiva para idosos, estão a promoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, atividade física regular, e o controle de doenças crônicas por meio de tratamentos médicos e acompanhamento por profissionais de saúde. Além disso, a saúde coletiva para idosos também busca garantir o acesso aos serviços de saúde, incluindo prevenção e tratamento de doenças, assistência hospitalar e cuidados de longa duração. Aqui, incluímos a ideia apresentada em nosso estudo de prevenção de quedas em idosos, que é de extrema importância, pois as quedas podem resultar em lesões graves e complicações de saúde.

Ao longo de nosso estudo levantamos alguns dados e segue aqui algumas estratégias e dicas para prevenir quedas em idosos:

- Programas de Exercícios: Com o estudo sobre o judô e seus benefícios, apresentamos um programa de exercícios básicos e funcionais, a partir dos fundamentos do Judô, específicos para idosos! Exercícios de equilíbrio e fortalecimento, que podem reduzir o risco de quedas.
- Check-ups e Revisão da Medicação: Verificamos que alguns estudos analisaram a relação entre check-ups, medicamentos e quedas em idosos. Assim, Check-ups regulares com um médico são fundamentais para monitorar a saúde geral dos idosos e identificar problemas de equilíbrio ou de visão que possam contribuir para quedas. Bem como, em conjunto com os médicos, avaliar e ajustar a medicação de acordo com as necessidades individuais pode ajudar a prevenir quedas.

- **Melhoria no Ambiente Doméstico:** Também analisamos e verificamos, que em conjunto com a família, podemos organizar modificações no ambiente doméstico, como a remoção de tapetes escorregadios ou fios elétricos no chão, instalação de corrimãos/suportes de apoio e melhorias na iluminação, têm se mostrado eficazes na prevenção de quedas. Ao longo de nossa pesquisa, verificamos que vários estudos exploraram essas simples modificações que podem prevenir e muitos as quedas dos idosos.
- **Suplementação de Vitamina D:** Verificamos que podemos contribuir e muito em conjunto com os médicos na análise da deficiência de vitamina D. Pois esta deficiência pode contribuir para a fraqueza muscular em idosos. Encontramos vários estudos que examinaram se a suplementação de vitamina D pode reduzir o risco de quedas. E podemos contribuir neste momento da sarcopenia, com exercícios de equilíbrio e fortalecimento, a partir do judô e exercícios funcionais para reduzir o risco de quedas.
- **Avaliação de Risco de Queda:** Em nossa pesquisa, encontramos ferramentas de avaliação de risco de queda, como o "Timed Up and Go (TUG)", que são usadas para identificar idosos em risco e direcionar intervenções apropriadas.
- **Reabilitação Física:** Para idosos que já tiveram quedas, a reabilitação física a partir de exercícios funcionais e o Judô, bem como, em conjunto com fisioterapia, podem ajudar a melhorar a força, o equilíbrio e a mobilidade, reduzindo o risco de quedas subsequentes. E claro, andadores e bengalas podem ser ferramentas valiosas para os idosos que apresentam dificuldades de locomoção, ajudando a prevenir quedas
- **Educação e Conscientização:** Programas educacionais destinados a idosos, familiares e seus cuidadores também são uma parte importante da prevenção de quedas. Bem como, os idosos devem usar calçados adequados, com solas antiderrapantes e bom suporte para os pés, a fim de minimizar o risco de quedas
- **Tecnologia Assistiva:** Neste grande momento tecnológico que vivemos, a tecnologia desempenha um papel crescente na prevenção de quedas. Além das câmeras que auxiliam e muito em acompanhá-los. Sensores de queda,

alarmes pessoais e outros dispositivos podem alertar os cuidadores ou serviços de emergência em caso de uma queda.

A prevenção de quedas em idosos envolve uma abordagem multifacetada, considerando fatores físicos, ambientais e de saúde. A implementação dessas estratégias, juntamente com a orientação de profissionais de saúde, pode ajudar a melhorar a qualidade de vida dos idosos e reduzir o risco de quedas.

Portanto, a partir destas considerações sobre os benefícios de algumas estratégias e dicas para prevenir quedas em idosos... buscando hábitos saudáveis, concluímos que a prática de esportes, em nosso estudo apontado como o judô específico para o idoso é fundamental para manter uma boa saúde e qualidade de vida em qualquer fase da vida, mas ela se torna ainda mais importante na terceira idade. Isso porque, durante o envelhecimento, o corpo passa por uma série de mudanças que podem afetar a saúde e a mobilidade, tornando a prática de atividades físicas ainda mais relevante.

O Judô para os idosos é uma das maneiras mais eficazes de manter o corpo ativo, fortalecer os músculos e as articulações... prevenindo quedas, além de prevenir doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e osteoporose. Além disso, o judô também é um importante aliado na prevenção de doenças psicológicas, como a depressão e a ansiedade, que podem ser comuns na terceira idade, pois o esporte socializa as pessoas.

Assim, esta grande vantagem da prática de esportes para os idosos é a socialização. A participação em atividades esportivas do Judô para idosos em grupo pode ajudar a manter os idosos conectados com outras pessoas, fortalecendo as relações sociais e reduzindo o isolamento, o que é importante para a saúde mental e emocional. É necessário adaptar os exercícios de acordo com as condições físicas e limitações de cada praticante, para garantir a segurança durante a prática esportiva. Isto é, é de suma importância ressaltar que a prática de esportes para os idosos deve ser orientada por um profissional do Judô (Sensei), graduado faixa preta e se possível também profissional de educação física, que vai avaliar as condições físicas e as limitações individuais de cada pessoa, garantindo que a atividade seja segura e adequada.

Portanto, ao longo deste trabalho apresentamos que o judô para idosos é muito mais que um esporte... é uma atividade física que pode trazer diversos benefícios para a saúde física e mental dos praticantes. Além de ajudar a melhorar a flexibilidade, equilíbrio, força e coordenação motora, o judô também pode ajudar a promover o convívio social e a autoestima dos idosos. Quando se olha para a perspectiva da saúde coletiva, o judô para idosos pode ser uma importante ferramenta para prevenir e tratar doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes, hipertensão e obesidade. Essas doenças têm alta prevalência em idosos e podem ser prevenidas ou controladas por meio da prática regular de atividade física.

Além disso, o judô para idosos pode contribuir para a promoção da saúde mental, prevenção e tratamento da depressão e ansiedade, que também são comuns nessa faixa etária e ser uma excelente opção de atividade física, proporcionando benefícios físicos, cognitivos e sociais. Entre os benefícios físicos, podemos destacar a melhoria do equilíbrio, da força muscular, da flexibilidade e da resistência cardiorrespiratória. Além disso, a prática do judô pode contribuir para a prevenção de doenças comuns em idosos, como a osteoporose e a hipertensão arterial.

Em relação aos benefícios cognitivos, estudos têm demonstrado que a prática do judô pode melhorar a capacidade de concentração, a memória e a agilidade mental. Além disso, a modalidade pode ser um excelente estímulo para o desenvolvimento da coordenação motora fina e grossa, bem como para o aprimoramento das habilidades visuais e auditivas.

Já em relação aos benefícios sociais, o judô pode contribuir para a inclusão social dos idosos, favorecendo a interação e a convivência em grupo. A prática da modalidade pode promover valores como respeito, disciplina, autocontrole, solidariedade e cooperação, contribuindo para a formação de uma consciência coletiva sobre a importância da prática de atividades físicas na terceira idade.

Finalizando, a prática de esportes é essencial para a saúde e qualidade de vida dos idosos, ajudando a prevenir doenças, manter o corpo ativo e a mente saudável, além de promover a socialização, bem-estar geral e prevenção de quedas. Por isso, como verificamos é fundamental que os idosos sejam incentivados a

praticar atividades esportivas, sempre com a orientação de profissionais qualificados, como realizamos neste trabalho a partir do judô.



REFERÊNCIAS

- ALVES Junior, E. D. O Judô na Universidade: discutindo questões de gênero e idade. In: GUEDES, O. C. Judô: evolução técnica e competição. João Pessoa: Idéia, 2001. p.73-91.
- ANTUNES, E. Saúde do idoso: políticas de saúde e assistência social e as ações existentes nas 25ª e 26ª secretaria do desenvolvimento regional (SDR). Dissertação, Universidade do Contestado, Canoinhas. 2012.
- AVERSI-FERREIRA, T.A.; RODRIGUES, H.G.; PAIVA, L.. Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo. RBCEH, v. 2, n. 2, p. 46-64, 2008.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARREIRA, K.S. VIEIRA, L.J.E.S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. Rev. Enferm. UERJ. 12(3): 1-10, 2004.
- BEE, H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BERLINGUER, G. A doença. in BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. Enfermagem e saúde do adulto. Barueri: Manole,2006.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.Acesso em 12 mar 2022.
- BRASIL. LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social. 1993. <<http://www.planalto.gov.br>>.Acesso em 12 mar 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395 de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117.> Acesso em: 29 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde coletiva / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. – 2. ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/saude_coletiva.pdf> Acesso em: 22 jul. 2022
- BRASIL. (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcaad19.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2022
- BRASIL. (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: MS; (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf> Acesso em: 22 jul. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPIIC [internet]. 2017 Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_mai2017.pdf.> Acessado em 19/07/2022.

BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm.> Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas - PNPIIC . 2018 Disponível em:<

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/Praticas-Integrativas.pdf> > Acessado em 19 jul 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas - Manual de Implantação dos Serviços PICS 2018 Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf > Acessado em 19 jul 2022

BRITO, M.C.C.; FREITAS, C.A.S.L; MESQUITA, K.O.; LIMA, G.K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. Revista Kairós Gerontologia, 16(3), 2013, junho. pp.161-178.

CÂMARA, A.M.C.S. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1, Supl. 1): 40-50; 2012

CAMARANO, A.A., MEDEIROS, M. Introdução. In: CAMARANO, AA. (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, dez/1999.

CAMARANO, A. A.: PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, p. 253-292, 2004.

CASSANDRA Ribeiro de O. e SILVA, D. Metodologia e Organização do projeto de pesquisa. GUIA PRÁTICO. Fortaleza: CEFETceara 2004.

CENEVIVA, W. 2004. Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei. A Terceira Idade, v. 15, n. 30, p. 7-23.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800022&script=sci_abstract&tlng=pt.> Acesso em: 29 jul. 2022.

CIVINSKI C, MONTIBELLER A, BRAZ A. A importância do exercício físico no envelhecimento. Rev da Unifebe. 2011;9:163–75.

- COSTA SANTOS, S.S. 2010. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica. Rev. Bras. Enferm. 63(6):1035-1039.
- DELIBERADOR, A. P. Judô, Metodologia e Participação, Londrina – PR: Lido 1996.
- DUARTE, C.P.; SANTOS, C.L.; GONÇALVES, A.K. A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e atividade física como motivação para comportamentos ativos. Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 23, n. 3, p. 35-48, 2002.
- FACHIN, Odília. Fundamentos de Metodologia, São Paulo: Atlas, 1993.
- FALSARELLA, G.R; GASPAROTTO, L.P.R; COIMBRA, A.M.V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso: revisão da literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, 2014.
- FARIAS FILHO, J. R. *Ensaio Teórico sobre Pesquisa Bibliográfica em Estratégia de Operações*. Niterói: UFF/TEP, 2009. Apostila da Disciplina de Gestão de Operações - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000136&pid=S0103-6513201400030000200005&lng=en Acessado em 19 jul 2022
- FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. 2012. influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto contexto - Enferm. 21(1):167-176.
- FARO JR., Mário P., LOURENÇO, Alexandre F. M., BARROS NETO, Turíbio L. de. Alterações fisiológicas e atividade física na terceira idade: prescrição de exercício. Âmbito Medicina Desportiva. São Paulo, v. 06, p. 8-10, 1996.
- FATIMA e SILVA, M.R.; YAZBEK, M.C. 2008. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. R. Katal. V. 17, n. 1, p. 102-110.
- FEDERIGHI, Álvaro J. Exercício físico no idoso. Âmbito Medicina Desportiva. São Paulo, v. 03. p. 41-42, 1995.
- FEIJÓ, M. C. C; MEDEIROS, S. A. R. A sociedade histórica dos velhos e a conquista de direitos de cidadania. Revista Kairós Gerontologia, v. 1, n. 14, mar. 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6930>> Acesso em: 29 jul. 2022.
- FERNANDES, M.G.M.; ASSIS, J.F. 1999. Maus-tratos contra idosos: definições e estratégias para identificar e cuidar. Gerontologia, p.144-149.
- FERNANDES, M. G.M.; DOS SANTOS, S.R. Políticas Públicas e Direitos dos Idosos: desafios da agenda social no Brasil contemporâneo. Achegas. Net. Revista de Ciência Política, Rio de Janeiro. 34: 49-60, 2006.
- FERNANDES, M. G. M; GARCIA, L. G. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos, Salte. Soc. 2010, vol. 19, n.4, pp. 771-783. ISSN 0104-1290.
- FERREIRA, O.G.L; MACIEL, S.C.; COSTA, S.M.G.; SILVA, A.O.; MOREIRA, M.A.S.P. 2010. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Texto contexto - Enferm. 21(3):513-518.

- FERREIRA, O.G.L; MACIEL S.C.; SILVA, A.O.; SANTOS, W.S.; MOREIRA, M.A.S.P. 2012. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev. Esc. Enferm. 44(4):1065-1069.
- FIGUEIREDO, V.L.M. Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. Ciências & Cognição, V. 12, p. 156-164. 2007
- FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.
- FONSECA, M.M.; GONÇALVES, H.S. 2003. Violência contra o idoso: Suporte legais para a Intervenção. Interação em Psicologia. v. 7, n. 2, p. 121-128.
- FONSECA, Vitor. Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares. Porto Alegre - RS. Artmed. 2004
- FONSECA, R.; GOMES, I.; FARIA, P.L.; GIL, A.P. 2012. Perspectivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar para uma investigação em saúde pública. Rev. Port. Saud Pub. v. 30, n. 3, p. 149-162.
- FRAGOSO, M.H.J.M.M. (trad.). Fortalecendo os Direitos das Pessoas Idosas: A Caminho de uma Convenção.2010. Disponível em: <<http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/UN-convention-older-rights-july09.asp>>. Acesso em: 20 jul 2022.
- FRAIMAM, A. P. Coisas da Idade. 2 O ed, São Paulo, Hermes, 1991.
- FRANCHINI, E. Judô: desempenho competitivo. 1. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2001.
- FRANGE, P. O Estatuto do Idoso comentado por Paulo Frange. Uberaba, 2004 Disponível em: < <http://www.paulofrange.com.br/Livroidosofinal.pdf>>. Acesso em 10 mar 2022.
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciência. Saúde Coletiva, Vol. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.
- GOMES, A. C.; ARAÚJO FILHO, N. P. Cross training uma abordagem metodológica. Londrina: APEF, 1992.
- GOMES, A.L. O Benefício da prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites - construindo possibilidades de avanços? In: Seminário Internacional: mínimos de cidadania e benefícios a idosos e pessoas deficientes - Brasil, França e Portugal. São Paulo: FAPESP, 2002, p. 60-79. Disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d10906c3dac1172d>> . Acesso em 12 mar 2022.
- GOMES, S.; MUNHOL, M.E.; DIAS, E. Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios. In: GOMES, S. Política pública de assistência social para idosos. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social - Fundação Padre Anchieta, p. 11-27, 2009.
- HELMAN CG. Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009
- HURLEY, B.F., HAGBERG, J.M. Optimizing health in older person: aerobic or strength training? Exercise Sport Science Reviews, v.26,p.61-90, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Famílias e domicílios - Resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=797&view=detalhes>>
Acesso em: 20 jul 2022.

IBGE. PNAD. Brasil; 2013 Disponível em:
<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>
Acessado em 20 jul 2022

IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua — PNAD contínua: principais destaques da evolução do mercado de trabalho no Brasil. 2012–2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Principais_destaquos_PNAD_conti-nua_2012_2018/PNAD_conti-nua_retrospectiva_2012_2018.pdf.> Acesso em: 9 ago. 2022.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. [2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em: 22 jul. 2019.

KANO, Jigoro. Judô kodokan. Tradução: Wagner Bull. São Paulo: Cultrix, 2008.

KANO, Jigoro. Energia Mental e Física - Escritos do Fundador do Judô. Tradução: Wagner Bull. São Paulo: Editora Pensamento, 2008.

KATCH, Vitor L. & McARDLE, Frank I. Fisiologia Do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

KELEMAN, Stanley. Amor, in: Keleman, S. Amor e Vínculos, São Paulo, Summus. 1996

KELSO, J.A. Dynamic Patters: the self-organization of brain and behavior. Massachusetts Institute of Technology, p.29-68, 1995.

LACERDA, R. T. O.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. Uma análise bibliométrica da literatura sobre estratégia e avaliação de desempenho. Gestão & Produção, v. 19, n. 1, p. 59-78, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2012000100005> Acessado em 21 jul 2022

LASSERRE, Robert. Judô – Manual Prático. Tradução: Luiz Darós. São Paulo: Mestre Jou, 1969.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica, São Paulo: Atlas, 1994, 3ª edição.

LEITE, Paulo Fernando. Aptidão física esporte e saúde: prevenção e reabilitação. 2. ed., São Paulo: Robe, 1990, 290 p.

LEVIN JS, Jonas WB, editores. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.

LINARD, A.G; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev. Gaúcha Enferm., vol. 32, n. 3. Porto Alegre, Set. 2011, p. 546-553.

LOPES, A. & GONCALVES, C.M. Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. Manual de Gerontologia, 2012p. 179-202.

LOWRY, Dave. O DOJI e seus significados. Trad. Jaqueline Sá Freire, supervisão: Wagner Bull. São Paulo: Editora Pensamento, 2011.

MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública, vol. 27, n. 3. Rio de Janeiro, Mar. 2011, p. 521-532

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 6 (4) : 19 – 30, 1992.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo do envelhecimento. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. v.5, n. 2, p.60-76, 2000.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento & atividade física. Londrina: Midiograf, 2001. 195p.

MATSUDO, S.M. 2006. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Rev. Bras. Educ Fis. Esp. 20(5):135-137.

MAZZINI FILHO, M.L.; ZANELLA, A.L; AIDAR, F.J.; SILVA, A.M.S.; SALGUEIRO, R.S.; MATOS, D.G. 2010. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. RBCEH, Passo Fundo. 7(1):97-106.

MCWHINNEY IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MEDRONHO, R. de A. Epidemiologia. São Paulo: 2ª edição, Atheneu, 2009.

MENDONÇA, J.M. Breves considerações a respeito do Estatuto do Idoso. 2008. Disponível em <<http://www.lfg.com.br>>. Acesso em 13 mar 2022.

MENSCH, D. Envelhecimento X Exercícios Físicos: Uma Relação Necessária - Disponível em:

[www.http://www.webartigos.com/articles/9408/1/envelhecimento-x-exercicios-fisicosu-ma-relacao-necessaria/pagina1.html](http://www.webartigos.com/articles/9408/1/envelhecimento-x-exercicios-fisicosu-ma-relacao-necessaria/pagina1.html). Acessado em 21 jul 2022

MORAES, E.G.; MORAES, F.L; LIMA, S.P.P. 2010. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais. 20(1): 67-73.

MORIGUTI, J.; LUCIF JR, N.; FERRIOLLI, E. Nutrição para idosos. São Paulo: Roca, 1998.

NEMAN, F.A.; SILVA, N.H. O perfil de saúde dos indivíduos idosos residentes no município de Guarulhos. Science in Health. 2011;2(2):83-92.

NETO, João Augusto Mattar. Metodologia científica na era da informática. São Paulo: Saraiva, 2002.

- NETTO, F.L.M, 2004. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento. *Pensar a Prática*. 7(1):75- 84.
- NEWELL, K.M. Constraints on the development of coordination. In M.G. Wade & H.T.A. Whiting (Eds.), *Motor development in children: Aspects of coordination and control*. Dordrecht, Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers, p.341-360, 1986.
- NOEL-MILLER, C. Spousal Loss, Children, and the Risk of Nursing Home Admission. *J Gerontology: Series B*, v. 65B, n. 3, p. 370-380, 2010.
- NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.* V. 15, n. 2, p. 415-428, 2012.
- OLIVEIRA, R.C.S. 2007. O Processo Histórico do Estatuto do Idoso e a Inserção pedagógica na Universidade Aberta. *Revista HISTEDBR*. n. 28, p. 278-286.
- OMS. 2005. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. Organização Pan-americana de Saúde. Suzana Gontijo, Trad. Brasília (DF).
- ONU. *World population prospects: the 2015 revision: key findings and advance tables*. New York: ONU, 2015.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000
- PAPALIA, D.; FELDMAN, R.; MARTORELL, G. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- PAZ, S.F.; GOLDMAN, S.N. Estatuto do idoso. In: FREITAS, E. V. de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006
- PELLEGRINI, A. M. Coletânea de estudos de desenvolvimento motor I. São Paulo. *Revista Movimento*, p-45-56, 1997.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 709–716, 2002.
- PERRIN, P; DEVITERME, D.; HEGEL, F.; PERROT, C. Judô, better than dance, develops sensorimotor adaptabilities involved in balance control. *Gait and Posture*, 15, p.187-194, 2002.
- PICOLI, T.S.; FIGUEIREDO, L.L; PATRIZZI, L.J. 2011. *Fisioterapia Mov.* 24(3):455-465.
- PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *American Journal of Hypertension*, v.

26, n. 4, p. 541–548, 2013. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23467209>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

PRINCE, F.; CORRIVEAU, H.; HÉBERT, R.; WINTER, D.A. Gait in Elderly. *Gait and Posture*, 5, p.128-135, 1997.

PROVINCE, M.A.; HADLEY, E.C., HORN BROOK, M.C., LIPSITZ, L.A., MILLER, J.P., MULROW, C.D., ORY, M.G., SATTIN, R.W., TINETT, M.E., WOLF, S.L. The effects of exercise on falls in elderly patients. *Journal of American Medical Association*, v.273, p.1341-1347, 1995.

RAUEN, Fábio José. *Elementos de iniciação à pesquisa*. Rio do Sul, SC: Nova Era, 1999.

RIBEIRO, P.C.C. 2009. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicol. Estud.*14(3):501-509.

RIBEIRO, A. Q. et al. Prevalence and factors associated with physical inactivity among the elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 3, p. 483–493, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300483&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 9 ago. 2022.

ROBERT, L. *O Judô*. Lisboa. Portugal: Editora Notícias.1983.

ROCHA, E.G. 2003. Estatuto do idoso: um avanço legal. *Revista da UFG*. v. 5, n. 2.

SBD. Atlas IDF 2017 — Diabetes no Brasil. [2018]. Disponível em:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/atlas_sbd_novo.pdf> Acesso em: 22 jul. 2022.

ROSSI, E. 2008. Envelhecimento do sistema osteoarticular. *Rev Einstein*. 6(1):7-12.

ROUQUAYROL, M. Z; BARBOSA, L. de M. M.; MACHADO, C. B. Os processos endêmicos e epidêmicos. In: ROUQUAYROL M. Z.; GURGEL, M. (Orgs.).

Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. cap. 5, p. 97–120

SANTANA, M. S. Dimensão psicossocial da atividade física na velhice. *Fractal, Rev. Psicol.* 2011, vol. 23, n. 2, pp. 337-352. ISSN 1984-0292.

SANTOS, S..A. & VICENTE, F.R. 2013. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto contexto - Enferm.* 22(2):370-378.

SANTOS, N.F.; FÁTIMA E SILVA, M.R. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista FSA*. 10(2): 358-371, 2013.

SBEM–SP. Conheça os números da osteoporose. 2017. Disponível em:

<<https://www.sbe-msp.org.br/imprensa/releases/127-conheca-os-numeros-da-osteoporose>> Acesso em: 9 ago. 2022.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 4, p. 585–593, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 9 ago. 2022.

SIQUEIRA, M.D. Vivendo bem até mais que 100! Envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2014. Disponível em:

<<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/102255#:~:text=Resumo,implica%C3%A7%C3%B5es%20sociais%2C%20pol%C3%ADticas%20e%20econ%C3%B4micas>> Acesso em: 9 ago. 2022.

SILVA, L. H. ; PELLEGRINI, A. M. A contribuição do judô para a qualidade de vida: as quedas. Revista FAFIBE, v. 3, p. 104, 2007.

SILVEIRA E A, KAC G, BARBOSA L S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/15.pdf> Acessado em 20 jul 2022

SIMÕES, A. C.; BOHME, M. T. S. & LUCATO, S. A participação dos pais na vida esportiva dos filhos. Revista Paulista de Educação Física. V. 13, n.1, janeiro/junho, 1999.

SIMÕES, J.A. Solidariedade em Xequê: as mudanças na seguridade social e o movimento de aposentados e pensionistas no Brasil. In: DEBERT, G. G., GOLDSTEIN, D. M. (org.). Políticas do corpo e o curso da vida. São Paulo: Editora Sumaré, 2000, p. 267-285.

SKINNER, James S. Prova de esforço e prescrição de exercícios. Rio de Janeiro: Revinter, 1991, 339 p.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SPIRDUSO, W. Physical Dimensions of Aging. Champaign: Human Kinetics, 1995.

STANLEI, Virgílio. A Arte do Judô. São Paulo. Editora Rigel; 3ª edição, 1994.

STANLEI, Virgílio. Personagens e Histórias do Judô Brasileiro. Campinas - SP: Editora Átomo, 2002.

STANLEI, Virgílio. Conde Koma: o invencível yondan da história. Campinas - SP: Editora Átomo, 2002.

STEVENS, John. Três Mestres do Budo. Tradução: Luiz Carlos Cintra; Supervisão Técnica: Wagner Bull. São Paulo: Cultrix, 2007.

SUGAI, Vera Lucia. O Caminho do Guerreiro: a contribuição das artes marciais para o equilíbrio físico e espiritual. São Paulo: Gente, 2000. Vol.1.

SUGAI, Vera Lucia. O Caminho do Guerreiro: integrando educação, autoconhecimento e autodomínio pelas artes marciais. São Paulo: Gente, 2000. Vol.2.

SUMAR, N. FAUSTO, M.C.R. Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. J Manag Prim Atenção Health Care 2014; 5(2):202-212.

SUGIZAKI, Mário Mateus (Org), et al. No caminho da suavidade. São Paulo: CREF4/SP,2018.

SWAGERTY,D.L.;TAKAHASHI,P.Y.;EVANS,J.M.1999.Elder Mistreatment Am Fam Physician, v.59, n. 10, p. 2804-2808.

TADDEI, C. F. G. et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 69, n. 5, p. 327–333, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0066-782X1997001100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.> Acesso em: 9 ago. 2022.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.2).

TANI, G., et al. Educação física escolar - fundamento de uma abordagem desenvolvimentista. São Paulo: EPU-EDUSP, 1988.

TEIXEIRA MZ. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). Rev Homeopatia, São Paulo, 2017; 80(1/2):18-39.

TIEDT, A. D. The Gender Gap in Depressive Symptoms among Japanese Elders: Evaluating Social Support and Health as Mediating Factors. J. Cross Cult Gerontol. 25:239-256, 2010.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO, J. Prescrição de exercícios físicos para idosos. Revista Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n2a10.pdf> - Acessado em 20 jul 2022

UVO, R.T.; ZANATTA, M.L.A.L. 2005. O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso. A Terceira Idade, v.16, n.33, p. 1-10.

VENTURA, Deisy. *Monografia jurídica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

VIANNA, L.A.C. Processo Saúde-Doença. Módulo Político Gestor. 2011 Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf> Acesso em:15 jul 2022

YARSHELL, F.L. 2004. Competência no Estatuto do Idoso-Lei nº10.741/2003. v. 16, n. 486, p. 26-27.

YUZAN, Daidoji. Bushido - O Código do Samurai. Tradução: Vânia Araujo. Sao Paulo: 4ª edição, Madras, 2005.

WEINECK, J.; Treinamento ideal. São Paulo: Editora Manole, 1999.

WATSON, Brian N.. Memórias de Jigoro Kano. O Início da História do Judô. Tradução: Wagner Bull. São Paulo: Cultrix, 2011.

WHITAKER, D. C. A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse "novo" ator social, titular de direitos. Cad. CEDES. 2010, vol. 30, n. 81, pp. 179-188. ISSN 0101-3262.

WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. E-book. Disponível em:

http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization; tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005. 60p

WOOLLACOTT, M. H.; SHUMWAY-COOK, A. Controle Motor: teoria e aplicações práticas. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2003.

ZOGAIB, João B. T., BITTAR, Alexandre, BICARELLO, Liliana P. et al. Prevenção de fatores de risco da meia idade através do exercício físico. *Âmbito Medicina Desportiva*, São Paulo, v. 07, p. 5-6, 1996.

APÊNDICES

Apêndice I



Confederação Brasileira de Judô
Federação Goiana de Judô



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Confederação Brasileira de Judô (CBJ), aqui em Goiás representada pela Federação Goiana de Judô (FEGOJU) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **JUDÔ PARA IDOSOS: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA**, coordenado pelo pesquisador Marcelo Galdino de Melo, desenvolvido em conjunto com o pesquisador Dr. Ricardo Antônio Gonçalves Teixeira na Universidade Federal de Goiás.

A CBJ-FEGOJU assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de agosto de 2022 até agosto de 2023.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do pesquisador responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Anápolis-GO, 29 de julho de 2022



Josmar Amaral Gonçalves
Confederação Brasileira de Judô (CBJ)
em Goiás representada pela Federação Goiana de Judô (FEGOJU)

Av. Góias, 1130 Centro Anápolis - GO
(62)3943-3590
Email: judogóias@judogóias.com.br
<http://www.judogóias.com.br>

Apêndice II

plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf

Portal do Governo Brasileiro

Plataforma Brasil

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

MARCELO GALDINO DE MELO - Pesquisador | V3.8.2

Sua sessão expira em: 30min 40

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JUDÔ PARA IDOSOS: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA
Pesquisador Responsável: MARCELO GALDINO DE MELO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 63497622.4.0000.5078
Submetido em: 19/09/2022
Instituição Proponente: Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2011676

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Declaração de Instituição e Infraestrutur
 - Declaração de Pesquisadores - Submis
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigac
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - Apreciação 1 - Hospital das Clínicas da Un
 - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	MARCELO GALDINO DE MELO	1	19/09/2022	20/10/2022	Aprovado	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	20/10/2022 09:40:55	Parecer liberado	1	Coordenador	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	PESQUISADOR	
PO	20/10/2022 09:40:13	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	
PO	15/10/2022 18:20:02	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	
PO	28/09/2022 22:31:12	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	
PO	28/09/2022 08:35:22	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	
PO	21/09/2022 11:18:29	Indicação de Relatoria	1	Secretária	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	
PO	21/09/2022 11:10:10	Aceitação do PP	1	Secretária	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	
PO	19/09/2022 13:28:29	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG	

Apêndice III

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JUDÔ PARA IDOSOS: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA

Pesquisador: MARCELO GALDINO DE MELO

Versão: 1

CAAE: 63497622.4.0000.8078

Instituição Proponente: Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 105896/2022

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto JUDÔ PARA IDOSOS: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA que tem como pesquisador responsável MARCELO GALDINO DE MELO, foi recebido para análise ética no CEP Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - UFG em 21/09/2022 às 11:10.

Endereço: Rua 235, nº 205, Hospital das Clínicas/UFG - Edifício de Internação, 16º Andar, Sala 1642
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-000
UF: GO **Município:** GOIÂNIA
Telefone: (62)3094-8000 **E-mail:** cep.hgo@ebserh.gov.br

Apêndice IV

<https://docs.google.com/forms/d/1ZSqeGDz7NOyCAI7Wr9HfW1AxI7FcmvsE5nNOBquWsqQ/edit>



Seção 1 de 2

JUDÔ PARA IDOSOS: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA

Este questionário faz parte de uma pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás - UFG, que visa compreender a prática do judô para idosos a partir do contexto da saúde coletiva no contexto nacional, sob olhares das políticas públicas e estudos decorrentes. Propõe-se realizar aprofundamentos teórico-metodológicos, levantamento das principais políticas para os idosos, estudar os diferentes espaços e contextos destinados a prática do judô pelos idosos, bem como analisar e auxiliar o processo de formação dos professores de judô (também conhecidos como senseis) a partir de práticas mais adequadas e conscientes acerca da especificidade do aluno/praticante idoso, a partir do contexto da saúde coletiva.

Este estudo será dividido em dois momentos: o primeiro uma revisão sistematizada da literatura e em um segundo momento será aplicado um questionário semi-estruturado para um grupo de Kodanshas. Após a coleta dos dados e tabulação análise de dados, será utilizado o método de Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (2010).

E-mail *

E-mail válido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada "**JUDÔ PARA IDOSOS: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA**". Meu nome é Marcelo Galdino de Melo, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Saúde Coletiva. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra ficará comigo. Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável, via e-mail marcelo_galdino@discente.ufg.br ou senseigaldino@gmail.com e, através do seguinte contato telefônico: 62-99904-7622, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215, que é a instância responsável por dirimir as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

A presente pesquisa tem como objetivo geral, compreender a prática do Judô para idosos a partir do contexto da saúde coletiva. Você receberá um questionário semi-estruturado via "Google Formulários" e para isso deverá reservar um período de 10 minutos. Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. Para isto basta não colocar seu nome. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas.

No âmbito da pesquisa não haverá, em momento algum, contatos físicos com os sujeitos, submissão de experimentos invasivos ou mesmo intervenções no campo psicológico. Ressalta-os que buscaremos tomar todos os cuidados e precauções necessárias em relação a situações de estresse e cansaços, decorrentes das atividades de observações e entrevistas. A aproximação com os sujeitos, o envolvimento nas atividades e a troca constante de experiências e informações se constituem como essência da contribuição da pesquisa no sentido de provocar reflexões e necessidades de uma constante reavaliação dos diferentes meios e processos. Os benefícios também se encontram no campo da produção de conhecimentos úteis e necessários à sociedade, devido, principalmente, a relevâncias dos estudos e resultados apontados.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos. Para condução da coleta é necessário o seu consentimento faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão.

Declaro que li o presente termo de consentimento, que compreendi todas as informações contidas no documento, que concordo voluntariamente com a participação na pesquisa *

SIM

NÃO

Seção 2 de 2

ROTEIRO DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS



Descrição (opcional)

01 - Nome ou codinome (opcional e não obrigatório)

Texto de resposta curta

02 - Qual a sua idade? *

- menor de 30 anos
- entre 31 e 40 anos
- entre 41 e 45 anos
- entre 46 e 50 anos
- entre 51 e 55 anos
- entre 56 e 60 anos
- entre 61 e 65 anos
- entre 66 e 70 anos
- entre 71 e 75 anos
- entre 76 e 80 anos
- entre 81 e 85 anos
- mais de 85 anos

03 - Qual é o seu gênero? *

- Masculino
- Feminino
- Outro (Qual?)
- Prefiro não dizer

04 - Como você se considera? *

- Branco(a).
- Preto(a).

- Pardo(a)/mulato(a).
- Amarelo(a) (de origem oriental).
- Indígena ou de origem indígena.

05 - Qual seu estado civil? *

- Solteiro(a).
- Casado(a).
- União Estável
- Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a).
- Viúvo(a).
- Outro.

06 - Em qual estado você reside hoje? *

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)

- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)
- Fora do Brasil...

07 - Qual seu nível e escolaridade? *

- Ensino Fundamental - incompleto
- Ensino Fundamental - completo
- Ensino Médio - completo
- Ensino Superior - completo
- Mestrado - completo

Doutorado - completo

Pós-doutorado - completo

08 - Qual a sua formação acadêmica? *

Texto de resposta curta
.....

09 - Com quantos anos começou a prática de Judô? *

Texto de resposta curta
.....

10- Quanto tempo voê pratica de judô? *

menos que 20 anos

entre 21 e 25 anos

entre 26 e 30 anos

entre 31 e 35 anos

entre 36 e 40 anos

entre 41 e 45 anos

entre 46 e 50 anos

- entre 51 e 55 anos
- entre 56 e 60 anos
- entre 61 e 65 anos
- entre 66 e 70 anos
- entre 71 e 75 anos
- entre 76 e 80 anos
- mais de 80 anos

11 - Em que ano você foi promovido a faixa Preta - 1º DAN? *

Texto de resposta curta

.....

12 - Em que ano você foi promovido a Kodansha 6º DAN? *

Texto de resposta curta

.....

13 - Qual sua atual graduação no Judô? *

Texto de resposta curta

.....

14 - Que ano foi sua última promoção no Judô? *

Texto de resposta curta

.....

15 - Com o crescente aumento de pessoas idosas no Brasil e no mundo, que mudança você tem observado na prática do Judô para este grupo de pessoas? *

Texto de resposta longa

.....

16 - Você já viu alguma pessoa que iniciou a prática de Judô já na fase idosa da vida, ou seja, com 60 anos ou mais? *

Texto de resposta longa

⋮

17 - Na academia, clube ou instituição que você pratica Judô existem pessoas idosas praticando? Se sim, quantas? *

Texto de resposta curta

18 - Você tem observado mudanças nas instituições em que há prática de Judô para com o público de Judô de veteranos (adultos ou idosos), qual? *

Texto de resposta longa

19 - Qual o(s) benefício(s) do Judô para as pessoas idosas? *

Texto de resposta longa

20 - Que cuidados você indica para lecionar Judô a uma pessoa idosa? *

Texto de resposta longa

21 - Você tem observado mudança na formação dos professores para trabalhar com pessoas adultas ou idosas? Qual? *

Texto de resposta longa

⋮

22 - Que fundamentos técnicos ou tipo de treino você considera ser importante nas aulas de Judô para as pessoas idosas? *

Texto de resposta longa

23 - O que você não recomendaria a ser dado numa aula para idoso? *

Texto de resposta longa

24 - Gostaria de comentar algo a mais sobre Judô para pessoas idosas? *

Texto de resposta longa
