

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TAÍS HELENA MEDEIROS DE BARROS

**ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
MOTORA NAS ACADEMIAS DE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis,

2017

Tais Helena Medeiros de Barros

**ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
MOTORA NAS ACADEMIAS DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Educação Física – Bacharelado do Centro de
Desportos da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito para a obtenção do Título
de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Gabriela Fischer

Florianópolis

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Barros, Tais Helena Medeiros de
Acessibilidade arquitetônica para pessoas com
deficiência motora nas academias de Florianópolis / Tais
Helena Medeiros de Barros ; orientador, Gabriela Fischer,
2017.
49 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

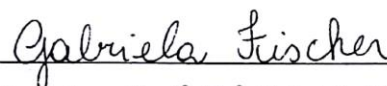
1. Educação Física. 2. Acessibilidade arquitetônica. 3.
Pessoas com deficiência motora e atividade física. I.
Fischer, Gabriela . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Educação Física. III. Título.

Tais Helena Medeiros de Barros

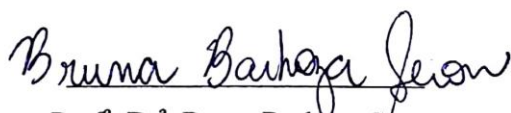
**ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
MOTORA NAS ACADEMIAS DE FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Educação Física “e aprovado em sua forma final pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, com a nota 9,1
Florianópolis, 27 de novembro de 2017.

Banca Examinadora:



Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gabriela Fischer
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof^a. Dr^a. Bruna Barboza Seron
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. MS. Roger Scherer
Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado ao meu marido Hans e as minhas irmãs
Ana Taê e Melina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido Hans que me apoiou e me apoia nas minhas escolhas, as minhas irmãs Ana Taê e Melina que, mesmo longe, se fazem presentes, aos meus sogros Axel e Ivana que sempre me apoiam, as minhas mães Patrícia e Salete.

Agradeço as academias participantes do estudo por cederem gentilmente o espaço e confiarem no autor do presente trabalho.

RESUMO

Existem diversas dificuldades no dia-a-dia de uma pessoa com deficiência motora que contribuem para um quadro de exclusão, as quais podem ser categorizadas como barreiras naturais, barreiras sociais ou barreiras arquitetônicas, sendo essa última o objeto de estudo do presente trabalho. Portanto, o objetivo foi avaliar a acessibilidade arquitetônica das academias nos arredores do campus Trindade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com base nas normas 9050 da ABNT. O estudo avaliou e analisou parâmetros da arquitetura de 9 academias utilizando uma listagem de requisitos visando a entrada e permanência de pessoas com deficiência motora nestes estabelecimentos. A lista de requisitos foi dividida em quatro grandes categorias: 1) parâmetros antropométricos (contendo cinco itens); 2) acesso e circulação (contendo três itens); 3) vestiários e banheiros (contendo três itens); 4) mobiliário urbano (contendo um item). Os resultados gerais desse estudo foram: duas academias obtiveram pontuação máxima, uma academia obteve pontuação igual a onze, três academias obtiveram pontuação igual a oito, uma academia obteve pontuação sete, uma academia obteve seis e uma última academia obteve quatro pontos. Conclui-se que a maioria das academias avaliadas, mais precisamente seis (6), não são acessíveis apresentando níveis de barreiras moderadas e graves.

Palavras-chave: Acessibilidade arquitetônica. Pessoas com deficiência. Deficiência Motora e atividade física.

ABSTRACT

There is a variety of difficulties on a daily life for a person with a disability that contribute to a range of exclusions. The exclusion can be categorized as natural barriers, social barriers or architectonic barriers, the last one being the main focus of this research. The purpose of this article is to verify and evaluate the architectonic accessibility in the gyms on the surroundings of the Trindade campus of the Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), based on the ABNT standards. This study evaluated and analyzed parameters of 9 gyms based on a list of requirements regarding access and use of motor disabled individuals. The list with the requirements was divided into four categories: 1) anthropometric parameter; 2) access and circulation 3) change rooms and bathrooms; 4) urban equipments. The general results were: Two gyms obtained the highest score, three gyms obtained a score of eight, one gym obtained score seven, one gym obtained a score of six and the last gym scored four points. The conclusion was that the majority of the gyms analyzed were not accessible showing moderates and severe levels of barriers.

Key Words: Arctechtonic accessibility. Motor Physical Disability. Disable. Physical activity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Principais causas de incidência de lesão medular.....	19
Figura 2 – Exemplo do sorteio realizado.....	28
Figura 3 – Pontuação por academia.....	30
Figura 4 – Academias com acesso para usuários de cadeiras de rodas.....	31
Figura 5 – Barreiras arquitetônicas.....	31
Figura 6 – Parâmetros antropométricos.....	32
Figura 7 – Acessos e circulação.....	32
Figura 8 – Vestiários e banheiros.....	33
Figura 9 – Mobiliário urbano.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características de pessoas com deficiência motora.....	17
Quadro 2 – Classificação Internacional de Doenças.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

LM – Lesão Medular

PC – Paralisia Cerebral

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade ou Restrição e Saúde

CREF – Conselho Regional de Educação Física

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivos Específicos	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA	16
2.1.1. Lesão Medular	17
2.1.2. Paralisia Cerebral	19
2.1.3. Amputação	20
2.2 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA E ATIVIDADE FÍSICA	21
2.3 ACESSIBILIDADE E BARREIRAS ARQUITETÔNICAS	22
2.3.1 Acessibilidade em espaços de prática de exercício e atividade física para pessoas com deficiência motora	24
2.4 NORMAS E REQUISITOS DA ABNT E LEIS	25
3 MÉTODO	27
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	27
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.3 LEVANTAMENTO DAS ACADEMIAS E SELEÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO	27
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	28
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSSÃO	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A	42
APÊNDICE B	46

1 INTRODUÇÃO

O quadro de pessoas com deficiência perante a sociedade na questão da inclusão e acessibilidade arquitetônica, tem mudado consideravelmente em diversos aspectos, como no trabalho, lazer, locomoção, entre outros (CALADO; ELALI, 2008). Pesquisas apontam mudanças positivas para a inclusão de pessoas com deficiência, como por exemplo a Lei nº 7.853/89, que visa apoiar as pessoas com deficiência, sua integração social, igualdade de tratamento e oportunidade, dignidade, bem estar e outros, como é citado no *parágrafo I - na área de educação: “d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;”*. Atualmente está em vigor a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) que abrange todas as leis e decretos ao que diz respeito a pessoa com deficiência.

Porém, essas leis não são efetivamente aplicadas e pessoas com deficiência ainda encontram dificuldades no seu dia-a-dia (CALADO; ELALI, 2008). Temos barreiras que dificultam e até inibem pessoas com deficiência, como por exemplo calçadas, ruas, acessos, seja na entrada e/ou permanência em estabelecimentos, tanto públicos quanto privados. Tais estruturas físicas contribuem fortemente para a manutenção de um quadro de exclusão e desigualdade. Essas barreiras arquitetônicas podem diminuir oportunidades que beneficiam a promoção da saúde física e mental de pessoas com deficiência, como por exemplo, a prática de atividades físicas, como musculação, natação, entre outros (CÂNDIDO; SANTOS; MÁRIO, 2007).

A importância da atividade física é conhecida como forma de prevenção para doenças crônicas não transmissíveis, para promoção da saúde e da qualidade de vida (NAHAS, 2002). Tratando-se de pessoas com deficiência, a prática de atividade física não só é importante nesses aspectos, mas também no fortalecimento da musculatura e na melhora das capacidades motoras funcionais, fazendo com que a independência do indivíduo seja priorizada (NOCE; MOURA; MELLO, 2008). A procura por espaços que proporcionam a prática de atividade física, como clubes esportivos, academias, praças, entre outros, segundo pesquisas, tem aumentado nos últimos anos (SAMULSKI; NOCE, 2000). Nesse sentido, cabe ressaltar que os benefícios da atividade física constituem a promoção de uma vida melhor, abrangendo diversos aspectos: físico, social e psicológico. Atividades como musculação, ginástica aeróbia, natação, entre outras, são cada vez mais procuradas em academias com o objetivo de promover um estilo de

vida saudável (MARCELLINO, 2003). Porém, a estrutura física dessas academias, em sua maioria, ainda não se adequou às necessidades de pessoas com deficiências motoras.

Atualmente é comum encontrar lugares que impõe dificuldades de acesso às pessoas com deficiências motoras. São barreiras que podem ser constatadas em diferentes locais, e que resultam de projetos mal planejados ou executados ou, ainda, barreiras naturais, que dificultam e até mesmo impossibilitam o acesso de pessoas com deficiência. Dessa forma, o mais adequado é eliminar tais barreiras, obedecendo aos critérios e exigências das leis e normas referentes à estrutura física dos ambientes (MOREIRA, 2008), para que as tarefas do dia-a-dia possam ser executadas por essas pessoas de forma mais autônoma.

A importância de ter uma vida independente está sendo cada vez mais reconhecida e priorizada (IWARSSON; STAHL, 2003; FANGE e IWARSSON, 2003). Assim, é de extrema importância estudar e avaliar as condições de acessibilidade arquitetônica, a fim de que seja possível contribuir para a inclusão de todos, nos diferentes meios sociais. Pensando nessas condições, em 2000 foi criada uma lei que visa a garantia da acessibilidade arquitetônica para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, considerando as normas e critérios básicos que permitem a inclusão e o acesso em vias públicas e privadas. Trata-se da Lei nº 10.098 e da Norma nº 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), esta última revisada no ano de 2015.

A atividade física está sendo procurada cada vez mais, e a musculação, atualmente, é uma das principais práticas procuradas nos centros urbanos. Além disso, tendo em vista o número de academias existentes em Florianópolis, e considerando os benefícios da prática de exercícios físicos para pessoas com deficiência motora, o objetivo do presente estudo foi verificar e avaliar a acessibilidade arquitetônica das academias nos arredores do campus Trindade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com base nas normas 9050 da ABNT.

1.1 PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), no Brasil existem cerca de 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, sendo que aproximadamente 7% é de deficiência motora. Sabendo da existência de pessoas com deficiência que residem em Florianópolis, mais especificamente com deficiência motora, é de extrema relevância debater sobre a qualidade de vida delas, em todos os aspectos. Entre eles,

pode-se citar a locomoção e a acessibilidade arquitetônica, que garante acesso a todos, independentemente de suas condições.

O tema acessibilidade arquitetônica vem sendo debatido com muita frequência, porém ainda é difícil encontrar a totalidade destes requisitos nas atuais estruturas. Mesmo com leis que visam garantir o acesso e igualdade a todos, ou com as normas técnicas que as asseguram, elas não são devidamente aplicadas e fiscalizadas por órgãos que deveriam fazê-lo.

Mudar o quadro em que Florianópolis se encontra, para gerar mais acessibilidade, segurança, qualidade de vida, deveria ser de interesse de todos os profissionais da área da saúde. Logo, os profissionais de educação física precisam ficar mais atentos e os espaços que oferecem algum tipo de prática esportiva devem se adequar para não excluir nenhuma população.

A acessibilidade arquitetônica nas academias, seguindo devidamente as normas e requisitos, e sendo devidamente fiscalizadas, tornariam a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade muito mais fácil e digna, gerando autonomia e confiança para as mesmas.

Profissionais da saúde que estão ingressando no mercado de trabalho, devem ter esse olhar mais crítico quanto a acessibilidade, principalmente nos locais em que vão atuar. Profissionais da área de Educação Física, que forem trabalhar em academias, ou abrir seu próprio negócio, precisam levar esse conhecimento e disseminar, assegurando que pessoas com deficiência tenham acesso a uma maior qualidade de vida, independência e lazer.

A escolha do tema foi motivada pelo interesse do autor de melhorar a qualidade vida de pessoas com deficiência através da pratica de atividade física no espaço de academias de musculação. Um possível despertar para os donos das academias quanto a necessidade de se adequarem para não gerarem exclusão.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a acessibilidade arquitetônica das academias nos arredores do campus Trindade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com base nas normas 9050 da ABNT.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a acessibilidade arquitetônica das entradas das academias.
- Identificar a acessibilidade arquitetônica nas dependencias das academias .

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA

A LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015 (LBI) é destinada a assegurar e promover condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais para a pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. A mesma cita que:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

De acordo com o decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, que regulamenta as leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000 e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, caracteriza-se pessoa com deficiência aquela que possui limitações ou incapacidades para o desempenho de atividade, podendo se enquadrar nas seguintes categorias:

- Deficiência motora/física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- Deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e
- Pessoa com mobilidade reduzida: não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

Segundo o senso do IBGE de 2010 existem no Brasil cerca de 45 milhões de pessoas com alguma deficiência, sendo que pessoas com deficiência motora chegam a somar 7% delas. Em Santa Catarina, o IBGE (2010) aponta que existem mais de duzentos e sessenta mil pessoas com deficiência. Tais pessoas convivem ao nosso redor, mas infelizmente muitas vezes passam despercebidas.

O quadro a seguir apresenta as características de pessoas com deficiência motora:

Quadro 1: Características de pessoas com deficiência motora.

Paraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
Paraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior).
Monoparesia	Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior).
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Tetraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros.
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros.
Hemiplegia	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e urina; processo de operação para construção de um novo caminho para saída de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia : desvio urinário).
Amputação	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
Paralisia cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.

Fonte: Brasil, 2001.

A deficiência motora pode ser causada por uma série de condições ou doenças. Neste item da revisão, serão descritas as condições mais comuns que causam problemas de locomoção: lesão medular; paralisia cerebral e amputação.

2.1.1. Lesão Medular

A definição de lesão medular, segundo Gorgatti e Böhme (2008), é quando ocorre a interrupção do funcionamento total ou parcial do sistema nervoso e sensorial da medula espinhal, podendo assim ocorrer alterações de partes do corpo, perda da sensibilidade e perda de respostas por estímulos neurológicos nervosos da altura da lesão para baixo. Segundo os

autores, a principal função da medula espinhal é levar os impulsos nervosos transmitidos pelo cérebro até seu destino e vice e versa, também promover um centro de ações reflexas.

Outros estudos caracterizam lesão medular como lesões que provocam alterações na sensibilidade e na motricidade superficial, no nível abaixo da lesão há distúrbios neurovegetativos (SILVA et al. 2012). Os autores afirmam ainda que a lesão medular pode ser classificada em duas categorias: lesão completa – quando ocorre a ausência de funções motoras e sensitivas nas intervenções pelos segmentos do sacro localizado na medula; lesão incompleta – ocorre quando as funções motoras e/ou sensitivas são preservadas abaixo do nível da lesão.

A lesão medular pode ainda se classificar através do nível da lesão, ou seja, utiliza-se os termos tetraplegia, para lesões acometidas acima da T1 (primeira vertebra torácica), que por sua vez são lesões mais condicionadas, e paraplegia, para lesões acometidas abaixo da T1, podendo ser parcial ou completa. A paraplegia resulta em danos à coluna torácica, danos a lombar e raízes sacrais, paralisia de membros inferiores, órgãos da região pélvica e tronco (SILVA et al. 2012).

Gorgatti e Böhme (2008) destacam a divisão da paraplegia, segundo os autores lesões abaixo da T1 são denominadas *para*, sendo que paraplegias se referem a lesão completa e paraparesia a lesões incompletas. Afirmam também que a paraplegia oferece uma maior mobilidade em relação a tetraplegia, pois a paraplegia preserva os movimentos dos membros do tronco, sendo assim há uma possibilidade maior de que uma pessoa com paraplegia realize atividades em cadeiras de rodas e atividades aquáticas com maior facilidade.

Funções de reflexo, como a contração do esfíncter anal, dependem dos segmentos S2 e S4, sendo assim, a lesão medular afeta também o sistema urinário e o sistema intestinal (NITRINI; BACHESCHI, 2003).

Estudos realizados com pessoas com lesão medular fizeram uma comparação em pessoas com paraplegia e tetraplegia, em indivíduos nadadores, e chegaram a conclusão que a capacidade cardiovascular de uma pessoa com paraplegia é maior em relação a uma pessoa com tetraplegia (NASCIMENTO; SILVA, 2007) (apud CARDOSO, 2003).

Collucci (2003) afirma que 7000 pessoas aproximadamente ficam tetraplégicas ou paraplégicas no Brasil por ano e as principais causas são lesões por arma de fogo (32%) e lesões por acidente de carro (19%). A Rede SARAH de hospitais, através de uma pesquisa efetuada no primeiro semestre de 2015, apresentou dados que indicam que o principal motivo das internações foi acidentes de trânsito (48,9%), seguido pelas internações por agressão física, armas de fogo ou arma branca (24,8%) conforme mostra a figura abaixo:

Figura 1. Principais causas de incidência de lesão medular.



Fonte: Rede SARAH de hospitais de reabilitação. Estudos epidemiológicos ano de 2015
 <<http://www.sarah.br/programas-educacionais/estudos-epidemiologicos/>>

Dado o crescente número de pessoas que sofrem algum tipo de lesão medular, é necessário que se tenha um olhar mais atencioso para esse público, assim como para sua qualidade de vida. A grande maioria de pessoas com lesão medular necessita da cadeira de rodas para se locomover. Assim sendo, as barreiras arquitetônicas podem afetar diretamente a participação em programas de atividade física.

2.1.2. Paralisia Cerebral

A paralisia cerebral (PC) é uma causa comum de deficiência física acometida nos primeiros anos de vida de uma criança (DIAMENT; CYPEL, 1996). Consiste em desordem não progressiva do cérebro quando ainda está em desenvolvimento, levando a um comprometimento na parte motora e/ou cognitiva. A PC, segundo o autor, pode ter diversas causas, sendo que podem ser na gestação, durante o parto ou após o nascimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publica uma listagem fornecida pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que tem reconhecimento internacional. Essa

listagem fornece os códigos relativos a cada tipo de doença, sendo que a PC é designada sob o código G80 a G80.9, conforme o quadro a seguir:

QUADRO 2 – Classificação Internacional de Doenças (CID 10)

CÓDIGO	Doença
G80	Paralisia cerebral
G80.0	Paralisia cerebral quadriplégica espástica
G80.1	Paralisia cerebral diplégica espástica
G80.2	Paralisia cerebral hemiplégica espástica
G80.3	Paralisia cerebral discinética
G80.4	Paralisia cerebral atáxica
G80.8	Outras formas de paralisia cerebral
G80.9	Paralisia cerebral não especificada ou mista (uma combinação de vários tipos)

Fonte: Dados retirados da CID 10

Esses códigos são utilizados pelos profissionais da área da saúde e medicina para classificar os tipos de PC, sintomas, sinais, aspectos, entre outras particularidades da doença. Como complemento utiliza-se ainda a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade ou Restrição E Saúde (CIF), que tem como objetivo motivar as pessoas em busca das soluções de seus problemas de saúde, focando na “vida produtiva” e melhorando assim sua qualidade de vida. O incentivo que a CIF traz é ir além das limitações da doença (BRASIL, 2006, p. 21).

Segundo Meninel (2011, p. 94) a técnica proposta por Bobath para reabilitar crianças com PC é um dos métodos mais eficientes, esse método faz com que a criança “não aprenda o movimento em si, mas sim a sensação do movimento”, conseguindo assim diminuir os movimentos espásticos e introduzindo os movimentos voluntários, preparando a criança para os movimentos funcionais. A pessoa com PC pode necessitar, em alguns casos, do uso de cadeiras de rodas.

2.1.3. Amputação

Amputação consiste na remoção de uma parte do corpo, podendo ser devido a lesões causadas por doenças como infecções, tumores, problemas cardiovasculares, doenças degenerativas, entre outros, e pode ser causado por traumas. A amputação por trauma é causada

por acidentes de carro, acidentes de trabalho, queimaduras, entre outros. Em alguns países o número de pessoas amputadas é maior por decorrência de conflitos e guerras (TEODORO, 2006).

Segundo Galván (2009), a amputação pode significar o amadurecimento pessoal para a pessoa. Nesse momento, o trauma e a dor devem fazer com que a pessoa perceba suas limitações e dificuldades, para que possa trabalhar em cima delas, impulsionando o seu crescimento e tornando-se mais forte, tanto física como emocionalmente. Galván (2009, p. 395)

Muitas pessoas, após a amputação, deparam-se com um profundo sentimento de si mesmas: não se reconhecendo nem fisicamente nem no que diz respeito às suas relações emocionais. A vivência descrita é de profunda angústia e indefinição com relação ao futuro, as capacidades e as limitações que estão sendo vividas, como se pode ver na fala de um paciente: “Eu não era assim, agora não sei o que fazer da minha vida... quando estou sentado sou eu mesmo, mas quando tenho que levantar tudo muda, é como se não fosse eu”. O tema principal parece se referir a um desmoronamento na vida e na identidade do indivíduo: nada permanece como era anteriormente ao acidente.

Friggi (2015) fala sobre como a vida da pessoa com amputação muda no trabalho, na família e na locomoção. A amputação não significa somente o desprendimento de alguma parte do corpo, mas toda vida pós cirurgia que necessita de adaptações diferentes da que se estava acostumado a viver.

A amputação pode ter vários níveis, porém o nível mais comum é a amputação transtibial. Benedetto et. Al (2002) e Vidal et. Al (2004) afirmam que, mesmo que o diagnóstico do amputado seja considerado bom para o uso de prótese, o mesmo pode apresentar dificuldades na locomoção, dor no coto ou no membro fantasma, dificuldade em transferências e trocas posturais e pode ainda apresentar medo, depressão e autoestima baixa.

A amputação de membros inferiores bilateral dependendo da altura, o indivíduo necessita do uso de cadeira de rodas para locomoção. Quando a amputação é unilateral, afeta consideravelmente o equilíbrio do amputado, acarretando prejuízo para sua locomoção (PASTRE et al., 2005)

2.2 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA E ATIVIDADE FÍSICA

Tratando-se de pessoas com deficiências, é comum pensar em alguém frágil e vulnerável, a exclusão de tais pessoas na sociedade é um reflexo de uma história que carregamos até hoje. O Brasil está atrasado, quando comparado a outros países mais desenvolvidos, em relação a

inserção na sociedade da pessoa com deficiência (CÂNDIDO; SANTOS; MÁRIO, 2007). Com a criação de Leis e normas que buscam dar assistência a essas pessoas, demos um passo em direção à inclusão, porém ainda estamos caminhando com lentidão.

Nos dias atuais percebe-se uma busca cada vez maior pela prática de atividade física regular por pessoas com deficiência. Estudos que apontam que a prática de atividade física acarreta em uma melhora nas condições de vida da pessoa com deficiência, em diversos aspectos, como sociabilização, melhora capacidades motoras, desenvolve autoconfiança, entre outros (CARDOSO, 2011). Segundo Teixeira (2008):

A atividade física auxilia o indivíduo a proceder em casos de mudanças bruscas de direção, melhora sua percepção para evitar quedas e desequilíbrios, e favorece o convívio social, ajudando-o na troca mútua de experiências e, também, na elevação da qualidade de vida.

Segundo estudos realizados por Noce (2009), pessoas com deficiência tendem a ser mais sedentários que pessoas sem deficiência, o que acarreta em diversos malefícios à saúde, tanto física quanto mental. Muitas vezes pessoas com deficiência ingressam em algum programa de atividade física em busca de uma melhora na saúde mental (tratamento para depressão e distúrbios de sono), e em segundo plano, uma melhora na parte motora e cognitiva (NOCE, 2009).

Ao realizar a prática de atividade física com certa frequência, em geral nota-se uma melhora nas capacidades físicas, da autoestima, da imagem corporal, do autoconceito, das funções cognitivas e de sociabilização, diminui consideravelmente o stress e ansiedade, podendo ter uma influência direta na diminuição do consumo de medicamentos (NÓBREGA et al., 1999).

Estudos demonstram que pessoas com deficiência que praticam atividade física, apresentam escore maiores nos aspectos ambientais, físicos, sociais e psicológico quando comparados a pessoas com deficiência que não praticam atividade física (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009).

2.3 ACESSIBILIDADE E BARREIRAS ARQUITETÔNICAS

Calçadas esburacadas, meios de transporte urbano inadequado, rebaixamento nas calçadas e rampas são aspectos superados diariamente sem dificuldades por pessoas sem deficiências, porém para pessoas com deficiências motoras, tais obstáculos se tornam motivo de limitação da mobilidade e acessibilidade (SIQUEIRA et al., 2009). Segundo Siqueira (2009), as barreiras arquitetônicas podem ser consideradas qualquer barreira relacionada com as

edificações, espaços urbanos ou construções urbanas, dificultando a mobilidade de qualquer cidadão. As barreiras arquitetônicas podem ser encontradas em diversos ambientes, podendo estar relacionados a estruturas mal planejadas ou barreiras naturais. Tais barreiras geram dificuldades às pessoas com deficiência motora, impossibilitando a entrada ou permanência em espaços diversos. Sendo assim, o melhor seria evitar tais barreiras seguindo as normas e critérios estabelecidos por lei (MOREIRA, 2008 *apud* CARVALHO *et al.*, 2010).

Segundo a ABNT (2015), acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos. Acessível, também segundo a ABNT (2015), é o termo utilizado para determinar o espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida. Com o objetivo de amenizar e excluir as barreiras arquitetônicas, a ABNT criou a norma 9050 no ano de 1983. Em 2004 a norma sofreu revisão e em 2015 foi revisada novamente, sendo essa última versão a mais recente.

Porém, atualmente há um descumprimento dos padrões estabelecidos, prejudicando a qualidade de vida, o bem-estar e a cidadania de pessoas com deficiência (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008). Segundo Rodrigues (2006), as pessoas com deficiência deixam de usufruir dos benefícios adquiridos com a prática da atividade física por não possuírem um local adequado. Estudos revelam que tanto nas regiões Sul e Nordeste, após a implementação das normas e das Leis, não foi registrado grandes diferenças quanto à adequação das estruturas nas edificações da saúde pública, havendo ainda ausência de rampas, corrimãos e banheiros adaptados (SIQUERIA, 2009).

Um estudo realizado por Rodrigues (2006), na cidade do Rio de Janeiro, revelou que, as academias pesquisadas não estavam de acordo com as normas 9050/04, ou seja, não possuíam condições necessárias para receber pessoas com deficiência, e concluiu que esse público não era visto como um público alvo em potencial para aquele tipo de mercado.

Uma pesquisa semelhante (SIQUEIRA, 2006), confirma que os espaços e contextos para que pessoas com deficiência possam realizar a prática de atividade física, encontram-se em oposto ao ideal que visa um favorecimento na melhora da qualidade de vida desse público (FILUS; SALERNO; ARAÚJO, 2011). É primordial que pessoas com deficiência estabeleçam um papel mais participativo para que mudanças aconteçam, levantando questões que sejam convenientes e de interesse desse público (MARQUES; CASTRO; SILVA, 2001).

2.3.1 Acessibilidade em espaços de prática de exercício e atividade física para pessoas com deficiência motora

Estudos realizados por Zuchetto e Castro (2002), que tinham como objetivo analisar os benefícios da atividade física para a qualidade de vida em pessoas com deficiência motora, verificaram que os principais obstáculos enfrentados para realização da prática de atividade física, eram as barreiras arquitetônicas. Afirmaram que não era o suficiente a oferta somente do local para a prática, era necessário dar condições para que pessoas com deficiência motora pudessem se deslocar e ter acesso a esses estabelecimentos.

Souza e colaboradores (2005) publicaram um artigo que visava incentivar iniciativas e promover condições melhores para que pessoas com deficiência motora pudessem ter acesso a espaços de prática esportiva e lazer, para que os direitos de autonomia e liberdade pessoal lhes fosse garantido, e assim a inclusão dos mesmos a sociedade se daria de forma mais natural, não dependendo de suas limitações físicas ou sensoriais.

Estudos realizados em outras cidades, tiveram como objetivo avaliar o nível de acessibilidade em academias da região, por exemplo o estudo realizado por Palme et. al., (2011) em Santa Maria (RS). Esse estudo avaliou o nível de acessibilidade nas academias e a participação de pessoas com deficiência nas atividades físicas oferecidas pelas academias estudadas. O resultado do estudo foi que as academias estavam se encaminhando para tornar o espaço mais acessível para pessoas com deficiência, apesar de nem todas estarem dispostas a investirem em equipamentos como elevadores, entre outros, para atender as necessidades de pessoas com deficiência. Apesar disso as academias avaliadas apresentavam portas com larguras adequadas, rampas nas entradas e no interior e pisos antiderrapante, o que auxilia a pessoa com deficiência que queira realizar a prática no local.

Outro estudo que avaliou o nível de acessibilidade em espaços fitness, foi o estudo realizado por Rodrigues e colaboradores (2006), na cidade do Rio de Janeiro. O estudo teve como base pessoas que utilizam cadeiras de rodas, e o resultado mostrou que o Rio de Janeiro não está preparado para receber pessoas com deficiência, principalmente pessoas em cadeiras de rodas, pois infelizmente não há políticas que promovam a acessibilidade, e os próprios funcionários dos estabelecimentos estavam despreparados para receber esse público.

Outro estudo relevante foi realizado por Monteiro e Silva (2010), onde os autores fizeram um levantamento bibliográfico relatando as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência motora inseridos na sociedade, em sua trajetória principalmente pela busca da prática de atividade física, e ainda os benefícios da prática. O estudo obteve como resultado

dificuldades tanto para as pessoas com deficiência, quanto para os profissionais que os atendiam, quanto a adaptação dos exercícios para realização da prática.

Em Curitiba, Rojas (2003) realizou um estudo que buscou investigar quais fatores estão ligados a aderência em academias da cidade que ofereciam programas de atividade e exercício físico. O resultado obtido foi que a estrutura e os equipamentos são fatores que motivam a permanência dos clientes nos espaços, porém a pesquisa mostrou que os clientes estavam insatisfeitos com a infraestrutura que as academias ofereciam. Rojas (2003) ainda ressalta que, se pessoas sem deficiência já estão insatisfeitas com os espaços para a prática de atividade física em que estão inseridas, pessoas com deficiência precisam enfrentar obstáculos muito maiores, começando pelo acesso.

2.4 NORMAS E REQUISITOS DA ABNT E LEIS

A associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), através da Norma Brasileira NBR 9050, no ano de 2004, instituiu as diretrizes para proporcionar à maior quantidade possível de pessoas com deficiência, independentemente de sua limitação motora, de percepção, estatura ou idade, a utilização de forma autônoma e segura, os ambientes diversos (ABNT, 2015).

No ano de 2004, o decreto nº 5.296/04 expôs diversas resoluções a respeito da acessibilidade utilizando o conteúdo da NBR 9050/04 como definição de procedimentos e dimensionamentos. Além disso, a NBF 9050 impõe o conceito de acessibilidade universal, onde os ambientes como edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos, são estendidos às pessoas com locomoção temporariamente reduzida como idosos e gestantes.

As normas expostas no conteúdo da NBR 9050/04 são de extrema importância para integração social das pessoas com deficiências e seu descumprimento aflige a cidadania, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa com deficiência. (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008).

A Lei Federal Nº 10.098/ 2000 – Promoção de Acessibilidade aos Portadores de Deficiência, em seu 4º capítulo – Acessibilidade nos Edifícios Públicos ou de Uso Coletivo, nos Artigos de Nº11 e Nº12, determina que:

Art. 11. A construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. Para os fins do disposto neste artigo, na construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser observados, pelo menos, os seguintes requisitos de acessibilidade:

- I – nas áreas externas ou internas da edificação, destinadas a garagem e a estacionamento de uso público, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência com dificuldade de locomoção permanente;
- II – pelo menos um dos acessos ao interior da edificação deverá estar livre de barreiras arquitetônicas e de obstáculos que impeçam ou dificultem a acessibilidade de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;
- III – pelo menos um dos itinerários que comuniquem horizontal e verticalmente todas as dependências e serviços do edifício, entre si e com o exterior, deverá cumprir os requisitos de acessibilidade de que trata esta Lei; e
- IV – os edifícios deverão dispor, pelo menos, de um banheiro acessível, distribuindo-se seus equipamentos e acessórios de maneira que possam ser utilizados por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art. 12. Os locais de espetáculos, conferências, aulas e outros de natureza similar deverão dispor de espaços reservados para pessoas que utilizam cadeira de rodas, e de lugares específicos para pessoas com deficiência auditiva e visual, inclusive acompanhante, de acordo com a ABNT, de modo a facilitar-lhes as condições de acesso, circulação e comunicação. (LEI N°10.098, 2000, Art.N°11 e N°12).

3 MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa é de caráter descritivo, ou seja, aborda detalhadamente as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2008), em que foram analisadas a adequação das academias de acordo com a lista de requisitos anteriormente elaborada, contendo as exigências da ABNT no tocante à acessibilidade arquitetônica. O levantamento de dados realizado nesse estudo foi realizado a partir de uma pesquisa não-experimental de cunho quantitativo, e priorizou apontar numericamente os dados obtidos.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população objeto desse estudo foram academias de Florianópolis localizadas nos sete bairros ao redor da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo eles: Trindade, Agrônômica, Pantanal, Itacorubi, Córrego Grande, Saco dos Limões e Santa Mônica. Foram incluídas somente academias com sala de musculação e que aceitaram participar do estudo. Tal amostragem foi obtida através de forma aleatória simples, também conhecida como amostragem randômica (GIL, 2008), por meio de sorteio.

3.3 LEVANTAMENTO DAS ACADEMIAS E SELEÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO

Para o levantamento das academias foi utilizado uma base de dados fornecida pelo Conselho Federal de Educação Física (CREF/SC) através de um ofício solicitado para fins acadêmicos. Uma vez obtida a listagem completa de academias, foram impostos os seguintes critérios de exclusão:

- Clubes;
- Estabelecimentos que não possuíam salas de musculação;
- Estúdios de Pilates;
- Estabelecimentos de atividades funcionais (Crossfit e outros).

Realizou-se uma divisão de acordo com o bairro de cada estabelecimento, gerando assim, sete listagens com academias próximas a UFSC. O local das academias foi determinado pelo grande fluxo de pessoas. Para cada lista obtida, foram atribuídos números para as academias, sendo assim possível realizar o sorteio de forma aleatória e anônima.

Os sorteios foram realizados em um único momento através do site www.sorteandoja.com.br, onde, para cada lista, foram gerados números aleatórios dentro de

um universo o qual era do tamanho total de academias do bairro. Foram sorteadas um total de doze (12) academias, sendo que duas (2) não se manifestaram e uma (1) não aceitou participar do estudo, ficando assim com um total de nove (9) academias.

Figura 2: Exemplo do sorteio realizado.



Foi estipulado por conveniência a necessidade de examinar um total de 40% das academias de cada bairro, porém, para os bairros que não possuíam no mínimo cinco academias, foram analisados dois estabelecimentos, criando-se assim um estudo completo da região. Em dois bairros não se obteve o número mínimo de academias por falta das mesmas, sendo que as academias existentes foram as selecionadas para o estudo.

Após realizados os sorteios, obteve-se uma listagem contendo doze academias nos diferentes bairros aos arredores da UFSC. Os representantes legais das academias foram contatados e lhes foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após a apresentação do termo, solicitou-se a assinatura para que a coleta pudesse ser realizada.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O instrumento utilizado nesse estudo teve como base a Norma nº 9050 da ABNT, que se refere à acessibilidade arquitetônica de ambientes públicos e privados. A partir dessa norma, extraiu-se o que compete ao presente trabalho para formar uma lista de requisitos que foi a base para coleta de dados nas academias (APENDICIÊ A). Esse tipo de cheque-lista é utilizado por estudos que visam acessibilidade arquitetônica de determinado local, como por exemplo os

estudos realizados por Pagliuca, Aragão, Almeida (2006) e Vasconcelos, Pagliuca (2006) e que serviram como base para definição das faixas de pontuação a seguir:

- 12 (100%) pontos: Atende a todos os requisitos;
- 9 (75%) a 11 (91,67%) pontos: Barreiras Leves;
- 6 (50%) a 8 (66,67%) pontos: Barreiras Moderadas;
- Abaixo de 6 (50%) pontos: Barreiras Graves.

A lista de requisitos foi dividida em quatro grandes categorias, e cada categoria possui seus itens, totalizando doze requisitos a serem analisados. Os requisitos contemplaram o acesso ao estabelecimento e seu interior, acesso por rampas, escadas, elevadores e características dos mobiliários presentes nas unidades pesquisadas. Os itens “Área de circulação e manobra”; “Existência de pelo menos um sanitário com as adaptações necessárias”; “Porta objetos”; “Bebedouro”, foram extraídos das normas 9050/2015 sem alterações, os demais itens foram complementados pelo autor com base nessas mesmas normas.

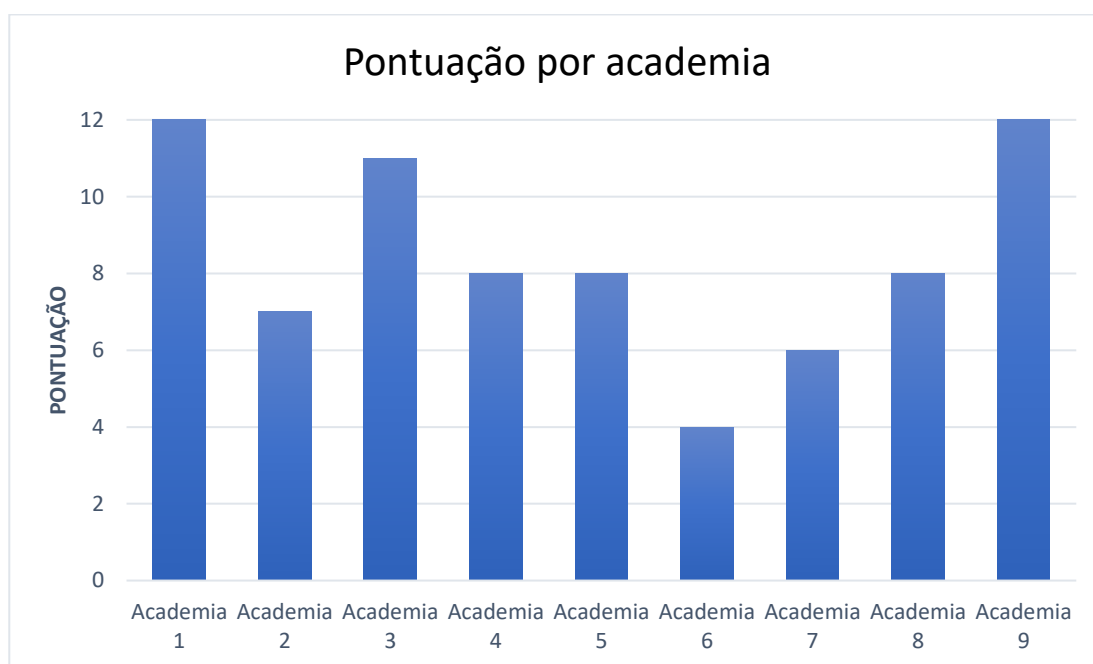
Para coleta de dados, foi utilizado uma trena e uma fita métrica, e a ordem para coleta de dados foi seguida de acordo com a lista de requisitos.

A classificação do estabelecimento se deu por meio de pontuações, onde para cada marcação de cumprimento total do requisito, foi atribuído um ponto; para não atendimento de requisito atribui-se a pontuação zero; por fim, o fato de uma determinada norma não se aplicar ao local, resulta em uma atribuição de um ponto.

4. RESULTADOS

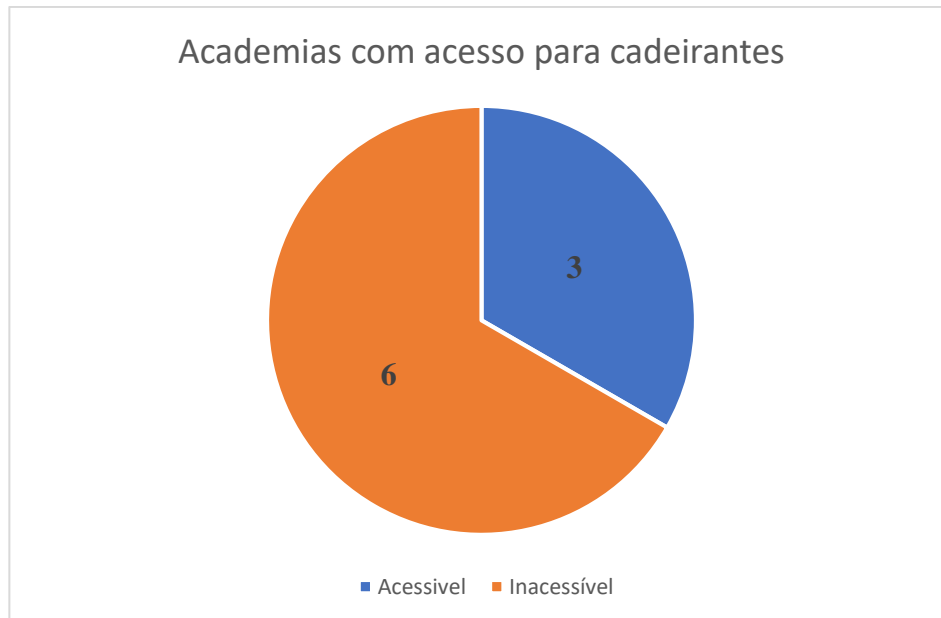
Das doze academias que foram sorteadas para o estudo, nove aceitaram participar do mesmo, uma não aceitou e duas não se manifestaram. A figura 3 mostra a pontuação geral atingida por cada academia para a acessibilidade. Podemos observar que apenas duas academias obtiveram pontuação máxima, ou seja, que cumprem todos os requisitos da listagem. Uma academia obteve onze pontos, três academias obtiveram pontuação igual a oito, uma academia obteve pontuação sete, uma academia obteve seis e uma última academia obteve quatro pontos.

Figura 3 – Pontuação por academia



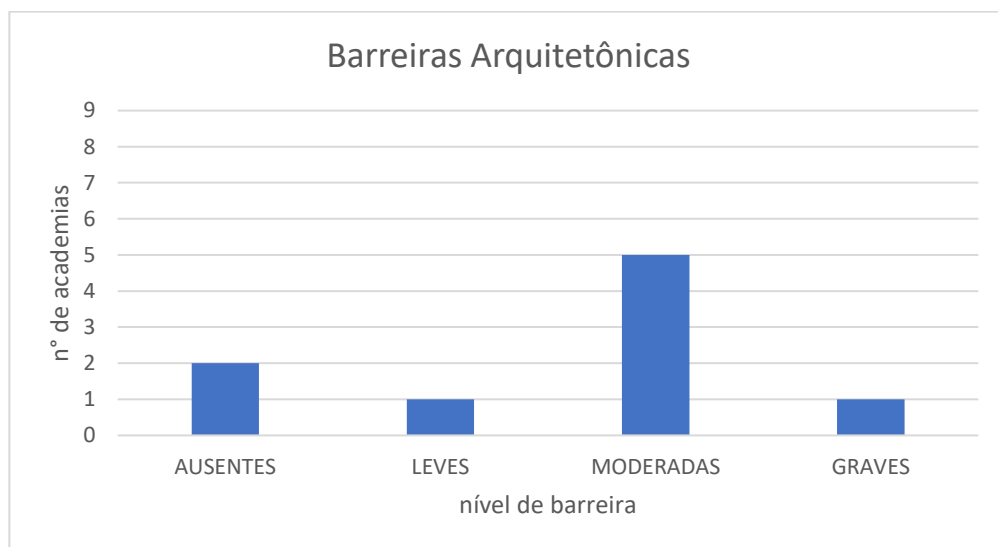
Os itens 6 e 7 da lista de requisitos são decisivos para o acesso ao estabelecimento por parte de pessoas usuárias de cadeiras de rodas e, portanto, a figura 4 apresenta este resultado. Observa-se que somente 33% das academias analisadas possuem acesso através de rampas, elevadores e catracas especiais. Sendo assim, para pessoas com deficiência motora com maior restrição (como pessoas em cadeiras de roda), apenas tais academias devem ser consideradas aptas para a prática de exercícios, uma vez que mesmo se a um determinado estabelecimento possua boa pontuação geral, caso não haja cumprimento dos itens especificados, há inviabilidade no acesso.

Figura 4 – Academias com acesso para pessoas usuárias de cadeiras de rodas



Também foram observados os estabelecimentos com seus respectivos níveis de barreiras (Figura 5)

Figura 5 – Barreiras arquitetônicas

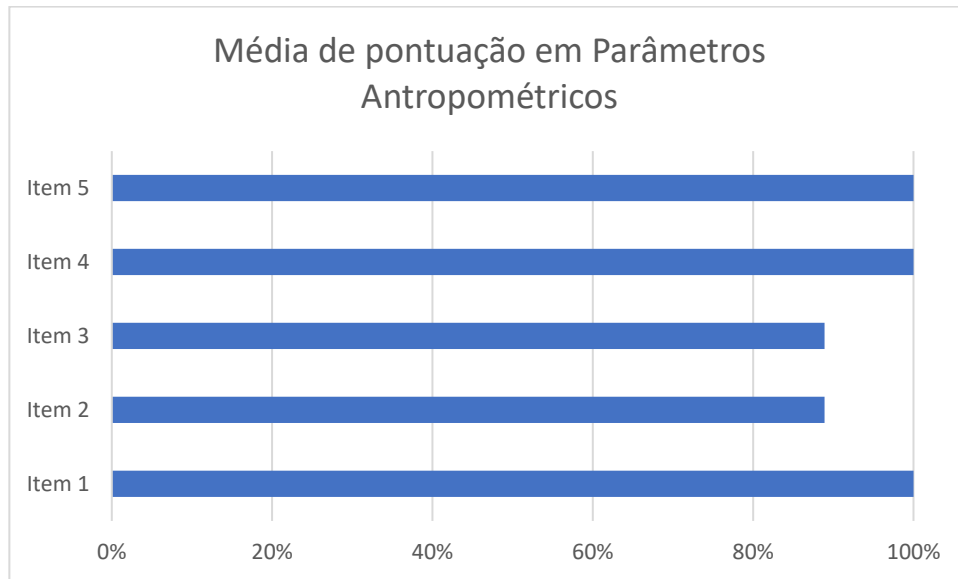


Apenas duas academias obtiveram notas suficientes para serem declaradas com ausência de barreiras, o que as tornam diferenciadas no mercado por serem excelentes opções para pessoas com deficiência motora. Além disso, uma academia foi considerada com nível de barreiras arquitetônicas leves e que, dependendo do nível de limitação da pessoa, pode ser uma boa opção para a mesma. Seis academias (66%) foram consideradas com níveis de barreiras arquitetônicas moderadas ou graves e não são aconselháveis para pessoas com deficiência

motora, uma vez que tais barreiras podem influenciar muito na prática de exercícios e até prejudicar ou constranger o aluno.

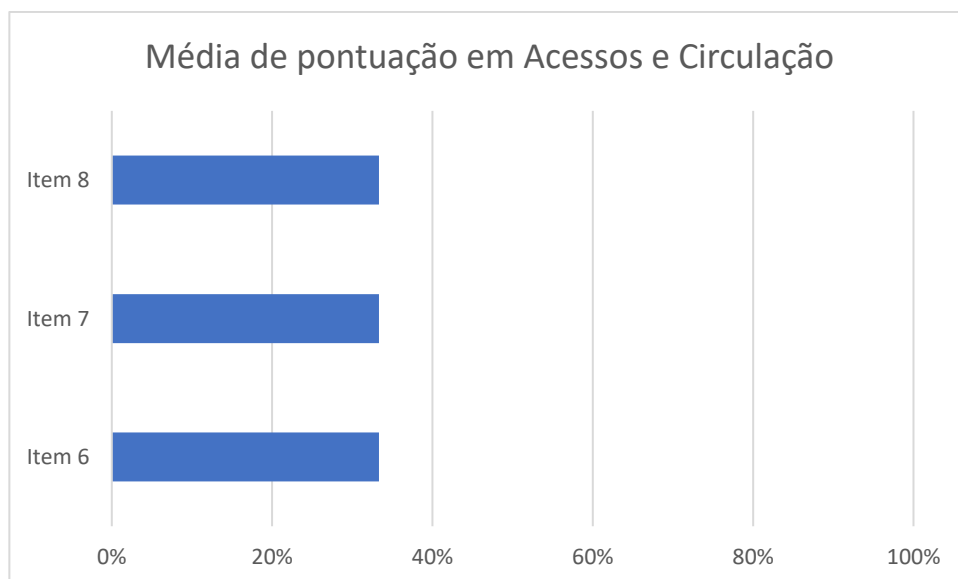
Para melhor análise das categorias específicas, apresenta-se a seguir as figuras explicitando as médias obtidas para cada um dos itens.

Figura 6 – Parâmetros antropométricos



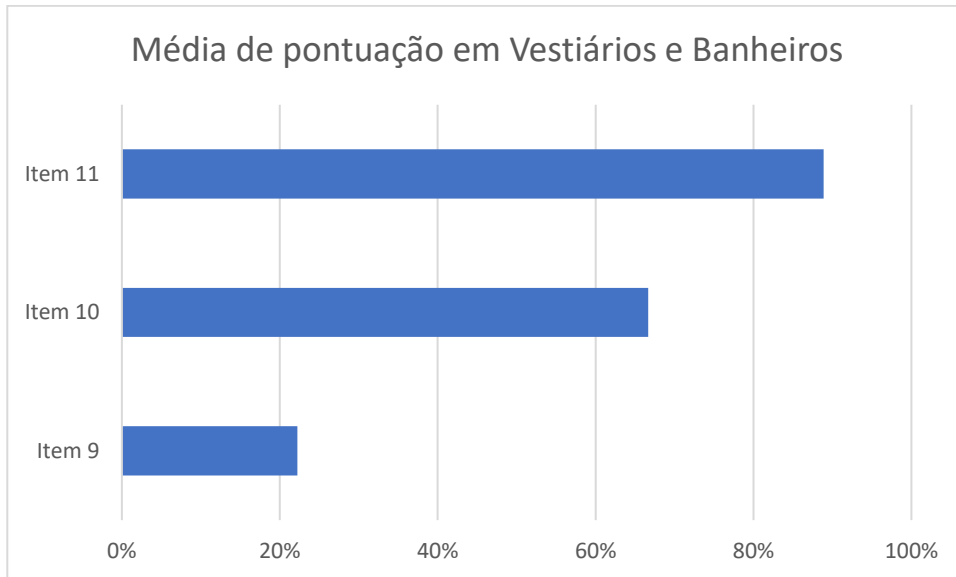
Os itens 1 (área de circulação e manobra), 4 (altura e disposição de anilhas e halteres, medida vertical) e 5 (Altura dos aparelhos – regulagem acessível. Acesso lateral) obtiveram a pontuação máxima (100%), enquanto os itens 2 (área de circulação e manobra entre os aparelhos) e 3 (área de transferência ao lado do aparelho) apresentaram 89% de conformidade com os requisitos (Figura 6).

Figura 7 – Acesso e circulação



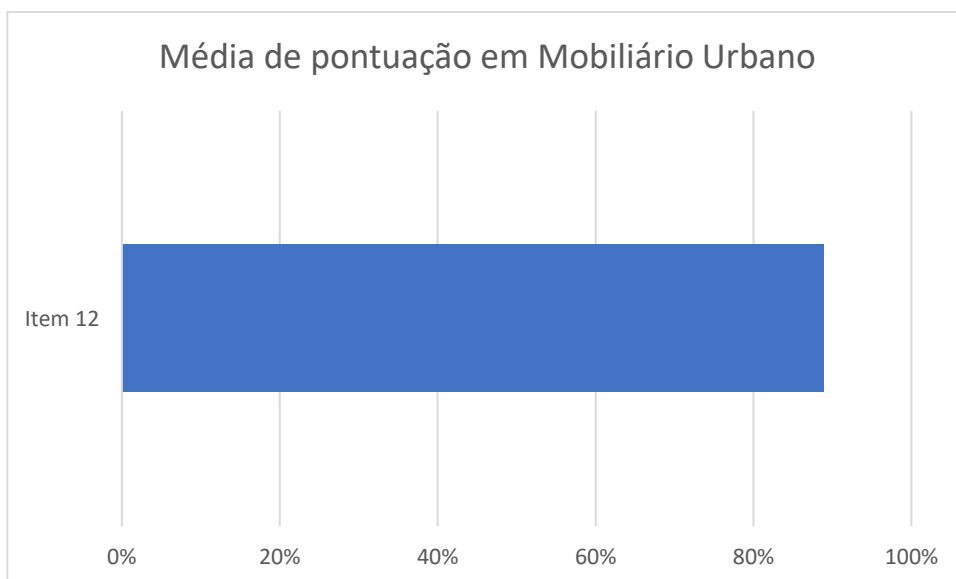
Os itens 6 (entrada acessível), 7 (acessos ao ambiente da sala de musculação) e 8 (degraus e escadas fixas em rotas acessíveis para a sala de musculação e circulação) apresentaram 33% de conformidade com os requisitos analisados. (Figura 7).

Figura 8 – Vestiários de banheiros



O item 9 (existência de pelo menos um sanitário com as adaptações necessárias) obteve 22% de conformidade com os requisitos, enquanto o item 10 (espelhos na sala de musculação) obteve 67% de conformidade. Por fim, o item 11 (porta objetos) obteve a melhor pontuação da categoria com 89% de conformidade. (Figura 8).

Figura 9 – Mobiliário Urbano



O item 12 (bebedouro) compõe a categoria de mobiliário urbano, tendo ele obtido 89% de conformidade com os requisitos. (Figura 9).

5. DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo analisar e avaliar o nível de acessibilidade para pessoas com deficiência motora nas academias próximas a UFSC. Essa avaliação foi feita através de uma lista de requisitos que teve como base as normas da ABNT/9050, e que utilizou os estudos de Pagliuca, Aragão, Almeida (2006) e Vasconcelos, Pagliuca (2006) para definir o grau das barreiras encontradas, que podem ser leves, moderadas ou graves.

A pontuação geral dos resultados encontrados mostrou que poucas academias obtiveram uma boa pontuação, e a maioria não obteve pontuação adequada para permanência e acesso de pessoas com deficiência motora nesses estabelecimentos. Além disso, 66% das academias possuem barreiras moderadas ou graves, impossibilitando ou dificultando a prática de atividade física por parte de pessoas com deficiência motora. O presente estudo fez uma análise também do acesso das academias, sendo que somente três academias (33%) possuem a entrada acessível com rampas e equipamentos eletrônicos, as outras academias, mesmo as que obtiveram uma pontuação mais alta nos outros itens, não possuíam a entrada adequada dificultando e inibindo pessoas com deficiência motora à prática de atividade física (musculação). Zuchetto e Castro (2002) afirmam que não basta a oferta do local de prática, se o mesmo não é acessível para pessoas com deficiência

Um dado que teve grande destaque foi o resultado do item 9 (existência de pelo menos um sanitário com as adaptações necessárias), onde só 22% das academias possuem um banheiro dentro das normas. Este achado vai ao encontro dos resultados apresentados por Rodrigues e colaboradores (2006), num estudo realizado no Rio de Janeiro, onde os mesmos apontam que das trinta academias analisadas, apenas quatro possuíam banheiros adaptados. Um dos motivos que poderiam explicar a inadequação desta norma seria que, algumas academias analisadas, foram improvisadas em locais anteriormente residenciais, o que torna ainda mais difícil as modificações na estrutura para se adequarem quanto a acessibilidade arquitetônica, tornando impossível pessoas com deficiência motora adentrarem o local. Infelizmente, o quadro de exclusão nesse contexto continua sem grandes avanços

A maioria das academias possuem espelhos na altura recomendada pelas normas na sala de musculação. O espelho é de grande ajuda para pessoas com deficiência motora na prática de atividade física, pois auxiliam na autocorreção postural, fazendo com que o exercício seja aproveitado da melhor maneira, sem acarretar lesões.

Na categoria parâmetros antropométricos pode-se observar que a pontuação das academias foi alta, ou seja, quase todas possuem área de circulação e manobra com medidas

dentro das normas, altura dos aparelhos – regulagem acessível, acesso lateral na maioria dos aparelhos e altura e disposição de anilhas e halteres adequadas. Quanto a esse último item, pode-se concluir que há uma padronização quanto aos displays de anilhas e halteres das empresas que os fabricam. Não foram encontrados estudos que analisassem esse tipo de situação para possível comparação, porém, com base na literatura, pode-se afirmar que poucos são os estabelecimentos que se preocupam em deixarem um espaço adequado para que pessoas com deficiência motora possam se locomover.

Nos itens 11 (porta objetos) e 12 (bebedouros), no geral as academias apresentaram pontuação alta, porém é importante lembrar que em algumas academias o acesso até esses locais (área de circulação dentro da academia, para outros ambientes) possui degraus, o que pode dificultar ou inibir a pessoas com deficiência motora.

Estudos apontam que mesmo com leis que visam a garantia de adequação em prédios públicos para que pessoas com deficiência possam ser recebidas sem complicações, a realidade ainda é desfavorável (FILUS; SALERNO; ARAÚJO, 2011). Esse dado entra em conformidade com os resultados desse estudo, utilizando os dados da categoria acesso e circulação, observa-se que apenas 33%, representando três academias analisadas, estavam em conformidade com as normas. Esse é mais um dado que comprova o quadro de exclusão nesses espaços.

Embora o objetivo do estudo não tenha sido entrevistar os proprietários das academias, vale a pena ressaltar que os mesmos se mostraram bastante interessados em se adequar as Normas, ao contrário do que foi constatado no estudo de Palme et. al., (2011), onde os empresários não estavam dispostos a investir em mudanças e equipamentos para atender pessoas com deficiência. Dessa forma, pode-se notar uma crescente preocupação quanto a acessibilidade em espaços de lazer e prática de atividade física.

Estamos em um processo lento, porém cada vez mais consciente. Vale ressaltar que uma das academias participantes do estudo, e que não estava de acordo total com a lista de requisitos, possui um projeto de um prédio totalmente adaptado, onde o autor desse estudo teve acesso e pôde constatar que esse encontra-se dentro das normas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que apesar das leis de acessibilidade, menos da metade das academias analisadas possuem acesso através de rampas, elevadores e catracas especiais. Além disso, apenas duas academias de nove obtiveram notas suficientes para serem declaradas com ausência de barreiras. Sanitários adaptados, acesso e circulação foram os itens avaliados que mais apresentaram problemas quanto ao atendimento das normas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério das Cidades. Atendimento adequado às pessoas com deficiência e restrição de mobilidade. Brasília: Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana - SeMob, 2004. 6v. (Coleção Brasil Acessível, Caderno 1).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm>>. Acesso em: 20 março 2017.

CAMBIAGHI, Silvana. Desenho Universal: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2007. 269 p.

FANGE, Agneta; IWARSSON, Susanne. Accessibility and usability in housing construct validity and implications for research and practice. *Disabil. Rehabil.*, v. 25, n. 23, p. 13161325, 2003. In: SALLES, Bárbara G. et al. A acessibilidade arquitetônica interfere na usabilidade de indivíduos com mobilidade reduzida? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 1, p. 83-88, abril 2010. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v21n1/12.pdf>>. Acesso em: 15 janeiro 2017. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, Rio de Janeiro: 2015.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. CÂNDIDO, D. L.; SANTOS, G. B. dos.; MÁRIO, R. C. C.M. Cidadania: inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho. *Novos Horizontes: Belo Horizonte*, 2007.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2004.

ARIAS, Camila R. A arquitetura como instrumento do projeto inclusivo: percepção do surdocego. 2008. 259f. Dissertação, Faculdade de Engenharia Civil e Arquitetura e Urbanismo, UNICAMP. Campinas, 2008. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp057802.pdf>. Acesso em: 30 abril 2017.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. *Esc. Anna Nery*. 2006, vol.10, n.3, pp. 494-500.

BRASIL. Decreto Federal nº 5296/04, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 7 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 10098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida,. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 2000. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10098.htm>. Acesso em: 22 maio. 2017.

BRASIL, LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Dispõe sobre a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm > .Acesso em : 22 maio. 2017.

SAMULSKI, D.M.; NOCE, F. A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Londrina, v.5, n.1, p.5-21, 2000.

CALADO, Giordana C.; ELALI, Gleice A. O acesso ao ambiente escolar. In: NUTAU – Núcleo de Pesquisa em Tecnologia da Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008, São Paulo. Anais... São Paulo: USP, 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/nutau/CD/111.pdf>>. Acesso em: 7 janeiro 2017.

PALMA, L. E. et al. Acessibilidade em academias de ginástica: a participação das pessoas com deficiência. Lecturas, Educación Física y Deportes: Buenos Aires, ano 15, n. 152, jan 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd152/acessibilidade-e-academias-de-ginastica.htm>>. Acesso em: 18 maio 2017.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Secretaria de Formação e Desenvolvimento Profissional. Manual: A Inserção da pessoa portadora de deficiência e do beneficiário reabilitado no mercado de trabalho. Comissão de Estudos para inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. Brasília, 2001.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. Ciência Saúde Coletiva. v.13, n.3, p.1041-1050, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Dados do ano 2010.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Revista Ciência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.39-44, fev. 2009.

RODRIGUES, B. et al. Nível de acessibilidade a cadeirantes em empresas fitness no RJ em relação a escala de Vidor. Rio de Janeiro, 2006.

TEIXEIRA, L. Atividade física adaptada e saúde. 1. ed. São Paulo: Phorte, 2008. 456p.
NOCE, FRANCO. SIMIM, MARIO ANTONIO DE MOURA. MELO, MARCO TÚLIO DE. A Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Deficiência Física pode ser Influenciada Pela Prática de Atividade Física? In: Rev Bras Med Esporte – Vol. 15, No 3 – Mai/Jun, 2009.

CARDOSO, V.D.; A Reabilitação de Pessoas com Deficiência Através do Desporto Adaptado -Revista Brasileira da Ciência do Esporte, Curitiba, PR, 2011. Disponível em: <

<http://www.revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/716/671>>. Acesso em: 22 maio 2017.

FILUS, J. F.; SALERNO, M. B.; ARAÚJO, P. F. Espaços e contextos da atividade física para a pessoa em condição de deficiência. In. GUTIERREZ, R. V.; MENDES, R. T. Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física. Campinas: Ipes, 2011.

NÓBREGA, A. C.L.de. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. *Revista Brasileira Med. Esporte*. v. 5, n. 6, p. 207-211, 1999.

SERON, B. B; ARRUDA, G. A; GREGUOL, M. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Curitiba, v. 37, jul/set. 2015. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328915000529>>. Acesso em: 6 agosto 2017.

GORGATTI, M. G.; COSTA, R. F. Atividade Física Adaptada: Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. 2. ed. Barueri: Manole, 2008.

TEIXEIRA, W. J.; PEDRINELLI, A. Atividade física nas amputações e nas anomalias congênitas. In: COSTA, R. F. da; GORGATTI, M. G. (Orgs.). Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2008. SILVA, G. A. da et al. Epidemiologia da paraplegia traumática em um Centro de Reabilitação em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ef Deportes, Revista Digital*, Buenos Aires, Año 17, n.171, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd171/epidemiologia-da-paraplegia-traumatica.htm>>. Acesso em: 5 de out. 2017.

SILVA, M. C. R. da et al. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. 2005. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v.11, n.4, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n4/26869.pdf>>. Acesso em: 3 de out. 2017. NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. A Neurologia que todo médico deve saber. 2. ed. São Paulo: ATHENEU, 2003. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAg0GoAE/a-neurologia-que-todo-medico-devesaber-nitrini-2-ed>>. Acesso em: 5 de out. 2017.

NASCIMENTO, L. G. do; SILVA, S. M. L. da. Benefícios da atividade física sobre o sistema cardiorrespiratório, como também, na qualidade de vida de portadores de lesão medular: uma revisão. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, v.1, n.3, p.42-50, mai./jun. 2007. ISSN 19819900. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/26/25>>. Acesso em: 5 de out. 2017. Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. Estudos epidemiológicos. Disponível em: <<http://www.sarah.br/programas-educacionais/estudos-epidemiologicos/>>. Acesso: 5 de out. 2017.

DIAMENT, A.; CYPEL, S. Neurologia infantil. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996. BOBATH, K. apud. STRAPASSON, A.M.; DUARTE, E. Proposta de ensino de polybat para pessoas com paralisia cerebral. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v.10, n.3, p.165-75, 2005.

CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acessado em: 5 de out. 2017.

CID-10 G80. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/cid10/1633/g80_paralisia_cerebral.htm>. Acessado em: 5 de out. 2017.

MENINEL, Sulamita Mattoso. Paralisia cerebral: encefalopatia crônica não progressiva da infância: Olá quer ser meu amigo? São Paulo: Scortecci, 2011.

BOBATH, K. Uma Base Neurofisiológica para o Tratamento da Paralisia Cerebral. 2ª Ed. Tradução Ana Fátima Rodrigues Alves. São Paulo: Manole, 1995.

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidades . Disponível em: <. Acessado em: 5 de out. 2017.

TEODORO, C. M. Esporte adaptado de alto rendimento praticado por Pessoas com Deficiência: Relatos de Atletas Paraolímpicos. Dissertação e Mestrado em Fisiologia do desenvolvimento – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIENCIA. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade>> . Acesso em 22 de out 2017.

SOUZA, F. A. M. et al. Acessibilidade e Cidadania: eliminando barreiras físicas e promovendo igualdade. In: Anais do VIII Congresso Ibero-Americano de Extensão: Rio de Janeiro, 2005.

PALMA, L. E. et al. Acessibilidade e academias de ginástica: a participação das pessoas com deficiência. Lecturas, Educación Física y Deportes: Buenos Aires, ano 15, n. 152, jan 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd152/acessibilidade-e-academias-de-ginastica.htm>>. Acesso em: 22 out 2017.

RODRIGUES, Bernardo; MACHADO, Carlos Renato; LIMA, João Carlos da Penha; ANNES, Victor. Nível de Acessibilidade para Cadeirantes em Empresas Fitness no RJ em Relação a Escala de Vidor. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Educação Física, universidade Estácio de Sá, RJ: 2006.

MONTEIRO, J. A.; SILVA, M. S. A importância da atividade física para deficientes físicos. Lecturas Educación Física y Deportes: Buenos Aires, ano 15, n. 148, set, 2010. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd148/atividade-fisica-para-os-deficientes-fisicos.htm>> . Acesso em: 22 out 2017.

ROJAS, P. N. C. Aderência aos Programas de Exercícios Físicos em academias de ginástica na cidade de Curitiba – PR. 2003. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

PASTRE, Carlos M. et al. Fisioterapia e amputação transtibial Physical therapy and transtibial amputation. Arquivos de Ciências da Saúde, Rio Preto, v. 12, n. 2, p.120-24, abr. 2005.

Pinto MAGS, Astur Filho N, Guedes JPB, Yamahoka MSO. Ponte óssea na amputação transtibial. *Rev Bras Ortop* 1998;33(7):525-31.

Schoppen T, Boonstra A, Groothoff JW, de Vries J, Göeken LN, Eisma WH. Physical, mental and social predictors of functional outcome in unilateral lower-limb amputees. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(6):803- 11.

Benedetto KM, Forgione MCR, Alves VLR. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica* 2002;9(2):85-9.

Vidal ALA, Santos CC, Nishimaru S, Chamlian TR, Masiero D. Avaliação da qualidade de vida em pacientes amputados de membros inferiores. *Med Rehabil* 2004;23(1):12-7.

APÊNDICE A - Lista de requisitos com base nas normas ABNT 9050.

Lista de requisitos com base nas normas ABNT 9050.

Parâmetros Antropométricos (4 ABNT)		
	Área de circulação e manobra (4.3)	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (corredor $\geq 0,90\text{m}$) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (corredor $< 0,90\text{m}$) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Área de circulação e manobra entre os aparelhos Número de aparelhos existentes Número de aparelhos acessíveis Número de aparelhos inacessíveis	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (corredor $\geq 0,90\text{m}$) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (corredor $< 0,90\text{m}$) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Área de transferência ao lado do aparelho Número de aparelhos existentes Número de aparelhos acessíveis Número de aparelhos inacessíveis	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (área $\geq 0,80\text{m} \times 1,20\text{m}$) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (área $< 0,80\text{m} \times 1,20\text{m}$) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Altura e disposição de anilhas e halteres, medida vertical.	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (altura mínima $0,45\text{m}$, máxima $1,40\text{m}$)

		<input type="checkbox"/> Não atende o requisito (altura menor 0,45m, maior 1,40m) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Altura dos aparelhos – regulagem acessível.	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (altura mínima 0,40 e máxima 0,60m) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (altura menor 0,40m, maior 0,60m) <input type="checkbox"/> Não se aplica
Acessos e circulação (6 ABNT)		
	Entrada acessível	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (rampa de acesso e/ou elevador) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (sem rampa e/ou elevador) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Acessos ao ambiente da sala de musculação, (catracas).	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (caminho alternativo com espaço de 0,90m) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (sem caminho alternativo com espaço de 0,90m) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Degraus e escadas fixas em rotas acessíveis para a sala de musculação e sua circulação	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (associação de rampas ou equipamentos eletromecânicos de transporte vertical)

		<input type="checkbox"/> Não atende o requisito (inexistência de rampas ou equipamentos eletromecânicos de transporte vertical) <input type="checkbox"/> Não se aplica
Vestiários e Banheiros (7)		
	Existência de pelo menos um sanitário com as adaptações necessárias	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente <input type="checkbox"/> Não atende o requisito <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Espelhos na sala de musculação	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (altura máxima de 0,50 m em relação ao chão) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (altura acima de 0,50m em relação ao chão) <input type="checkbox"/> Não se aplica
	Porta objetos (7.11.4)	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (altura entre 0,80m e 1,20m) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (altura maior que 1,20m) <input type="checkbox"/> Não se aplica
Mobiliário Urbano (8)		
	Bebedouro (8.5)	<input type="checkbox"/> Atende o requisito completamente (altura entre 0,90 e 1,10m) <input type="checkbox"/> Não atende o requisito (altura menor que 0,90 ou maior que 1,10m) <input type="checkbox"/> Não se aplica

A classificação do estabelecimento se dará por meio de pontuações, onde para cada marcação de cumprimento de requisito, foi atribuído um ponto; Para não atendimento de requisito atribui-se a pontuação zero; Por fim, o fato de uma determinada norma não se aplicar ao local, resulta em uma atribuição de um ponto.

Após feita a análise, o somatório de cada estabelecimento foi considerado da seguinte forma:

- 12 (100%) pontos: Atende a todos os requisitos;
- 9 (75%) a 11 (91,67%) pontos: Barreiras Leves;
- 6 (50%) a 8 (66,67%) pontos: Barreiras Moderadas;
- Abaixo de 6 (50%) pontos: Barreiras Graves.

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE DESPORTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO “ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA NAS ACADEMIAS DE FLORIANÓPOLIS”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA NAS ACADEMIAS DE FLORIANÓPOLIS”**, realizada em na cidade de Florianópolis-SC. O objetivo da pesquisa será investigar e avaliar as condições da acessibilidade arquitetônica nas entradas e permanências das academias de Florianópolis.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: autorizando por meio desse documento a entrada da Acadêmica Taís Helena Medeiros de Barros nas dependências de seu estabelecimento, para que a mesma possa analisar os espaços, fazendo uso de uma fita métrica e uma trena. Não serão tiradas fotos, e a identidade do estabelecimento permanecerá anônima. Estes procedimentos serão realizados em dias previamente agendados junto ao supervisor do estabelecimento.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, mesmo assim redobramos os cuidados para que isto não aconteça. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Informamos que os resultados poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos, garantindo-lhe o direito ao anonimato e resguardo de sua privacidade.

O objetivo esperado com esta pesquisa é a obtenção de dados sobre a acessibilidade arquitetônica nas academias de Florianópolis. As informações obtidas poderão servir como base para possíveis melhorias nos estabelecimentos, visando a inserção social. Este estudo não apresenta riscos de natureza física a você.

Informamos que os senhores não pagarão nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas. Igualmente, garantimos a você o direito a indenização, caso ocorra qualquer dano vinculados à participação neste estudo.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Pesquisador responsável e orientadora: GABRIELA FISCHER, Rua Deputado Antônio Edu Vieira, Prédio Administrativo CDS – UFSC Telefones: 3721-8558 e 991928283, e-mail: g.fischer@ufsc.br ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSH-UFSC) informa que localiza-se no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Prof. Dra Gabriela Fischer
Pesquisadora responsável

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária

Nome por extenso: _____

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

