

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE

**TURISMO E INCLUSÃO SOCIAL PARA
CADEIRANTES**

BRUNA DE CASTRO MENDES

SÃO PAULO

2008

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
PROGRAMA DE MESTRADO EM HOSPITALIDADE

**TURISMO E INCLUSÃO SOCIAL PARA
CADEIRANTES**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção de título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, área de concentração Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade e linha de pesquisa Dimensões Conceituais e Epistemológicas da Hospitalidade e do Turismo, da Universidade Anhembi Morumbi, sob orientação da Prof^a Dr^a Nilma Morcerf de Paula.

BRUNA DE CASTRO MENDES

SÃO PAULO

2008

BANCA EXAMINADORA

Nome: Nilma Morcerf de Paula

Nome: Miriam Rejowski

Nome: Silvana Blascovi-Assis

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais e à minha irmã pelo
apoio durante esse etapa.
Ich Liebe Ihnem.*

AGRADECIMENTOS

Diversas pessoas contribuíram para a minha formação. Muito obrigada a todos que participaram dessa trajetória e pela ajuda.

Agradeço às minhas professoras de graduação Gleice Regina Guerra e Karina Toledo Solha por me incentivarem na área da pesquisa.

Aos professores do mestrado, obrigada por me ajudarem na minha formação e no meu fortalecimento intelectual.

Aos meus amigos de Piracicaba, agradeço pelo apoio em todos os momentos da minha vida. Aos de Campinas obrigada pelas horas de descontração e aos de São Paulo por tornarem as aulas tão estimulantes. Um destaque especial ao Dêmili, Vanessa, Carlos Bernardo, Iara, Lina, Valéria, Hubert.

Não poderia esquecer da pessoa que acreditou em mim e agradecer ao Prof. Dr. Waldir Ferreira pelo incentivo, atenção e carinho.

Nilma, obrigada pelo apoio e pelas longas horas de orientação, por se envolver com o tema e pelo empenho. Não poderia ter pedido por uma pessoa melhor para me acompanhar nesse período.

E é claro, aos meus pais e minha irmã, por me acompanharem nessa jornada, pelo companheirismo, suporte e amor.

RESUMO

A discussão sobre a inclusão social das pessoas com deficiência física avançou nas últimas décadas, ancorada por alguns fatores. O primeiro aspecto destacado no presente trabalho refere-se à disseminação de informações sobre o assunto ao público em geral, com o objetivo de provocar uma mudança de atitude da população, enquanto o segundo aspecto refere-se à adequação arquitetônica, com o intuito de garantir a acessibilidade física para esse segmento. Entretanto, esses dois fatores, ainda que aplicados, não conseguiram garantir a participação das pessoas com deficiência física na atividade turística. Este estudo teve por objetivo, portanto, analisar a valoração da atividade turística como um processo de inclusão social, a partir da percepção de cadeirantes. A pesquisa é exploratória, de natureza qualitativa, baseado no método empírico indutivo e na técnica de entrevista em profundidade junto a dez respondentes, com um roteiro semi-estruturado. Os principais resultados demonstram que a dificuldade dos cadeirantes em participar do turismo refere-se, primeiro, à não aceitação da própria deficiência; segundo, à própria insegurança em demonstrar suas dificuldades a outras pessoas; e terceiro, a falta de apoio familiar e da sociedade “não preparada” para essa convivência.

Palavras-Chave: Turismo. Inclusão Social. Pessoa com Deficiência Física. Cadeirante. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The discussion about social inclusion of people with physical deficiency has increased over the last decades. One aspect refers to the information dissemination of about the subject to the general public, with the intent of provoking change of attitude into society. The other aspect refers to the architectural adjustment with the purpose of guarantying physical accessibility to this segment. However, these two factors do not ensure participation of wheelchair users in tourism activities. This study had as its objective, to analyze the valorization of the tourism activity as a process of social inclusion seen through the eyes of the physically impaired. The research is exploratory and of qualitative nature. It was based on the empiric inductive method and on the profundity technique interview. It was conducted among ten wheelchair users, based on a semi-structured script. Results have shown that that main difficulties among wheelchair users in participating in tourism activities are, the non-acceptance of their own deficiency; the insecurity of demonstrating their own difficulties to other people; the lack of support from family members and from a society that is unprepared to live amongst wheelchair users

Key Words: Tourism. Social Inclusion. Person with Physical Deficiency. Wheelchair users. Quality of Life.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	12
1. INCLUSÃO SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA e HOSPITALIDADE NO TURISMO -----	19
1.1 Inclusão Social e Cidadania-----	20
1.2 Qualidade de Vida-----	27
1.3 Hospitalidade e Turismo-----	31
2. ACESSIBILIDADE E QUALIDADE DE VIDA -----	41
2.1 Conceituação e Caracterização da Deficiência Física-----	45
2.1.1 Conceitos: acessibilidade e deficiência física-----	47
2.1.2 Classificação-----	55
2.1.3 Mapeamento da deficiência física no Brasil-----	57
2.2 Qualidade de Vida para Deficientes Físicos: Barreiras à Acessibilidade-----	62
2.2.1 Arquitetônicas-----	64
2.2.2 Atitudinais-----	66
2.2.3 Comunicacionais-----	67
2.2.4 Instrumentais-----	69
2.2.5 Metodológicas-----	70
2.2.6 Programáticas-----	71
3. PESQUISA -----	72
3.1 Escolha do Método-----	74
3.2 Técnica para Coleta de Dados-----	76
3.3 Seleção dos Entrevistados-----	81
3.4 Análise dos Dados-----	85

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO -----	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	110
APÊNDICE -----	121
A- Roteiro da Entrevista -----	121
B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	124
ANEXO -----	126
A- Decreto 3.956, de 08 de outubro de 2001 -----	126
B- Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999 -----	128
C- Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000 -----	132
D- Lei 8.899, de 29 de junho de 1994 -----	134
E- Lei 10.436, de 24 de abril de 2002 -----	135
F- Lei 12.492, de 10 de outubro de 1997 -----	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Síntese das diferenças conceituais entre Integração e Inclusão Social -----	26
Quadro 02: Domínios e Facetas do WHOQOL-----	30
Quadro 03: Conceitos de Hospitalidade-----	38
Quadro 04: Barreiras para a Inclusão Social das Pessoas com Deficiência-	42
Quadro 05: Síntese das formas de apresentação da deficiência física-----	56
Quadro 06: Perguntas relativas a detecção de presença de deficiências utilizadas no Censo do IBGE (2000)-----	58
Quadro 07: Perfil Econômico do Brasileiro com Deficiência-----	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 01

Diagrama da Hospitalidade e Inclusão das Pessoas com Deficiência -----	40
--	----

Figura 02

Fluxograma de Operacionalização da Técnica de Bola de Neve-----	84
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Resumo do Perfil dos Respondentes-----	91
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIH – Autorização de Internações Hospitalares

AVAPE – Associação para Valorização e Promoção de Excepcionais

CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CAT – Cadastro de Acidente de Trabalho

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CONADE – Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência

CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

CPA – Comissão Permanente de Acessibilidade

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Libras – Língua Brasileira de Sinais

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MEC – Ministério da Educação e da Criança

NBR – Normas Brasileiras

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCV – Pesquisa de Condição de Vida

PIA – População em Idade Ativa

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio

PPD – Pessoa Portadora de Deficiência

PPI – Pessoa Perceptora de Incapacidade

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life Assessment

INTRODUÇÃO

A inclusão social é tema presente nas mais diversas esferas da sociedade, na qual é discutido o papel de cada um nos processos que possam levar a uma maior integração do indivíduo com deficiência¹ nas atividades, quer sejam de lazer, econômicas ou sociais. Ao mesmo tempo se considera toda a sociedade responsável pela adaptação e preparação para receber todo e qualquer indivíduo, seja na questão arquitetônica, atitudinal ou comunicacional.

Hoje em dia percebe-se uma preocupação maior com a questão da inclusão social nos diversos setores da sociedade, inclusive no mercado de trabalho com o Decreto Federal 3.298/99, conhecido como a Lei de Cotas, que obriga empresas a terem em seu quadro de funcionários de 2% a 5% de pessoas com deficiência, índice que varia segundo a quantidade de colaboradores da empresa. Já se observam pessoas com deficiência exercendo atividades diversas como as de massagistas, cabeleireiros, telefonistas, técnicos em computação, secretárias. Contudo, nem todas as empresas estão adaptadas para receber esses funcionários com necessidades especiais e nem todas as pessoas com deficiência estão dispostas a entrar no mercado de trabalho. Em algumas outras áreas, como a do turismo, o avanço ainda é pouco perceptível, seja pela falta de uma legislação própria, ou pela ausência de compreensão do potencial que esse mercado representa.

Apesar de algumas publicações da área do turismo, como as de autores como Beni (2003), Silva e Bóia (2006) e Goulart (2007), abordarem a problemática do turismo para deficientes, ainda há pouca inserção das pessoas com deficiência nas estatísticas de turismo. Diante dessa situação, o presente estudo objetiva analisar a valoração da atividade turística como um processo de inclusão social, a partir da percepção dos cadeirantes, considerando que esta atividade integra, instrui e distrai.

¹ “...a pessoa que apresenta, em seu caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro de padrão considerado normal para o ser humano” (Decreto Federal 914/93).

O interesse pelo assunto surgiu com um intercâmbio realizado pela pesquisadora para a Europa, onde foi verificado um grande número de pessoas com deficiência viajando, sozinhas ou acompanhadas, usufruindo as adaptações existentes nos locais, que facilitavam sua locomoção e divertimento. Durante a faculdade, estágios em uma agência e em um hotel *resort* contribuíram para ampliar a visão da pesquisadora, ao constatar que, além da dificuldade inerente às limitações físicas das pessoas deficientes ao praticarem o turismo, havia também o despreparo dos profissionais do setor para lidar com as limitações e necessidades especiais desse segmento. A vontade de estudar o tema acentuou-se quando a avó materna, por limitações físicas, passou a utilizar uma cadeira de rodas para locomoção e começou a encontrar dificuldades em viajar. Foram diversos os empecilhos decorrentes da falta de compreensão, por parte das redes hoteleiras, dos serviços e acomodações diferenciados, que ela, em sua nova realidade, requeria. Primeiramente, os hotéis não entendiam a necessidade de uma hospedagem em andar térreo – o que para a cadeirante e para nós, os familiares, era elementar: subir as escadas representava, para a mesma, um esforço intenso. Assim, por um agravamento dos problemas de saúde, viajar já não era mais possível, ainda mais com a utilização de cadeira de rodas, já que os lugares não eram adaptados e ela não queria ser vista como um transtorno, ficando restrita ao convívio com vizinhos e familiares.

Diante das experiências citadas anteriormente, constata-se serem necessários mais estudos acerca do turismo para cadeirantes. Durante muito tempo, a inclusão desse segmento foi visto como um problema isolado, tornando a família e entidades especializadas responsáveis pelos cuidados e pelo direcionamento de suas vidas. Esse empobrecimento dos contatos sociais acarretava crescentes desigualdades e exclusão.

Entretanto grupos e instituições começaram a discutir como integrar as pessoas com e sem deficiência de maneira mais intensa e harmônica. A primeira etapa dessa discussão caracterizou-se pelo processo de integração, que almejava a presença desse segmento nos diversos ambientes sociais, sem, contudo, adequar esses locais, necessitando que os próprios deficientes se adaptassem ao meio que desejassem frequentar.

Ao considerar a afirmativa de Daya (1962) que o ser humano sente necessidade de estima dos outros, tornando a convivência social essencial para uma qualidade de vida digna, percebe-se que as pessoas com deficiência passaram a ser vistas como um problema social, e não mais restrito ao âmbito familiar.

Com o avanço das pesquisas e das discussões, o processo de integração passou a estar intimamente ligado ao processo de inclusão, tornando toda a sociedade responsável pelas pessoas com deficiência. Para Fávero (2004), a inclusão preconiza que cabe à sociedade e aos ambientes em geral promoverem as adequações necessárias para possibilitar o pleno acesso de quem tem limitações físicas, sensoriais ou mentais. Já Sasaki (2005) e Berger e Luckmann (1983) caracterizam a inclusão como um processo bilateral no qual as pessoas ainda excluídas e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos, envolvendo, obrigatoriamente, um intercâmbio contínuo entre a sociedade e a pessoa com deficiência.

No Brasil, até bem pouco tempo, pessoas com qualquer tipo de deficiência, quando sobreviviam, eram acompanhadas de estigmatização e compulsoriamente destinadas à exclusão social (Heck, 2002). A situação atual ainda caracteriza-se pelas mesmas dificuldades e preconceitos. Contudo, vem crescendo a necessidade de discussão acerca da inclusão desse segmento com a melhora da assistência médica, o aumento do convívio social (em pequena escala), o acesso à educação e ao mercado de trabalho. Somados, esses fatores têm contribuído para um considerável aumento da expectativa de vida.

Segundo Censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui mais de 24 milhões de pessoas com deficiência. Contudo, Fávero (2004) e Werneck (2003) alertam para o caráter amplo utilizado na pesquisa, que considerou também pessoas com dificuldade de caminhar, ouvir e ler, englobando, portanto, os idosos na análise.

De acordo com a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, CIDID, de 1989, a deficiência pode acarretar incapacidade ou desvantagem, sendo que as três análises devem ser feitas conjuntamente.

Deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica ou anatômica, a incapacidade como toda restrição ou falta – devido a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal a um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função, da idade, sexo e fatores sociais e culturais) – OMS, 1989, p.15.

Embora a Constituição Federal (1998), no artigo 5º, assegure a igualdade de todos perante a lei, direitos básicos, como a educação, e direitos complementares, como o turismo, ainda são negados a esse público, que encontra dificuldades em acessar serviços correspondentes às suas necessidades. Portanto, o meio social em que vivemos influencia a possibilidade de integração social das pessoas com deficiência.

Para o presente estudo, optou-se por utilizar duas definições de inclusão social, que abordam diferentes aspectos no processo: uma enfoca o indivíduo, enquanto a outra engloba a sociedade. Na primeira, Werneck (1997), jornalista que trabalha em prol da inclusão de jovens com deficiência, considera o indivíduo ao definir o termo como o direito que toda pessoa tem em participar ativamente da sociedade, contribuindo para o seu desenvolvimento, ou seja, trabalhando, estudando, viajando. Já na segunda definição, Sassaki (2003) considera toda a sociedade, tornando-a responsável pela adoção gradativa de acessibilidade em todos os contextos de convívio, conceituando o termo como uma responsabilidade da comunidade em possibilitar que as pessoas com deficiência convivam socialmente.

Para garantir a efetivação do processo de inclusão social, as semelhanças e as diferenças têm de ser compreendidas, se quisermos estabelecer um bom relacionamento com todas as pessoas, considerando, como caracteriza Rosat (1962), que não somente “eu” estou envolvido em uma situação, mas que existe uma outra pessoa a ser considerada e que essa interação deve ser melhorada. A filosofia da inclusão social basicamente defende a meta de se criar uma sociedade capaz de acolher todas as pessoas, independentemente das diferenças e necessidades individuais. Para isso, preconiza soluções aos problemas existentes nos ambientes humano e arquitetônico, soluções essas que propiciem iguais oportunidades de acesso às informações e ao meio físico (ROZICKI, 2003).

Todavia, o conflito ainda caracteriza os relacionamentos das pessoas com deficiência com a sociedade em geral. Com o objetivo de integrar essas diferenças, a Declaração dos Direitos às Pessoas Deficientes, elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1975, ressalta o direito às pessoas com deficiência, inerente a todo e a qualquer ser humano, de serem respeitadas, sejam quais forem seus antecedentes, natureza e severidade de sua deficiência, que implica uma vida decente, tão normal quanto possível.

Conciliando os pressupostos da inclusão social e do turismo, não se deve separar as pessoas com deficiência dos outros turistas durante o exercício da atividade. Para o turismo representar uma parte do desenvolvimento e bem-estar integral das pessoas com deficiência, ele precisa ser realizado no mesmo espaço em que convivem as pessoas sem deficiência. Para Sasaki (2003), há dois tipos de atividades: as integradas (quando a pessoa com deficiência consegue participar de atividades não adaptadas) e as inclusivas (quando os programas são modificados).

Se o espaço é o mesmo, temos que garantir a acessibilidade. Ao fornecê-la, aumentar-se-ão as possibilidades de convívio entre os diversos segmentos da sociedade e as pessoas com deficiência, resultando em uma maior interação e, conseqüentemente, em uma situação de hospitalidade.

Para Paula (2004), essa interação implica reconhecimento de que a hospitalidade é uma via de duas mãos, devendo existir respeitabilidade mútua para se criar o clima hospitaleiro a ser experimentado por todos, ou seja, a construção e a manutenção da hospitalidade no turismo implicam envolvimento de todos nesse processo de mudança, assim como preconizam a inclusão social.

Baptista (2002) considera a hospitalidade um modo privilegiado de encontro interpessoal marcado pela atitude de acolhimento em relação ao outro – é a abertura da consciência para fora de si, testemunhada por outra pessoa. Grinover (2005) analisa a cidade para definir hospitalidade, considerando que quanto maior for a sua legibilidade mais hospitaleira ela será, facilitando o acesso de todos ao turismo, inclusive com as mais diversas deficiências, sendo essa uma atitude essencial para garantir a integração da pessoa deficiente ao ambiente em que ela se encontra e com os envolvidos no processo.

Quando considerarmos as necessidades específicas do segmento com deficiência, poderemos falar em um turismo inclusivo e hospitaleiro. Para tanto, é necessário conhecer esse público e ouvi-lo antes de qualquer decisão. Sendo assim, as questões norteadoras dessa pesquisa são: há uma inserção dos cadeirantes no turismo como consumidores? Como o turismo pode auxiliar no processo de inclusão social? Até o momento, as pesquisas e publicações abordam a necessidade de inclusão desse segmento no turismo, sem, contudo questionar sobre a adequação e a capacidade da atividade turística, em seu estágio atual, de receber essas pessoas, atendendo suas necessidades e desejos como o faz com qualquer outro cliente.

Para a delimitação do campo de pesquisa, optou-se pelos deficientes físicos, mais precisamente cadeirantes, considerando-se o conceito proposto por Cantarelli (1998, p.4), no qual cadeirantes são “as pessoas que apresentam grande perda ou perda total do movimento dos membros inferiores, necessitando, portanto, de equipamentos específicos para a sua locomoção”.

Como objetivo geral considerou-se analisar a valoração da atividade turística como um processo de inclusão social, a partir da percepção dos cadeirantes. Como objetivos específicos englobou-se a identificação, segundo os cadeirantes, das barreiras e facilitadores da prática do turismo e a comparação da literatura pesquisada com o discurso dos entrevistados.

Tendo como base os preceitos de inclusão social, segundo os quais é necessário que as próprias pessoas com deficiência digam o que querem e o que precisa ser modificado, a entrevista em profundidade semi-estruturada foi o instrumento de pesquisa escolhido.

Pautada em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, a entrevista em profundidade busca recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer (DUARTE, 2005). Como essa técnica tem um caráter subjetivo, torna-se necessário que toda a interpretação leve em consideração a perspectiva da pessoa analisada (VEIGA; GONDIM, 2001).

Esse tipo de pesquisa permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade (ALVEZ-MAZZOTTI;

GEWANDSZNAJDER, 1999). Agrega-se à entrevista em profundidade a maior facilidade de obtê-la, pois o entrevistado não precisa deslocar-se para respondê-la; normalmente o entrevistador vai até ele (ROSSI; SLONGO, 1998).

Para o desenvolvimento e compreensão do estudo, este trabalho foi estruturado em quatro capítulos. No primeiro, abordam-se os conceitos de inclusão social e o direito de exercício da cidadania, de qualidade de vida, além do conceito de hospitalidade, ou seja, da relação entre o hóspede e o anfitrião no turismo.

No segundo capítulo, aborda-se a acessibilidade. Primeiramente, conceitua-se e caracteriza-se a deficiência física, destacando os principais conceitos, a classificação trabalhada pelos estudiosos da área, além de um mapeamento da deficiência física no Brasil. Após esses destaques, enfatizam-se as barreiras de acessibilidade que influenciam a conquista da qualidade de vida.

No terceiro capítulo, descreve-se a trajetória metodológica do estudo, com as características do método escolhido, da técnica para a coleta de dados, além de como será feita a análise das informações obtidas. No quarto capítulo, discutem-se os resultados da pesquisa, relacionando-os com a literatura específica da área.

Por último, as considerações finais ressaltam as principais observações a respeito da inclusão social dos cadeirantes, a situação do Brasil nesse processo, além de como o turismo brasileiro para pessoas com deficiência é trabalhado.

Ouvir e compreender o que esse público quer e está preparado para aceitar são os primeiros passos para que o turismo possa contribuir com a inclusão social.

1 INCLUSÃO SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E HOSPITALIDADE NO TURISMO

As comunidades costumam ter regras implícitas que podem segregar ou não indivíduos que não pertençam a um ideal estabelecido, tornando os que estão fora das normas, muitas vezes, pessoas estigmatizadas.

Ribas (2003) acredita que sejam essas diferenças sociais valorativas que podem determinar que as pessoas deficientes não sejam capazes de conviver com outros indivíduos, fabricando mecanismos de exclusão. Contudo, estamos inseridos em relações sociais e dependemos delas para o desenvolvimento social. Sendo qualquer realidade socialmente definida e construída, o homem e a sociabilidade tornam-se intrinsecamente entrelaçados. Ao isolarmos grupos sociais que não pertençam ao que a maioria considera o ideal de produtividade e convivência, negamos essa inter-relação entre o homem e a sociedade.

Ao debater a relação dos direitos e deveres de cada pessoa na sociedade, aborda-se, obrigatoriamente, o conceito de cidadania dos grupos conhecidos como minorias. Tratando-se especificamente das pessoas com deficiência, o artigo 3º da Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência diz que

as pessoas deficientes têm o direito inerente ao respeito por sua dignidade humana. As pessoas deficientes, qualquer que seja a origem, a natureza e gravidade de suas deficiências, têm os mesmos direitos fundamentais que seus concidadãos da mesma idade, que implica antes de tudo, no direito de desfrutar de uma vida decente, tão normal e plena quanto possível.

A Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas Portadoras de Deficiência, mais conhecida como a Convenção de Guatemala, ocorrida em 28 de maio de 1999, enfatiza ainda que as pessoas com deficiência têm o direito de não serem submetidas à discriminação com base na deficiência, emanando a dignidade e a igualdade que são inerentes a todo ser humano (BRASIL, 2006a).

A inclusão social representa um dos diversos movimentos sociais que consideram a liberdade pessoal como um direito universal, independentemente de raça, sexo, aparência física, sendo que, segundo Castells (1983 *apud* KAUCHAKJE, 2003, p.68), esses movimentos sociais são considerados os principais protagonistas na formulação e na demanda por direitos. Portanto, falar em cidadania das pessoas com deficiência envolve, obrigatoriamente, falar da inclusão social desse segmento e da qualidade de vida.

Para Sasaki (2003, p.21), qualidade de vida é o “conjunto de situações da vida humana que garantem a satisfação das necessidades de funcionalidade das pessoas e, em última análise, a felicidade”. Stainback e Stainback (1999, p.5) acreditam que o conceito refere-se a uma busca pelo respeito na sociedade, definindo qualidade de vida como uma:

coragem e a luta criteriosa em busca de relacionamentos respeitosos, de igual oportunidade para as iniciativas individuais, de apoio mútuo para os problemas da vida, de compartilhamento e de celebração dos dotes únicos de cada membro, de resoluções justas dos conflitos e da integridade na confrontação das ameaças (STAINBACK; STAINBACK, 1999, p.5).

Segundo Correr (2003, p.33), o conceito de qualidade de vida “pode e deve também ser associado ao movimento de inclusão social das pessoas reconhecidamente excluídas dos direitos de participação na sociedade”. Garantir ao cadeirante o direito de se locomover, de conviver, de trabalhar e de viajar é promover a cidadania desse grupo, além de uma melhoria da qualidade de vida, que pode resultar no processo de inclusão social.

1.1 Inclusão Social e Cidadania

Almejando-se melhorar a cidadania dos cadeirantes, busca-se uma maior convivência social, percebida nas últimas décadas, que deixou de esconder a deficiência como se ela fosse uma vergonha familiar e social, passando a considerá-la como uma situação normal que não tem razão para se ocultar (AGUIRRE et al, 2003).

A noção e as práticas baseadas na igualdade fundamentam as regras de sociabilidade e o princípio de civilidade nas relações societárias. O direito à

igualdade supõe que as demandas e necessidades (individuais ou de um grupo social) têm legitimidade e igual lugar no cenário social. Daí o vínculo do direito à igualdade com os movimentos por sociedades inclusivas (KAUCHAKJE, 2003, p.69).

Segundo Benevides (1998, p.154) os avanços da cidadania representam os direitos humanos de cada pessoa, independentemente de sua característica física, social ou política. Contudo, a consciência dessa cidadania pode ser barrada pelo preconceito e discriminação para os que não se enquadram em um perfil esperado pela sociedade.

Para que o conceito de cidadania possa ser compreendido, é necessário levar em conta as três principais fases que representam a evolução e a luta por direitos iguais a todo ser humano. A primeira fase representa uma etapa política; a segunda engloba o indivíduo como centro das discussões; e a terceira, a atual, reconhece tanto os direitos quanto os deveres das pessoas.

As origens clássicas da cidadania remetem na *polis* grega e das cidades-estado romanas (os romanos traduziram *polis* por *civitas*, surgindo os vocábulos cidade, cidadão e cidadania). Eram cidadãos apenas os homens que participavam da vida pública na cidade, representando uma fase exclusivamente política da cidadania, na qual a liberdade individual era negligenciada na vida privada (BENEVIDES, 1998, p.155).

A segunda fase histórica, já na Idade Moderna, pode ser entendida como uma reação individualista, pois as revoluções dessa época mudaram o mundo ocidental, com uma nova visão dos direitos do indivíduo e do cidadão (COMPARATO, 1993, *apud* BENEVIDES, 1998, p.156).

A Revolução Inglesa contribuiu para o desenvolvimento da cidadania liberal, ou seja, a liberdade individual é uma conquista universalmente válida, rompendo com a figura do súdito que tinha apenas deveres a prestar (MONDAINI, 2003, p.131).

A Revolução Americana é considerada a pioneira na formulação dos direitos humanos, pois, pela primeira vez, aspirava-se à independência nos princípios da cidadania, ou seja, buscava-se a preservação das liberdades dos integrantes do povo, elevados à condição de sujeitos políticos (SINGER, 2003, p.201).

Ainda no século XVIII nasce a idéia da felicidade, não como uma conquista individual, mas como uma meta a ser alcançada pela coletividade (...) A idéia de felicidade assim concebida representou – como ainda representa – uma grande conquista humana, pois ainda hoje orienta todo o esforço do homem no sentido de uma sociedade mais justa e igualitária (ODALIA, 2003, p.160-161).

A Revolução Francesa resultou na aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na qual todos os homens nasciam e permaneciam livres e iguais em direitos; sendo que a liberdade consistia em tudo poder fazer que não prejudicasse um outro. Portanto “o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem outros limites que os que assegurem o gozo dos mesmos direitos pelos demais membros da sociedade”. (SINGER, 2003, p.210-211). Essa revolução aboliu as divisões da sociedade baseadas em privilégios feudais e introduziu uma sociedade de cidadãos juridicamente iguais na cena pública, mas pessoal e economicamente livres para prosseguir seu próprio interesse individual e familiar (DEMANT, 2003, p.346).

A terceira fase é a atual, e corresponde ao reconhecimento da nova cidadania como o “conjunto de deveres e direitos – individuais, sociais, econômicos, políticos e culturais – e, essencialmente, como participação na vida pública” (COMPARATO, 1993, *apud* BENEVIDES, 1998, p.156).

Considerando a conceituação de Demant (2003, p.343) de que cidadania é a existência de “direitos civis e políticos, completos e iguais”, pode-se dizer que os cadeirantes são cidadãos, tendo assegurado todos os seus direitos, ou seja, acesso à educação, à saúde, ao emprego, ao lazer?

A discriminação existe contra todos aqueles que não se encaixam no padrão excludente e, portanto, não são considerados cidadãos com plenos direitos, caracterizando a mutilação da cidadania (BENEVIDES, 1998, p.154). O preconceito e a decorrente discriminação vivida ainda com mais intensidade pelos significativamente diferentes os impedem de vivenciar seus direitos como cidadãos (AMARAL, 1998, p.12).

O valor da igualdade corresponde mais do que a igualdade de oportunidades, mas o reconhecimento da igualdade em dignidade, o que significa reconhecer os direitos em relação às necessidades básicas, como saúde, educação, habitação, trabalho (BENEVIDES, 1998, p.156), como em relação às necessidades complementares, como o lazer e o turismo.

Singer (2003, p.260) acredita que a luta pelos direitos sociais ainda tem um longo percurso, pois, antes, o Estado deveria garantir os direitos sociais de cada pessoa, porém, agora, é a própria sociedade civil que se torna protagonista da solução dos problemas que os direitos sociais pretendiam prevenir; enquanto, segundo Correr (2003, p.19), “a sociedade como um todo deve assumir o compromisso de construir um ambiente inclusivo, evitando que a inclusão social se transforme em mais um chavão conceitual”.

“Considerando que o cidadão só o é em suas instituições e em seus costumes da vida comum com outros cidadãos” (OLIVEIRA, 1993, p.61), para falar em cidadania das pessoas com deficiência torna-se imprescindível a discussão da inclusão social desse segmento.

Inicialmente, surgiu a idéia de integração com o objetivo de atenuar as seqüelas da exclusão social e das concepções assumidas pelo homem. Para Fávero (2004), integração significa que a sociedade admite a existência das desigualdades sociais e, para reduzi-las, permite a incorporação de pessoas que consigam adaptar-se ao meio social. Enfatiza-se que apenas as pessoas que consigam conviver no meio social são englobadas pelo conceito de integração.

Destacam-se na sociedade diversas formas de integração. Sasaki (2005) cita três práticas: a primeira caracteriza-se pela inserção pura e simples daquelas pessoas com deficiência que conseguem utilizar os espaços físicos e sociais, bem como seus programas e serviços, sem nenhuma modificação por parte da sociedade; a segunda forma insere as pessoas com deficiência que necessitam de alguma adaptação específica no espaço físico comum; enquanto, paradoxalmente, a terceira forma separa as pessoas com deficiência dentro dos sistemas gerais, criando subgrupos dentro da própria comunidade.

As três formas citadas não satisfazem todos os direitos das pessoas com deficiência, principalmente porque nada exigem da sociedade. As atitudes e os espaços físicos continuam sendo os mesmos. As pessoas com deficiência é que precisam se adaptar ao ambiente, e não o sentido inverso. O resultado é a formação de diversas associações, em que cada uma enfatiza uma deficiência, sem se comunicarem entre si, lutando por uma inserção isolada e não por uma reivindicação coletiva.

Esse isolamento ocorre, principalmente, pela falta de informação que acarreta a construção de estigmas, colaborando, como acredita Blascovi-Assis (1997), para a formação de rótulos sociais, dificultando sua real inclusão social. As ações mais simples, como ler livros e viajar, passam então a ser vistas como sinais de capacidades notáveis e extraordinárias quando executadas por pessoas estigmatizadas (GOFMAN, 1963).

Os estereótipos dificultam o processo de inclusão, pois são empregados apenas os conceitos de integração, que prevêm uma inserção apenas parcial da pessoa com deficiência, dependendo de sua capacidade de interagir com os diversos grupos sociais. Assim, são criados lugares específicos para esses grupos, como associações e clubes, que impedem o contato com outras pessoas, inclusive com outros tipos de deficiências, incentivando o isolamento social daqueles que não se adaptam ao que é exigido pela maioria e dificultando a luta pela inclusão de todos.

Um exemplo que demonstra a adaptação que as pessoas com deficiência devem ter para conviver em sociedade – e não a modificação da sociedade para receber a pessoa com deficiência ou qualquer outro grupo estigmatizado – é o transporte público, que deve estar disponível a todas as pessoas, mas não necessariamente adaptado. Caso alguém não consiga utilizar o transporte devido a uma limitação pessoal, o problema não é do responsável por ele.

O conceito de integração constitui, portanto, um processo unilateral, capaz de inserir a pessoa com deficiência desde que ela esteja de alguma forma capacitada. Impedir o envolvimento da sociedade como um todo restringe o processo de transformação social, já muito lento e oneroso.

Quando se impede a participação social de grupos estigmatizados, essas pessoas podem passar a depender da ajuda de familiares. Conseqüentemente, tendem a se afastar do próprio meio, deixando de ir ao cinema, de jantar fora, de viajar, aumentando, com isso, o isolamento, o estresse e os problemas de saúde.

Segundo Ribas (2003), o próprio mecanismo social leva à integração como também à exclusão. Com isso, continuamos tendo um isolamento, mas não mais de indivíduos e sim de grupos que possuam as mesmas características.

Possibilitar que pessoas com deficiência convivam com os diversos grupos sociais e que a discriminação seja atenuada exige um tempo prolongado de espera. Ao comentar sobre mudanças sociais, Krippendorf (1989, p.152) ressalta que “a mudança só é efetiva quando se galgam todas as etapas, sendo que ela não pode ser forçada, e sim no máximo encorajada”.

Em busca desse encorajamento é que se discutem conceitos de inclusão social, buscando-se uma transformação da sociedade. O resultado dessa alteração não é imediato, mas é preciso permitir que cada deficiente possa controlar a sua vida, e “dar orientação básica a seus impulsos” (OLIVEIRA, 1993, p.12).

Enfatiza-se ser necessário o conhecimento das diferenças para garantir a concretização do processo de inclusão, pois, conforme afirma Fávero (2004), apenas o tratamento diferenciado é que irá promover a igualdade, respeitando as diferenças e as capacidades de cada pessoa. Apenas a convivência garante a formação completa do ser humano, pois, segundo Oliveira (1993, p.13), “o homem só se faz no mundo através de sua ação, sendo que sua dignidade consiste fundamentalmente na liberdade de decisão”.

Conquistar, disseminar o respeito e não erguer barreiras diante das diferenças implica construir uma atmosfera inclusiva. Para iniciar qualquer processo de inclusão é necessário compreender que nossa sociedade é marcada pelo modelo social da deficiência, que impede, segundo Sasaki (2003), a participação ativa das pessoas com deficiência nos vários sistemas sociais.

Contudo, é preciso permitir que as pessoas com deficiência possuam autonomia para se locomover, viajar e trabalhar, não sendo suficiente garantir apenas alguns lugares restritos para o convívio com outras pessoas. No quadro 1, estão as principais diferenças entre os conceitos de integração e de inclusão social.

Síntese das diferenças conceituais entre Integração e Inclusão Social	
INTEGRAÇÃO	INCLUSÃO
* Inserção parcial e condicional;	* Inserção total e incondicional;
* Pede concessões aos sistemas;	* Exige rupturas nos sistemas;
* Mudanças visando às pessoas com deficiência;	* Mudanças que beneficiam toda e qualquer pessoa;
* Contenta-se com transformações superficiais;	* Exige transformações profundas;
* Pessoas com deficiência se adaptam às realidades dos modelos que já existem na sociedade;	* Sociedade se adapta para atender às necessidades das pessoas com deficiência;
* Defende o direito de pessoas com deficiência;	* Defende o direito de todas as pessoas, com e sem deficiência;
* Tende a disfarçar as limitações para aumentar as chances de inserção;	* Não quer disfarçar as limitações, porque elas são reais;
* A simples presença de pessoas com e sem deficiência no mesmo ambiente tende a ser suficiente para o uso do adjetivo integrador;	* Não se caracteriza apenas pela presença de pessoas com e sem deficiência em um mesmo ambiente;

Quadro 01: Síntese das diferenças conceituais entre Integração e Inclusão Social

Fonte: WERNECK (2003, p.52-53).

Sendo a inclusão uma inserção total e incondicional, conforme afirma Werneck (1997), pode-se dizer que poucas são as ações genuinamente inclusivas, pois elas implicam muito mais do que garantir o acesso a determinados ambientes. A participação social deve ser garantida em todos os setores, como transporte, educação, turismo.

A inclusão diz respeito ao exercício de direitos, tais como o do acesso à cidade, aos equipamentos de educação, ao trabalho, à assistência e previdência social, à saúde, ao lazer e à cultura. Sobretudo, diz respeito não apenas à participação no cenário social já dado (instituições, estruturas de poder, cultura), mas sim à participação na sua (re)configuração e (re)construção para que novos direitos relativos à diversidade sejam incorporados (KAUCHAKJE, 2003, p.67).

Para promover a participação é necessário levar em conta o outro em todas as circunstâncias e considerar as coisas também do ponto de vista do outro, segundo seus interesses (CORRER, 2003). A convivência e a aceitação das diferenças constituem, para Sasaki (2005), um processo bilateral, no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos.

Para a efetivação desse processo bilateral defendido por Sasaki (2005) faz-se necessário compreender o que é a deficiência, procurando-se respeitar as diferenças de cada um.

Portanto, só podemos falar em uma sociedade inclusiva quando a diversidade humana passar a ser compreendida, garantindo às pessoas com deficiência uma vida autônoma e independente, em que elas próprias possam tomar decisões, assumindo o controle de sua vida e quebrando os estigmas presentes em nossa sociedade.

1.2 Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida, desde os anos sessenta, e principalmente após os anos setenta, vem sendo largamente utilizada nos discursos acadêmicos, ideológicos, políticos e outros (CORREA; TOURINHO, 2001), podendo ser utilizada em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população geral, e no contexto na pesquisa científica, em diferentes campos do saber (SEIDL; ZANNON, 2004).

No início da década de 1990, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. O primeiro refere-se à percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal; enquanto o segundo remete à amplitude de dimensões que podem caracterizar o construto, a possibilidade de que cada pessoa pode interpretar qualidade de vida de acordo com o seu sistema de valores, não sendo idêntico ao de outra pessoa (SEIDL; ZANNON, 2004). Contudo, como

conceito, o termo qualidade de vida é ainda de definição imprecisa, não havendo uma teoria única que explique e defina a expressão (RUEDA, 2007).

A noção de que qualidade de vida envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, revelando uma tendência de usar definições focalizadas e combinadas, pois são estas que podem contribuir com o avanço do conceito em bases científicas (SEIDL; ZANNON, 2004, p.582).

Inicialmente os estudos de qualidade de vida estiveram muito ligados à quantificação dos recursos econômicos ou financeiros disponíveis para um dado indivíduo ou sociedade (CORREA; TOURINHO, 2001). Já a definição trabalhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) remete a conceitos sociológicos, adotando um termo genérico no qual qualidade de vida significa, apesar de ainda estar permeado por conceitos de saúde:

a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995 p.1405, *apud* SEIDL; ZANNON, 2004, p.585).

Shin e Johnson (1978 *apud* ASSUMPÇÃO JR et al, 2000, p.120) sugerem que qualidade de vida consiste na posse dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, na participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, na auto-realização e em uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros.

Wilheim (1978, p.132-133 *apud* CORREA; TOURINHO, 2001, p.5) alerta que o conceito de qualidade de vida não pode estar apenas relacionado à resolução dos problemas básicos de sobrevivência, mas deve contemplar também a garantia de condições de conforto e satisfação psicológica e física, individual e familiar, entendendo o tema como uma sensação de bem-estar dos indivíduos.

Segundo Seidl e Zannon (2004, p.583), a “qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa”, enquanto Rueda (2007, p.2) afirma que “o termo pertence a um universo ideológico e não tem sentido se não for relacionado com um sistema de valores”.

Assumpção Jr. et al (2000, p.120) resume os diversos conceitos ao ressaltar que “qualidade de vida é um termo que representa uma tentativa de

nomear algumas características da experiência humana, sendo o fator central que determina a sensação subjetiva de bem-estar”, variando a sua definição de acordo com os interesses do indivíduo, de seu grupo cultural e dos próprios valores.

As leituras sobre qualidade de vida sugerem que conceituar o termo continua sendo um desafio, pois a interpretação de qualidade está diretamente conectada à experiência pessoal e familiar, sendo, na maioria das vezes, realizada uma comparação com o que o indivíduo alcançou até o momento e o que outras pessoas do convívio social alcançaram em suas vidas (particularmente os pais).

Portanto, considerando-se que para cada indivíduo há uma interpretação diferente do significado de qualidade de vida, cada segmento da sociedade enfatiza diferentes aspectos, podendo o transporte, a alimentação, o trabalho e outros itens serem influenciadores na análise.

Referindo-se especificamente às pessoas com deficiência, a qualidade de vida pode estar diretamente ligada ao processo de empoderamento, em que suas opiniões, desejos, ambições prevalecem sobre a vontade de seus familiares, semelhante à definição trabalhada pelo Grupo WHOQOL, na qual é a percepção do respondente que é avaliada.

A definição do Grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do paciente/respondente que está sendo avaliada (FLECK, 2000, p.2).

Em uma tentativa de unificar os diferentes conceitos de qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde criou o WHOQOL-100, instrumento que consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, conforme descrito por Fleck (2000, p.4) no quadro 02.

Domínio I – domínio físico	Domínio IV – relações sociais
1. dor e desconforto 2. energia e fadiga 3. sono e repouso	13. relações pessoais 14. suporte (apoio) social 15. atividade sexual
Domínio II – domínio psicológico	Domínio V – meio ambiente
4. sentimentos positivos 5. pensar, aprender, memória, concentração 6. auto-estima 7. imagem corporal e aparência 8. sentimentos negativos	16. segurança física e proteção 17. ambiente no lar 18. recursos financeiros 19. cuidados de saúde e sociais 20. oportunidades de adquirir novas informações 21. participação e oportunidades de recreação/lazer 22. ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) 23. transporte
Domínio III – nível de independência	Domínio VI – aspectos espirituais/religião/crenças pessoais
9. mobilidade 10. atividades da vida cotidiana 11. dependência de medicação ou de tratamentos 12. capacidade de trabalho	24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Quadro 02: Domínios e facetas do WHOQOL

Fonte: Fleck (2000, p.4).

Analisar a qualidade de vida de uma sociedade ou grupo significa identificar as experiências subjetivas dos indivíduos que a integram. Exige, conseqüentemente, conhecer como vivem os sujeitos, suas condições objetivas de existência e as expectativas de transformação dessas condições, evoluindo até o grau de satisfação desejado (RUEDA, 2007).

As definições apresentadas até o momento indicam que a subjetividade e o que cada pessoa entende por qualidade de vida influem no sentimento de felicidade/infelicidade. Trabalhando conjuntamente os conceitos empregados pelo instrumento WHOQOL-100 e os de inclusão social das pessoas com deficiência, os domínios três e quatro devem ser os primeiros a ser trabalhados, para permitir uma análise preliminar do significado de qualidade de vida para esse segmento.

O domínio três do instrumento da OMS cita a mobilidade, aspecto influenciador da participação social das pessoas com deficiência e de outras pessoas com mobilidade reduzida. A ausência de mobilidade pode influenciar a capacidade de trabalho, a participação social e as relações sociais, que tendem a se tornar precárias, aumentando a necessidade de tratamento e uso de medicamentos, possivelmente influenciando na qualidade de vida da pessoa (contemplando, assim, os domínios três e quatro do instrumento WHOQOL-100).

Levando ao extremo, podemos entender que qualidade de vida é uma situação de equilíbrio perfeito em relação tanto ao nível biológico quanto ao social e ao cultural (RUEDA, 2007), levando-nos a uma reflexão acerca das condições individuais e coletivas.

O conceito de qualidade de vida permite uma análise da situação das pessoas com deficiência, superando uma visão simplista de bem-estar para uma perspectiva mais completa.

1.3 Hospitalidade e Turismo

Com o avanço das discussões acerca da inclusão social dos cadeirantes e da melhoria da qualidade de vida desse segmento, outros temas começaram a ser englobados nessa análise, sendo que o turismo surge como potencial

motivador da inclusão social, visando à ampliação da participação de todos na atividade turística. O turismo pode ser definido, segundo Rejowski (1998, p.16) como:

conjunto de relações e fenômenos resultantes do deslocamento e da permanência de pessoas em localidades diferentes daquelas nas quais residem ou trabalham, contanto que tais deslocamentos ou permanências não sejam motivados por uma atividade lucrativa principal, permanente ou temporária (REJOWSKI, 1998, p.16).

As mudanças enfrentadas atualmente afetam a sociedade em geral e refletem no turismo, pois a noção de hospitalidade ultrapassa as questões econômicas e os problemas de desenvolvimento e penetra no campo das idéias, religião, filosofia, tendo como pano de fundo a diversidade cultural (DENCKER, 2004). Segundo Rejowski e Solha (2002, p.96), o turismo assumiu progressivamente uma postura mais crítica e preocupada com a experiência turística sob a ótica de todos os agentes e atores que comandam o processo, podendo-se observar, nas últimas décadas, alterações profundas com relação às características da demanda, dos equipamentos e dos serviços turísticos.

Durante o turismo, as pessoas interagem com os mais diversos públicos. Sendo o turista recebido, de alguma forma, pode-se dizer que há uma intrínseca relação entre hospitalidade e turismo. Visando ao bem-estar dos turistas, a hospitalidade passa, então, a ser agregada ao conceito de um turismo inclusivo (Cruz, 2002).

A qualidade do turismo passa não só pela melhoria do serviço prestado, mas também pelo proporcionar conforto e bem-estar aos clientes em relação à infra-estrutura e aos equipamentos (TRINDADE, 2004, p.74). Conhecer o seu público e adequar os serviços para que todas as necessidades sejam atendidas são iniciativas primordiais para que o turismo contribua para a inclusão social das pessoas com deficiência.

Segundo o Programa de Ação Mundial das Nações Unidas, “as autoridades de turismo, agências de viagens, organizações voluntárias e outras envolvidas na organização de atividades recreativas ou oportunidades de viagem devem oferecer seus serviços a todos e não discriminar as pessoas com deficiência” (SASSAKI, 2003, p.20).

Pessoas com deficiência almejam um tratamento idêntico ao destinado às demais pessoas em recintos comuns e em atividades diversas, como a turística. Acresce-se apenas a necessidade de algumas adaptações, respeitando as capacidades e possibilidades individuais.

Com o objetivo de garantir o acesso ao turismo, algumas atitudes devem ser tomadas. Segundo Muller (2003, p.68), o “turismo deve, além de se tornar mais eficiente e melhorar sua qualidade, ser mais autêntico e mais humano”. É apenas considerando o outro em sua plenitude que o turismo poderá auxiliar no processo de inclusão.

Entretanto, quando se analisa o turismo, normalmente o foco principal direciona-se à economia, com informações acerca das possibilidades de geração de receita e de empregos. Porém, o turismo precisa ser também analisado sob o enfoque social e não apenas econômico, garantindo, além de espaços físicos adequados para todos, a aceitação e valorização da diversidade humana, assumindo um papel de reorientação dos espaços e das atitudes sociais (SILVA; BÓIA, 2006).

Há uma importância em se criar recursos e colocá-los à disposição, para que todos possam acessá-los e assim se sentirem realizados, tanto no plano das necessidades objetivas, como alimentação, vestuário, moradia, saúde e educação, quanto no plano das necessidades subjetivas, como satisfação pessoal, felicidade, filosofia de vida, preferência por um tipo de lazer (CORRER, 2003).

Em nossa realidade, o setor do turismo não está preparado para atender os turistas deficientes, principalmente pelo fato de o mercado ainda não considerar esse segmento como um campo lucrativo. Segundo Butler e Jones (2003), a população com deficiência raramente aparece em estimativas ou previsões como um grupo específico, apesar de ser um grupo grande e que tende a crescer com o aumento da expectativa de vida, além de viajarem com mais frequência. Para Trindade (2004, p.74), a pessoa com deficiência é vista como doente, sem necessidade de fazer turismo; visão que inibiu as oportunidades e os direitos desse segmento e afetou a qualidade do turismo, que passa pela adaptação e acessibilidade dos serviços existentes.

De acordo com o Capítulo 01, artigo 2º, do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, “cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público

assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer (...), e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico” (BRASIL, 2006b, grifo nosso).

Somente na década de 70 surgiram as primeiras excursões organizadas por agências de viagem para pessoas deficientes (inicialmente apenas para cadeirantes), mas ainda de maneira rudimentar. Apenas na década de 80, acompanhando o movimento pela integração social, é que o problema das viagens começou a ganhar espaço e novas discussões acerca do tema começaram a surgir (SASSAKI, 2005). Entretanto, quase trinta anos depois, poucos são os lugares e agências de viagem que estão preparados para receber esse público atualmente. As poucas ações voltadas para esse segmento passam uma visão de caridade, e não econômica, como se espera em um negócio, dificultando a efetivação dos preceitos de inclusão social.

Qualquer atividade voltada ao público deficiente não deve ser baseada em pressupostos assistencialistas e paternalistas, pois, segundo Boff (1999), essa visão mantém as pessoas na condição de dependentes, humilhando-as pelo não reconhecimento da sua força de transformação da sociedade.

Hoje, é ponto pacífico o direito das pessoas com deficiências às oportunidades de lazer, esporte e turismo como parte importante para o seu desenvolvimento e/ou bem-estar integral. O item primordial a ser considerado ao pensar o turismo para pessoas com deficiência é o exercício do empoderamento, pois todas as pessoas têm o direito de escolher entre as diversas opções de lazer, assumindo o controle de todo o processo de escolha e decisão, ampliando as próprias experiências e desenvolvendo as relações interpessoais e sociais.

Esses processos de interação social e de melhoria de qualidade de vida, para Correr (2003), poderiam se dar de maneira mais efetiva se as dimensões do lazer e do turismo fossem mais exploradas. O empecilho para a efetivação desse processo é a falta de organização e representatividade das pessoas com deficiência, pois, sem coesão, não há ameaça e pressão para concretizar as mudanças na sociedade.

Tanto o turista que busca a acessibilidade como os profissionais do setor precisam intensificar a luta pela adoção de um turismo inclusivo. Para Sasaki (2005), essa reivindicação precisa ser feita em duas frentes. A primeira refere-se à pesquisa junto aos diversos destinos turísticos, visando identificar os níveis de acessibilidade dos mesmos, tendo em vista divulgá-los. A segunda trata-se da melhoria dos níveis de acessibilidade por parte dos órgãos e serviços de turismo, ampliando o leque de oportunidades turísticas.

De acordo com Aguirre et al (2003), a plena acessibilidade ao meio físico é uma das condições necessárias para a equiparação de oportunidades em toda a comunidade que se propõe a desenvolver a qualidade de vida e o acesso ao turismo.

A contribuição do turismo é possibilitar que as pessoas com deficiência conheçam suas capacidades e desenvolvam suas habilidades de maneira prazerosa, em contato com ambientes diversos e pessoas fora do seu círculo habitual; é ajudá-la a compreender melhor aquilo que deseja e necessita, com vistas a um aumento na qualidade de vida e maior participação como cidadã; em suma, é fazer com que ela migre do papel de coadjuvante para o de protagonista.

Hospitalidade, turismo e inclusão são os conceitos que devem nortear um trabalho que vise à mudança de paradigma, afinal, a hospitalidade pode ser entendida como um meio de criar e consolidar relacionamentos; o turismo, uma das atividades pelas quais os relacionamentos se fortalecem; e a inclusão, uma meta direcionadora desse envolvimento. Se bem estruturado e pesquisado, o turismo poderá se tornar o mecanismo da disseminação da sociabilidade e da inclusão social, baseado nos preceitos da hospitalidade.

Para Buhalis e Eichhorn (2005), a demanda por acessibilidade no continente europeu é de mais de 127 milhões de pessoas, sendo que 89 milhões delas representam um potencial mercado de consumo de produtos turísticos; se multiplicarmos esse número por 0,5, referente a amigos e familiares, chegamos a um total de 134 milhões de pessoas com potencial de consumo para viagens adaptadas na Europa.

Em estudo realizado na Alemanha, segundo Neumann (2005), as pessoas com limitações representam um potencial de consumo considerável. A intensidade de viagem desse segmento é de 54,3%, o que equivale a 3,64

milhões de indivíduos com restrições de mobilidade. Já nos Estados Unidos, de acordo com Zografopoulos (2005), pessoas com deficiência gastam U\$13,6 milhões com turismo todo ano, e quase 70% dos adultos com deficiência viajaram pelo menos uma vez nos últimos dois anos. O estudo americano revela ainda que, dentro desses 70%, há um subgrupo, que representa 20%, que viaja, pelo menos, seis vezes a cada dois anos.

Como vantagens, este segmento de clientes revela preferência pela baixa temporada, boa fidelidade e razoável efeito multiplicador, pois um turista com deficiência dificilmente viaja sozinho (TRINDADE, 2004, p.75).

No Brasil, o turismo para cadeirantes só se tornará real se considerarmos as diferenças do público deficiente como um mercado que precisa ser pesquisado, entendido e atendido. Surge, assim, a necessidade de discutir a inclusão das pessoas com deficiência de forma mais intensa e sob diferentes aspectos. Contudo, é preciso compreender as características de nossa sociedade para valorizar e exercer a hospitalidade, seja com o vizinho, com o familiar ou com a pessoa deficiente, ajudando, segundo Lashley (2004), no desenvolvimento de laços sociais com terceiros e na satisfação subsequente das necessidades sociais.

Nossa sociedade pode caracterizar-se pelo individualismo, trabalho e exaltação do consumo, acarretando uma falta de cuidado generalizada, seja com o meio ambiente, seja com outro ser humano. Para Boff (1999), o dado mais preocupante que se esconde por detrás da falta de cuidado é a perda da conexão com o todo, o vazio da consciência que não mais se percebe parte e parcela do universo. A consequência são pessoas cada vez mais isoladas, protegidas por uma bolha que exclui os que não participam de uma lógica mercantil dominante.

Ao basear o direcionamento da vida humana em uma racionalidade econômica, em contraposição a uma racionalidade social, construímos barreiras que impedem o contato e a convivência com grupos considerados diferentes dos nossos. Essa “proteção” acarreta uma visão limitada dos problemas que assolam nossa sociedade, suscitando desconfiança, receio e até medo face ao diferente.

Porém, novas discussões surgiram, enfatizando a necessidade da construção social da pessoa, como observa Grinover (2002), além da captação

da diferença como algo natural, como enfatiza Boff (2005). É nesse âmbito que podemos falar de hospitalidade, apesar de a conceituação ser ampla, podendo ser analisada sob diversos aspectos. Para uma melhor compreensão do fenômeno, atos relacionados com a hospitalidade devem ser considerados como consolidação de estruturas de relações ou como relações transformadoras (GRINOVER, 2002).

A hospitalidade “é um modo privilegiado de encontro interpessoal marcado pela atitude de acolhimento em relação ao outro” (BAPTISTA, 2002, p.157). Buscando-se analisar esse conceito além dos limites de hotéis, restaurantes, lojas ou estabelecimentos de entretenimento, procurou-se limitá-lo com recortes específicos da arquitetura e urbanismo – elementos básicos para a acessibilidade das pessoas com deficiência ao convívio social.

Assim, a hospitalidade “engloba a relação que se estabelece entre o espaço físico da cidade e seus habitantes (...) proporcionando a sensação de bem-estar” (GRINOVER, 2002, p.26).

Considerando a diversidade de abordagens de estudo que podem envolver o termo hospitalidade, resumiram-se no Quadro 03 os autores utilizados nesta pesquisa. Com base nesses textos destacados, citam-se como características preliminares da hospitalidade a relação entre dois protagonistas, a transformação do estranho em hóspede, a implicação de uma abertura à diversidade, que pode resultar no acolhimento do outro, possibilitando uma sensação de bem-estar e em uma coesão social, influenciando, conseqüentemente na inclusão das minorias sociais.

Com base nas definições de Baptista (2002), Grinover (2002) e Boff (1999 e 2005), faz-se um novo recorte ao conceito de hospitalidade, com o objetivo de integrá-lo ao conceito de inclusão social das pessoas com deficiência: hospitalidade pode ser definida como acessibilidade. Ela constitui-se na legitimação da igualdade entre todos; é a efetivação do direito de ir e vir de cada cidadão, exercendo seu direito de decisão e melhoramento da qualidade de vida. Segundo Silva e Gonçalves (2006, p.11), acessibilidade “refere-se à possibilidade de uso de estruturas urbanas, edificações públicas ou privadas sem maiores dificuldades por parte de qualquer pessoa”.

Autor	Conceito	Destaque
Lashley (2004)	“a hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade (...), envolve, originalmente, mutualidade e troca e, por meio dessas, sentimentos de altruísmo e beneficência” (p.5).	Mutualidade e troca
Telfer (2004)	“a hospitalidade é associada à satisfação de uma necessidade, e o recebimento de convidados associa-se à concessão de prazer”(p.55). “há um grupo de motivos que envolve as seguintes condições: a consideração pelo outro, incluindo o desejo de agradar a terceiros, provenientes da amizade e da benevolência por todos ou da afeição por certas pessoas (...)”. (p.59).	Transformação do estranho em hóspede.
Grinnover (2002)	“[...] o estudo da hospitalidade implica um amplo e complexo contexto sociocultural, a partir do momento em que se criam ou implementam relações já estabelecidas” (p.25). “Para uma melhor compreensão do fenômeno, atos relacionados com a hospitalidade devem ser considerados, nesse âmbito, como consolidação de estruturas de relações ou como relações transformadoras”. (p.27).	Amplo contexto de hospitalidade, que pode ser considerada como consolidadora de relações.
Boff (2005)	“[...]faz-se urgente a hospitalidade, a mútua acolhida, a abertura generosa que supõe o despojamento dos conceitos e preconceitos. Só assim captamos a diferença como diferença e não como desigualdade e inferioridade” (p.19)	Abertura à diversidade

Quadro 03: Conceitos de Hospitalidade

Fonte: a autora, baseada na leitura de Boff (2005), Grinnover (2002), Telfer (2004), Lashley (2004)

A questão da acessibilidade envolve a quebra das barreiras existentes na comunicação, no relacionamento entre as pessoas, na arquitetura, nos instrumentos utilizados no dia-a-dia, nas leis, além da assimilação dos conceitos de diversidade humana, qualidade de vida e empoderamento. Sem acessibilidade não se pode falar em inclusão social nem em hospitalidade. Acima de tudo, a hospitalidade supõe a quebra de barreiras e a superação de preconceitos, permitindo uma interação na diversidade.

A tomada de consciência sobre as características das necessidades específicas dos diversos grupos de uma sociedade é a resposta para superar as barreiras encontradas. Segundo Aguirre et al (2003), a acessibilidade é um problema de solidariedade, e esse é o único caminho para resolver os problemas de um futuro cada vez mais complexo.

A sociedade inclusiva parte do conceito de que qualquer relacionamento entre pessoas, por mais diferentes que sejam, inclui ganhos – ganhos para todos os lados. Na hospitalidade, tudo é transparente e encantador, próprio da natureza do ideal (BOFF, 2005). Contudo, a idéia de uma hospitalidade incondicional não é realidade, frente à nossa dinâmica industrial. O que existe é a hospitalidade condicional, organizada pela estrutura social, principalmente com as pessoas com deficiência, pois não basta agir com hospitalidade. É preciso considerar também o espírito pelo qual ela é exercida.

Baptista (2002, p.158) conceitua a hospitalidade como “um acontecimento ético por excelência, devendo dizer respeito a todas as práticas de acolhimento e de civilidade que permitem tornar a cidade um lugar mais humano”.

Considera-se para esse trabalho, portanto, a necessidade da hospitalidade em um ambiente marcado pela alteridade e pela diferença, em que fronteiras necessitam ser ultrapassadas, tornando o espaço comum um local de encontro e interação social. Conciliar a hospitalidade, o turismo e a inclusão social pode ser um dos únicos meios pelos quais novas relações são estabelecidas e mudanças são exigidas, tornando a aceitação da diversidade humana um dos pré-requisitos da sociedade. Para Bóia (2000, p.2), apenas quando considerarmos às necessidades de todos os turistas no conjunto de práticas e atitudes do setor é que poderemos falar em um turismo inclusivo.

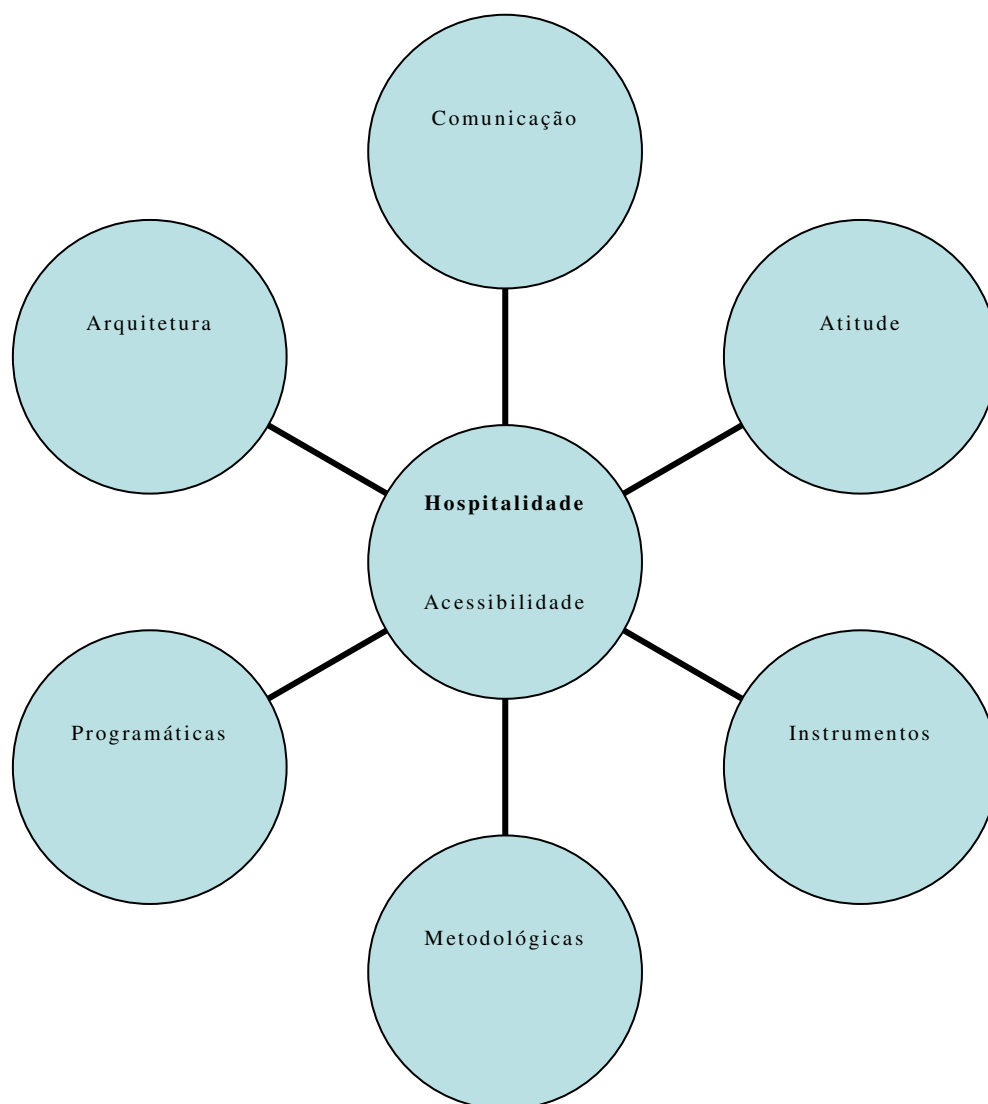


Figura 01: Diagrama da Hospitalidade e Inclusão das Pessoas com Deficiência
Fonte: autora, com base nos livros de SassaKi (2003), Werneck (2003) e Correr (2003)

Compreender e aceitar os desejos e motivações das pessoas com deficiência é o primeiro passo para a construção de uma sociedade inclusiva. O que se almeja é um produto para todos, um produto que permita a qualquer pessoa, em qualquer momento, desfrutar da experiência de viajar sem enfrentar empecilhos físicos e atitudinais. A hospitalidade, no contexto do turismo, visa auxiliar na estruturação de novas relações sociais e no acolhimento face ao diferente.

2 ACESSIBILIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Com o aumento da expectativa de vida, da violência, da taxa de doenças crônicas (como diabetes, obesidade, problemas renais, pulmonares crônicos e cardíacos, acidente vascular cerebral), cada vez mais nossa sociedade constitui-se por pessoas que apresentam alguma limitação. Como qualquer outro ser humano, essa parcela deseja e merece uma qualidade de vida digna. Contudo, para que isso se torne realidade, faz-se necessária a quebra das diversas barreiras no ambiente social.

Especificamente para as pessoas com deficiência, a carga de cobrança para se adequar ao ambiente ocorre em grandes proporções, fazendo com que encontrem problemas em seu convívio social e tenham menos oportunidades em seu dia-a-dia, tendo que superar barreiras constantes ou sucumbir-se a elas nas diferentes esferas sociais (BLASCOVI-ASSIS, 1997).

São diversas as barreiras enfrentadas, desde uma questão arquitetônica, como a falta de rampas, até uma questão de atitude, marcada por preconceitos. A Lei Federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, em seu artigo 2º, inciso 2, conceitua barreiras como “qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas” (BRASIL, 2006c).

Para diversos estudiosos, como Sasaki (2003; 2005), Werneck (1997), Correr (2003), Aguirre et al (2003) e Fávero (2004), as barreiras podem ser agrupadas de seis maneiras. O primeiro grupo refere-se às arquitetônicas, que dificultam ou impossibilitam o trânsito em vias públicas e em espaços de uso público e privado, como aeroportos, prédios, ruas, hotéis, museus e transportes. O segundo grupo concentra as atitudes preconceituosas, como as referentes ao consenso social da incapacidade de trabalho de uma pessoa apenas pelo fato de a mesma apresentar uma deficiência. O terceiro grupo trata da comunicação, ou seja, qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a comunicação, como a falta de sinalização específica para as pessoas cegas. O quarto grupo engloba os decretos, leis e normas, conhecidos como programáticas, que, apesar de invisíveis, dificultam a utilização de diversos serviços. O quinto grupo identifica as dificuldades instrumentais,

existentes em ferramentas, equipamentos, enfim, em utensílios e instrumentos de trabalho. O sexto grupo integra as barreiras nos métodos e técnicas de trabalho, como treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, limitando a integração da pessoa com deficiência ao ambiente de trabalho devido à ausência de um treinamento dos outros colaboradores para entender a deficiência. O quadro 04 aponta as barreiras e fornece alguns exemplos para facilitar a compreensão dos termos.

Barreiras	Exemplos
Arquitetônicas	Ausência de rampas, rampas com inclinações incorretas, buracos em calçadas, banheiros inadequados.
Atitudinais	Medo e estranheza, receio ao se dirigir a uma pessoa com deficiência, questionar o acompanhante do cadeirante sobre preferências de comida, bebida e não ao próprio deficiente.
Comunicacionais	Ausência de comunicação em Braille ou de uma pessoa que compreenda a Libras – língua de sinais.
Programáticas	Leis que dificultam a participação das pessoas com deficiência, como a Lei nº 10.690, que limita a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados apenas para carros a álcool e com motor inferior a 2.0 (o poder de decisão do consumidor com deficiência sobre a compra do carro de sua preferência é limitado, pois carros a gasolina, com direção hidráulica não recebem essa isenção).
Instrumentais	Teclados de computador, grampeadores, caneta.
Metodológicas	Treinamento voltado apenas para as pessoas com deficiência, sem envolver os demais funcionários e colaboradores da instituição.

Quadro 04: Barreiras para a Inclusão Social das Pessoas com Deficiência

Fonte: elaborado pela autora, com base nas leituras de Sasaki (2003; 2005), Werneck (1997), Correr (2003), Aguirre et al (2003) e Fávero (2004).

O crescimento das discussões acerca da necessidade de participação desse segmento no mercado de trabalho, turismo, educação, facilitou a identificação e a análise de barreiras. Com o intuito de permitir um acesso a todos, e não apenas a um grupo específico, as discussões ampliaram-se também para o conceito de acessibilidade.

O conceito de acessibilidade começou a ganhar destaque com o advento do paradigma da inclusão e do reconhecimento de que a diversidade humana deve ser acolhida e valorizada em todos os setores sociais comuns (SASSAKI, 2005).

O conceito mais disseminado em busca da acessibilidade, especialmente a arquitetônica, refere-se ao desenho universal que, impulsionado pelo Ano Internacional das Pessoas Deficientes (1981), passou a englobar não apenas a eliminação das barreiras existentes, como também a não inserção das barreiras já nos projetos arquitetônicos.

No “desenho adaptável”, a preocupação está em adaptar os ambientes obstrutivos, portanto, já existentes. No “desenho acessível”, a preocupação está em exigir que os arquitetos e engenheiros não incorporem elementos obstrutivos nos projetos de construção de ambientes e utensílios (SASSAKI, 2003, p.40). Suprimir ou eliminar obstáculos não significa apenas destruí-los ou impor sanções, mas trabalhar as percepções e os valores das pessoas, basicamente levando-as a conhecer o diferente, sua origem e transcendência (AGUIRRE et al, 2003). Essa integração é um dos principais objetivos quando se comenta sobre o desenho universal, amplamente discutido desde a década de 90.

Os seis tipos de barreiras existentes (arquitetônicas, atitudinais, comunicacionais, instrumentais, programáticas e metodológicas) necessitam de soluções para garantir a acessibilidade, pois, qualquer pessoa, com ou sem deficiência, tem o direito de circular, de ir e vir. Considerando que toda “barreira é uma construção humana, consciente ou inconsciente, que isola todo o indivíduo que não tenha as capacidades médias consideradas por uma comunidade” (AGUIRRE et al, 2003, p.42), o que se defende hoje é a adoção de medidas de acessibilidade para a eliminação dos seis tipos de barreiras. Acredita-se que estas são construídas pela desinformação e pela “subinformação” acerca de temas relativos a pessoas com deficiências.

A desinformação ocorre quando nada se sabe sobre o assunto e, por isso, é facilmente admitida. A “subinformação”, entretanto, nunca é assumida, pois é considerada como verdade, sempre com base em idéias gerais. Para Werneck (1997, p.224), a “subinformação” é “uma informação errada, pela metade, manipulada pela mídia, distorcida de boca em boca, paternalista”.

Associada à disseminação das informações, deve-se também identificar o que as pessoas deficientes almejam para o seu estilo de vida. Não se pode e não se deve efetuar ações que se consideram necessárias sem consultar os maiores interessados. De acordo com Correr (2003), a identificação das necessidades e desejos como também a disponibilidade de suportes permitem a quebra das barreiras existentes, configurando-se pré-requisitos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência. Para Vreeke et al (1997), a pessoa com deficiência necessitaria adquirir as habilidades necessárias para compreender aquilo que deseja e necessita, para que tenha uma melhor qualidade de vida. Para tanto, o processo envolveria não só aprender a reconhecer seus desejos e necessidades, mas também encontrar caminhos para sustentar e manter uma vida social repleta de possibilidades e limites.

Pelo menos na lei, as pessoas com deficiência no Brasil já garantiram a possibilidade de alcançar essa qualidade de vida quando constituíram o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – Conade. Uma das competências desse órgão é a de “propor a elaboração de estudos e pesquisas que objetivam a melhoria da qualidade de vida” das pessoas com deficiência (art. 11, inciso VI, Decreto n. 3298, de 20 de dezembro de 1999) (SASSAKI, 2003, p.27).

Acredita-se que a qualidade de vida resulta da capacidade de interação das pessoas, permitindo uma troca de experiências e um convívio harmonioso, e do fato de ter expectativas positivas em relação ao futuro. É exatamente em busca dessa interatividade que estão as pessoas com deficiência, devendo as barreiras existentes na sociedade ser destruídas, a longo prazo, e amenizadas, a curto prazo. Para tanto, é necessário fortalecer os grupos representativos desse segmento, valorizando a diversidade humana e enfatizando a importância da convivência e da contribuição de todos para a construção de uma vida mais saudável e satisfatória.

2.1 Conceituação e Caracterização da Deficiência Física

Em sociedade, qualquer pessoa deve ter os seus direitos reconhecidos; as oportunidades precisam ser iguais para todos os segmentos. Com a disponibilidade de diversas informações e o empenho de várias organizações, disseminou-se o conceito de que cada vida possui um valor único. Entretanto, ao nos referirmos à deficiência, o preconceito e o medo ainda persistem, impedindo a inclusão social desta importante parcela da população.

Em nosso mundo capitalista, marcado pelo comércio global, a produtividade define o respeito que a pessoa receberá da sociedade. Essa situação de “produtividade a qualquer custo” acaba gerando um estigma de incapacidade a desempregados, analfabetos, idosos, pessoas com deficiência ou qualquer grupo que não se enquadre no perfil considerado “normal”.

A crença de que pessoas deficientes são incapazes de trabalhar e direcionar suas vidas conforme sua vontade impede que ocorra o processo de inclusão social. Segundo Correr (2003), a sociedade preconiza que todos devem ser independentes e produtivos e que ideais de felicidade não combinam com incapacidade.

São diversas as explicações sobre o porquê do preconceito em relação às pessoas deficientes. Segundo Vash (1988), há três justificativas principais. A primeira seria aquela que considera o preconceito biologicamente determinado, defendendo que o ser humano instintivamente rejeita os organismos danificados. Na segunda, a desvalorização ocorreria no plano psicossocial, ou seja, instala-se na dinâmica das relações sociais um processo de aprendizagem no qual as diferenças marcantes são menos toleradas. A terceira justificativa seria a político-econômica, na qual a deficiência é vista como um ônus para o sistema social, já que, além de não ser produtivo no aspecto econômico, o indivíduo prejudica a dinâmica de funcionamento das famílias, da comunidade ou da sociedade mais ampla.

Diante da crescente exclusão social, com conseqüente aumento do ônus social, pequenos grupos iniciaram discussões sobre a integração desses segmentos à sociedade, visando uma melhora da qualidade de vida. Com o crescimento das reivindicações das pessoas com deficiência, o conceito de

integração (inserção parcial na sociedade, visando adaptação desse segmento ao coletivo) abriu espaço para o conceito de inclusão (inserção total, mediante adaptação de toda a comunidade), tornando toda a sociedade, em teoria, responsável pelos grupos estigmatizados. Ambos os conceitos consideram a diversidade humana a característica principal de nossa sociedade, sendo que algumas diferenças são facilmente identificáveis, enquanto outras, nem tanto.

Cada vez mais a diversidade torna-se presente em um mundo marcado pela globalização, onde, a cada dia, se acentuam a mistura entre povos, etnias, raças. A diversidade humana está presente em todos os contextos sociais. Porém, as diferenças que deveriam ser utilizadas para garantir a igualdade de direitos e deveres são muito pouco refletidas e discutidas. (SILVA; BÓIA, 2006, p.4). Essa pretensão à normalidade provoca o aumento do isolamento e da exclusão social, pois a sociedade não quer arcar com as despesas e os problemas oriundos dos grupos estigmatizados. Considerando que as variações individuais existem em todos os contextos, e que cada indivíduo possui uma característica própria e um ritmo de desenvolvimento, pergunta-se, assim, por que pessoas com deficiência são freqüentemente isoladas de uma convivência diária com a sociedade?

Apesar de todo o progresso conquistado nas discussões sobre inclusão social, ao se analisar detalhadamente, percebe-se que, cada vez mais, a questão da produtividade define quem será excluído da sociedade. O próprio respeito social advém da colocação profissional que o indivíduo conquista, ocorrendo uma discriminação em relação àqueles que ocupam cargos considerados inferiores ou, ainda, aos que estão desempregados (BLASCOVI-ASSIS, 1997). A sociedade em geral determina as normas com as quais se analisa cada indivíduo e os requisitos estipulados para se enquadrar e pertencer ao ambiente social. Para Aguirre et al (2003), é muito freqüente descrever a pessoa com alguma deficiência como um ser diferente de outros que se desenvolvem no mesmo contexto social, cultural, histórico e geográfico.

Toda essa situação é gerada pelo paradigma da produtividade e da perfeição, segundo o qual todos devem se enquadrar no perfil desejado e

esperado pela maioria. O que se esquece é que a diferença é uma realidade, mesmo que perante as leis todos devam ser tratados com igualdade e respeito.

Diante do exposto, a luta por uma vida mais digna por parte das pessoas deficientes torna-se mais árdua, mas não impossível de ser vencida. Com o envolvimento de alguns setores da sociedade e instituições, esse segmento começou a ser ouvido, demonstrando que tem a capacidade e o direito de controlar e direcionar suas vidas, não dependendo estritamente de familiares e amigos.

2.1.1 Conceitos: acessibilidade e deficiência física

Compreender que não existe um ser humano perfeito é necessário para garantirmos a inclusão das pessoas com deficiência. Para prepararmos para um mundo onde o convívio pacífico entre as pessoas é o ideal a ser conquistado, é preciso trabalhar para a quebra das diversas barreiras presentes na sociedade, garantindo acessibilidade para todos.

Segundo a Lei Federal nº 10.098, em seu artigo 2º, inciso 1, acessibilidade é “possibilidade e condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida” (BRASIL, 2006c). Portanto, fica claro que acessibilidade não se restringe apenas à questão arquitetônica, mas engloba também as questões comunicacional, metodológica, programática e instrumental.

Na tentativa de identificar os locais dotados de condições que asseguram o acesso, circulação e permanência das pessoas com deficiência, criou-se o Selo de Acessibilidade, instituído pelo Decreto Municipal nº 45.552. Afixado na parte externa da edificação, o selo informa que todas as pessoas são bem-vindas, independentemente de qualquer limitação que apresente (BRASIL, 2007a), permitindo que todos vivam de maneira autônoma.

A possibilidade de independência das pessoas com deficiência é uma forma de garantir que o processo de empoderamento seja seguido. Para

Sasaki (2003, p.19), por empoderamento entende-se o “processo pelo qual uma pessoa ou um grupo de pessoas usa o seu poder para fazer escolhas, tomar decisões e assumir o controle de sua vida pessoal”. O movimento do viver, a despeito ou não da autonomia pessoal, propõe uma desinstitucionalização a partir das bases, por meio da qual os próprios interessados podem estabelecer os limites e as chances de integração (AGUIRRE et al, 2003). São as próprias pessoas com deficiência que precisam dizer o que querem ou não fazer, o que podem ou não realizar, o que precisa ou não ser modificado.

Segundo Sasaki (2003), para o pleno exercício do empoderamento, é essencial o envolvimento das organizações relacionadas ao tema sempre que instituições sociais, empresas lucrativas e órgãos governamentais organizem e instituem programas específicos para pessoas com deficiência ou programas destinados à população geral que possam ou devam beneficiar este segmento.

Contudo, a principal dificuldade enfrentada é demonstrar às pessoas deficientes que elas devem se tornar ativas nesse processo de mudança, exercendo uma pressão mais efetiva na sociedade. São diversas as associações que representam as pessoas com deficiência, porém, cada uma defende ações específicas para garantir a participação de uma pessoa com aquela deficiência, perdendo a coesão e o poder que todos os grupos teriam caso se unissem nessa empreitada.

Pode-se dizer que o estigma de incapacidade e necessidade de isolamento permanece em nossa sociedade, estabelecendo valores culturais que definem a adequação ou inadequação de qualquer pessoa para o convívio social. Ribas (2003) acredita que a pessoa traz em si o estigma social da deficiência, sendo esse o principal empecilho para a participação social do segmento, enquanto Ross (1998) complementa que essa situação cria um ser apático, conformado, resignado com sua suposta condição de inferior.

Criou-se, portanto, um estereótipo de que pessoas deficientes são incapazes de trabalhar, namorar, viajar, estudar e, por isso, necessitam de ajuda a todo o momento. Porém, a deficiência indica apenas uma limitação, uma ausência de atributos encontrados nas demais pessoas – e não ineficiência, como se acredita.

Deficiência é uma limitação significativa física, sensorial ou mental e não se confunde com incapacidade. A incapacidade para alguma coisa (andar, subir escadas, ver, ouvir, etc.) é uma consequência da deficiência, que deve ser vista de forma localizada, pois não implica incapacidade para outras atividades. (FÁVERO, 2004, p.24-25).

Concretizar a participação social exige a quebra do modelo social da deficiência, “paradigma segundo o qual estão na sociedade os obstáculos que impedem a participação ativa das pessoas com deficiência nos vários sistemas sociais gerais” (SASSAKI, 2003, p.20). Esses obstáculos são construídos e mantidos pelo homem, e estão presentes nos meios físico e social e nas leis, barrando qualquer iniciativa de convívio e ampliando o isolamento social desse segmento.

Qualquer noção ou definição de deficiência implica uma imagem que a sociedade faz das pessoas deficientes. Todas as imagens estão permeadas por uma concepção de deficiência, que também implica o que se imagina ser a vida do deficiente (RIBAS, 2003). Portanto, toda pessoa que não corresponda às normas e às regras estabelecidas pela sociedade torna-se um indivíduo estigmatizado. Adquirimos socialmente essas imagens distorcidas acerca das pessoas com deficiência, influenciando, diretamente, no modo como iremos tratar o assunto ou trabalhar para a quebra das barreiras que impedem a inclusão social.

Para diversos autores que trabalham com o tema da deficiência, como Ribas (2003), Amaral (1995), Werneck (1997) e Silva e Bóia (2006), além das barreiras físicas, a falta de informação aliada à “subinformação” (conceitos errôneos disseminados pela sociedade) são os principais entraves para a inclusão social das pessoas com deficiência, pois, a ignorância sobre o assunto acarreta preconceito – e, a partir deste, se formam os estereótipos que se tornam presentes na cultura e originam estigmas.

Percebem-se, assim, poucas ações efetivas que auxiliam na quebra de paradigma, ocorrendo apenas um cumprimento forçado das leis, sem a mudança de comportamento necessária para a efetivação do processo de inclusão social. Para uma mudança cultural em relação ao tratamento destinado às pessoas deficientes, que resulte em uma acessibilidade plena, é

preciso mais do que simplesmente garantir a ocupação do espaço físico. É preciso envolver toda a sociedade nessa complicada conquista.

Objetivando-se facilitar a inclusão social das pessoas com deficiência e permitir uma visão global de inclusão na sociedade, diversas convenções buscaram conceituar o tema, que ganhou respaldo também em uma constituição brasileira e em uma constituição internacional.

Para ampliar e desenvolver temas ligados à deficiência, declarações começaram a serem elaboradas, exigindo que o direito das pessoas com deficiência de tomarem as próprias decisões, processo chamado de empoderamento, se tornasse diretriz principal durante os processos de elaboração, aprovação e avaliação das políticas pertinentes ao assunto. As leituras realizadas representam a evolução dos princípios de inclusão social das pessoas com deficiência. Baseando-se nos textos de Sasaki (2003; 2005), Werneck (2004), Fávero (2005) e Silva e Bóia (2006), apresenta-se a seguir o desenvolvimento dos conceitos e tratamentos destinados a esse segmento, para uma melhor compreensão dos termos.

O termo “inválido” foi uma das primeiras maneiras de se referir às pessoas com deficiência, considerando-as como indivíduos sem valor e socialmente inúteis. Das primeiras décadas do século XX até 1960, pessoas com limitação para exercer algo ou com capacidade residual passaram a ser designadas de “incapacitadas” ou “incapazes” (SASSAKI, 2003b).

A partir de 1960, as pessoas com deficiência começaram a ser classificadas por três termos. Um dos termos destacava o preconceito existente ao referir-se a este segmento por “defeituosos”, o que significa indivíduos com deformidade, principalmente física; o segundo representava indivíduos com deficiência física, intelectual, auditiva, visual, múltipla, que executavam as funções básicas da vida (andar, correr, escrever) de uma forma diferente daquela como as pessoas sem deficiência faziam, chamando-os de “os deficientes”. E isso começou a ser aceito; o terceiro termo - “os excepcionais” - significava indivíduos com deficiência intelectual (SASSAKI, 2003b).

Em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, utilizando o termo “pessoa deficiente” para qualquer indivíduo incapaz de assegurar por si

mesmo as necessidades de uma vida individual ou social normal, decorrente de uma deficiência. Contudo, a incapacidade descrita não deve ser ampliada e relacionada à capacidade para exercer atividades diversas, como trabalhar, viajar, namorar.

A partir dessa data, outras definições foram apresentadas na tentativa de melhor esclarecer e uniformizar o uso de determinados termos. Em 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou à comunidade internacional uma classificação com os termos relacionados à deficiência, intitulada de Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades, mostrando que essas três dimensões existem simultaneamente em cada pessoa com deficiência.

Apesar da tentativa, ONU e OMS não conseguiram diminuir a ambigüidade e o preconceito expresso na linguagem das definições que se seguiram à primeira declaração de 1975 (SILVA; BÓIA, 2006).

Em 1981, a ONU oficializou o embrião do conceito de sociedade inclusiva, decretando aquele ano como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Entre 1983 e 1992, foram consolidados os princípios éticos, filosóficos e políticos que acompanharam o processo de construção da cidadania de indivíduos deficientes, incluindo mudanças na legislação. Este período, por isso, foi caracterizado como a Década das Nações Unidas para Pessoas Portadoras de Deficiência. Aliás, ocorreu nessa década o lançamento do Programa Mundial de Ação relativo às Pessoas com Deficiência, adotado pela Assembléia Geral da ONU em 03 de dezembro de 1982. Trata-se do primeiro documento a oficializar o conceito de equiparação de oportunidades para todos, definindo incapacidade como uma resultante da relação entre as pessoas (com e sem deficiência) e o meio ambiente (WERNECK, 2003, p.43). Toda a sociedade tornou-se responsável pela melhora do relacionamento entre pessoas deficientes e não-deficientes, com vista à maior integração e adaptação.

De 1981 a 1987, o termo passou a ser “pessoas deficientes”, utilizando a palavra deficiente como adjetivo, atribuindo valor ao termo pessoas, numa tentativa de igualar em direito e dignidade aqueles que tinham deficiência.

Entretanto, alguns líderes de organizações de pessoas com deficiência contestaram o termo “pessoa deficiente”, alegando que ele sinalizava que a

pessoa inteira é deficiente, o que era inaceitável para eles. Por isso, entre 1988 e 1993, o termo “pessoas portadoras de deficiência” passou a ser utilizado. Contudo, na prática, este termo reduziu-se a “portadores de deficiência”, tornando-se um valor agregado à pessoa, já que a deficiência passou a ser um detalhe da pessoa. O termo foi adotado nas Constituições Federal e Estadual e em todas as leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluir o termo em seus nomes oficiais (SASSAKI, 2003b).

Em 1989, surgiu a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que, para caracterizar a deficiência, transitória ou permanente, exige a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Fávero (2004, p.25-6) destaca que a CIDID considera “incapacidade” como uma restrição resultante da deficiência, sempre aliada a algo específico, ou seja, incapacidade para andar, no caso do segmento aqui estudado. A CIDID definiu, ainda, “desvantagem” como sendo uma situação em que fica a pessoa que tem deficiência por ausência de condições favoráveis do meio.

No Brasil, a partir de 1989, começam a consolidar as primeiras normas de proteção às pessoas com deficiência, como o Decreto Federal 3.298, que dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e visa “assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 2006b). A Lei Federal 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, pela Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, destacando algumas competências, como coordenar as ações governamentais e medidas que se refiram as pessoas com deficiência; elaborar os planos, programas e projetos subsumidos na Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2006b).

O principal enfoque das duas leis apresentadas anteriormente refere-se à garantia das pessoas com deficiência em ter os seus direitos assegurados. Apesar das leis e decretos, as pessoas com deficiência sofrem com o preconceito, presente em qualquer ato de discriminação.

De acordo com o Decreto Federal 3.298, de 20 de dezembro de 1999, deficiência “é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função

psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. O mesmo decreto complementa que deficiência permanente é “aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos (art. 3º, incisos I e II)” (BRASIL, 2006b).

Para promover a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, a Lei Federal nº 10.098 foi sancionada em 19 de dezembro de 2000, considerando-se pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, em seu artigo 2º, inciso 3, como a que temporária ou permanentemente tem limitada a sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo (BRASIL, 2006c).

No ano de 1997, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) regulamentou algumas normas de acessibilidade para as pessoas com deficiência no transporte. A NBR 14020:1997, a NBR 14021:1997 e a NBR 14022:1997 garantem a acessibilidade em trens de longo percurso, trens metropolitanos e ônibus urbano e intermunicipal, respectivamente (GOULART, 2007, p.24). Ainda segundo a mesma autora, em 1999, a NBR 14273:1999 passa a normatizar a acessibilidade ao transporte aéreo comercial.

O Decreto Federal 3.956, de 08 de outubro de 2001, promulga a Convenção Interamericana Para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, julgando essencial a discussão sobre o tema por considerar “que a deficiência pode dar origem a situações de discriminação”. Determina, ainda, a necessidade de propiciar o desenvolvimento de ações e medidas que permitam melhorar substancialmente a situação das pessoas portadoras de deficiência, ressaltando que todas as minorias, como as pessoas com deficiência, “têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas, e que estes direitos, inclusive o direito de não ser submetidas à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano” (BRASIL, 2006a).

A década de 90 foi marcada por eventos mundiais, liderados por organizações de pessoas com deficiência, movimento que segue em alta

também neste início de século. O termo “pessoas com deficiência” passa a ser o preferido por um número cada vez maior de adeptos.

A Declaração de Madri, de 23 de março de 2002, tratou da inclusão de pessoas com deficiência na sociedade, enfatizando como fator-chave para a inclusão os direitos humanos deste segmento, a saber a igualdade de oportunidades, o emprego e o fim das barreiras sociais que conduzem à discriminação e à exclusão.

Como cada sociedade possui valores que se alteram com a evolução dos relacionamentos e com o maior acesso à informação, é vital enfatizar que nunca teremos um único termo válido para as pessoas com deficiência. Entretanto, ressalta-se que o uso de siglas, como a PPD, para designar pessoas com deficiência deveria ser abolido, utilizando esse tipo de nomenclatura para, conforme afirma Fávero (2004), coisas, situações, partidos, movimentos, mas não para pessoas.

Contudo, diante das classificações apresentadas, conclui-se que o melhor termo de referência seja “pessoas com deficiência”, pois agrega valores como o do empoderamento (uso do poder pessoal para fazer escolhas, tomar decisões e assumir o controle da situação de cada um) e o da responsabilidade de contribuir com seus talentos para mudar a sociedade rumo à inclusão de todas as pessoas, com ou sem deficiência.

Apesar do avanço no tratamento destinado às pessoas deficientes, nesse momento é preciso questionar qual a validade dessas declarações teóricas enquanto atitudes inclusivas, pois continuam distantes da realidade. Acredita-se que a resposta só será possível quando a sociedade estiver pronta para acolher e se responsabilizar pelos grupos excluídos da sociedade, abandonando o padrão capitalista e individualista que direciona o desenvolvimento mundial.

Apenas a distribuição de manuais disseminando as leis, normas e decretos sobre os direitos das pessoas com deficiência não garante a efetivação do processo de inclusão social. Não só a sociedade é mal preparada para incluir as pessoas deficientes, como elas próprias não sabem lidar com a diversidade existente, considerando-se inferiores diante do restante da sociedade.

Com todas as legislações e normas para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência, esperava-se que a sociedade caminhasse para um meio inclusivo. Entretanto, essa relação entre comunidade e deficiência encontra-se ainda longe do ideal. Ou seja, apesar das leis, a exclusão persiste, principalmente com a manutenção e construção das chamadas barreiras, sejam elas arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais, metodológicas, programáticas ou instrumentais.

Antes de tudo é preciso que pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência compreendam que a diversidade é a principal característica da humanidade e, portanto, todas as pessoas têm direito de participar da sociedade.

2.1.2 Classificação

Amaral (1998, p.14) afirma que existe em nosso contexto social um tipo ideal de ser, que corresponde a uma “pessoa jovem, do gênero masculino, branco, cristão, heterossexual, física e mentalmente perfeito, belo e produtivo”. A autora acredita que todos, consciente ou inconscientemente, persigam esse ser ideal, e que o afastamento dessa situação caracteriza o desvio, a anormalidade. Não bastasse, ainda utilizamos os conceitos empregados na construção desse ser para categorizar/validar o outro.

As denominadas minorias (mulheres, homossexuais, pessoas com deficiência visual, cadeirantes, idosos, entre outros) assim são consideradas porque trazem inscrito nos corpos algum atributo identificado como diferente (KAUCHAKJE, 2003, p.64).

Os vários universos e as várias coletividades dentro da mesma sociedade têm alcançado o espaço público, formalizado as suas demandas específicas, alterado as mentalidades por meio de discursos ilustrativos, impondo um patamar novo para a discussão dos direitos à diferença (CARONE, 1998, p.172).

Aos grupos e segmentos que não se enquadram no perfil ideal estabelecido aplicam-se situações de exclusão. Considerando os diversos

segmentos minoritários da sociedade, restringiu-se a pesquisa a pessoas que apresentam algum tipo de deficiência física.

Segundo Fávero (2004, p.30), as pessoas com deficiência física apresentam uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, tendo como consequência o comprometimento da função física, sendo que algumas dessas limitações podem ser especificadas, conforme demonstrado no quadro 05.

SÍNTESE DAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA DEFICIÊNCIA FÍSICA	
LIMITAÇÃO	CARACTERÍSTICA
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 (podendo ser superior ou inferior)
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros superiores e inferiores
Hemiplegia	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros
Amputação	Perda total de determinado segmento de um membro (superior ou inferior)
Paralisia Cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental

Quadro 05: Síntese das formas de apresentação da deficiência física

Fonte: FÁVERO (2004, p.30-31).

Como forma de limitar mais o universo de pesquisa, optou-se em pesquisar pessoas com paraplegia ou paraparesia que necessitem de uma cadeira de rodas para a locomoção, conhecidos como cadeirantes. Para

Goulart (2007, p.18) cadeirante é “uma pessoa portadora de deficiência física que utiliza cadeira de rodas para se locomover”, enquanto Cantarelli (1998, p.4) complementa a definição ao afirmar que cadeirantes são “as pessoas que apresentam grande perda ou perda total do movimento dos membros inferiores, necessitando, portanto, de equipamentos específicos para a sua locomoção”.

As principais dificuldades enfrentadas pelos cadeirantes são as arquitetônicas como a falta de rampas e guias rebaixadas; a má conservação das calçadas; a ausência de banheiros públicos adaptados; além da baixa frota de ônibus adaptado, restringindo a locomoção a certos pontos da cidade. Todos esses entraves podem ser caracterizados como um desrespeito à cidadania desse segmento, que tem “direito à diferença e à igualdade” (KAUCHAKJE, 2003, p.66).

Segundo Oliveira (1993, p.24), a “dignidade da pessoa humana consiste na liberdade, de tal modo que a perda ou a renúncia à liberdade significa perda da especificidade do ser-homem”.

2.1.3 Mapeamento da deficiência física no Brasil

Em 2000, foi realizado um Censo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual foram identificados aproximadamente 24,6 milhões de brasileiros com alguma deficiência, ou seja, 14,5% da população brasileira, representando, segundo Néri (2003), um percentual bastante superior aos levantamentos anteriores, nos quais se observava um contingente de 2% de pessoas com deficiência.

Isso ocorreu porque, de acordo com estudiosos como Werneck (2003) e Fávero (2004), as perguntas utilizadas nesse Censo apresentam um caráter amplo, considerando as pessoas que reportam não somente uma incapacidade, como também alguma dificuldade permanente de enxergar, ouvir e caminhar, fatores não observados nos inquéritos anteriores. Néri (2003) destaca também que foram os indivíduos que se auto-avaliaram, considerando o uso de aparelhos auditivos, óculos, lentes de contato, próteses e bengalas. Foram cinco perguntas utilizadas no Censo de 2000, conforme quadro 06.

4.10 Tem alguma deficiência mental permanente que limite as suas atividades habituais? (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)	() 1- Sim () 2 - Não
4.11 Como avalia a sua capacidade de enxergar? (se utiliza óculos ou lente de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando).	() 1- Incapaz () 2 – Grande dificuldade permanente () 3 – alguma dificuldade permanente () 4 – nenhuma dificuldade
4.12 Como avalia a sua capacidade de ouvir? (se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando).	() 1- Incapaz () 2 – Grande dificuldade permanente () 3 – Alguma dificuldade permanente () 4 – Nenhuma dificuldade
4.13 Como avalia a sua capacidade de caminhar/subir escadas? (se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando os estiver utilizando).	() 1- Incapaz () 2 – Grande dificuldade permanente () 3 – Alguma dificuldade permanente () 4 – Nenhuma dificuldade
4.14 Tem alguma das seguintes deficiências: (assinale somente uma alternativa, priorizando a ordem apresentada)	() 1- Paralisia Permanente total () 2 – Paralisia Permanente de Pernas () 3 – Paralisia Permanente de um dos lados do corpo () 4 – Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar () 5 – Nenhuma das enumeradas

Quadro 06: Perguntas relativas à detecção de presença de deficiências, utilizadas no Censo do IBGE (2000)

Fonte: IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo/questionarios.shtm

A partir das críticas em relação à amplitude do questionário trabalhado pelo IBGE, uma pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) em parceria com a Fundação Banco do Brasil, coordenada por Marcelo Néri, utilizou duas classificações. A primeira refere-se à trabalhada pelo Censo (2000) como “pessoa com deficiência”, enquanto a segunda distingue aqueles com limitações mais severas, como “pessoas perceptoras de incapacidade” (PPI). O motivo dessa diferenciação é conceitual, pois as perguntas do Censo,

como explicado anteriormente, englobaram também em seus resultados os idosos, por considerar as pessoas com alguma ou grande dificuldade para ouvir, caminhar e enxergar – e não somente aquelas que se consideram incapazes.

Nessa pesquisa foram ressaltados itens como escolaridade, emprego, família. Para Néri (2003), a principal característica dessa pesquisa foi a sua multidimensionalidade, adotando-se uma abordagem baseada na aplicação de técnicas empíricas a dados estatísticos. As fontes de dados utilizadas foram o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e da Criança (MEC). As bases estatísticas foram os inquéritos de 1872 e de 1900, os censos de 1920 e de 1940, o Cadastro de Acidentes de Trabalho (CAT) do MPAS, e o Censo Escolar do MEC.

A ênfase foi dada no processamento de microdados em âmbito individual, entre os quais os suplementos de saúde da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD), de 1981 e de 1998, do IBGE; a Pesquisa de Condições de Vida (PCV), da Fundação Seade; a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), ambos do TEM; e a Autorização de Internações Hospitalares (AIH), do Ministério da Saúde.

Segundo dados do IBGE, Censo de 2000, a maioria das pessoas com deficiência é representada por mulheres (relacionado ao fato de apresentarem uma expectativa de vida mais longa); quando se analisam os grupos que se consideram incapazes, observa-se um contingente maior de pessoas do sexo masculino (NERI, 2003). Ressalta-se que a análise do IBGE inclui as dificuldades de caminhar, ouvir ou enxergar; enquanto a análise por parte das PPI inclui a capacidade de exercer essas atividades.

Entre os indivíduos sem nenhum grau de instrução, a taxa de deficiência é de 15,97%, ao passo que entre aqueles com mais de 12 anos de estudo chega a 19,77% - isso porque essa população adquiriu a deficiência com o passar dos anos, em geral após a fase de inserção educacional. Como as crianças são um número pouco expressivo na população das pessoas com deficiência, a proporção da População em Idade Ativa (PIA) - pessoas entre

15 e 65 anos - sobre o total do segmento deficiente corresponde a 70,86%, enquanto sobre o total de brasileiros é de 65,03% (NERI, 2003).

Gonçalves (2006) enfatiza que o profissional com deficiência é um cidadão como qualquer outro, devendo se beneficiar de políticas públicas orientadas para as suas necessidades no que diz respeito à acessibilidade, ou seja, transporte adaptado e oportunidades para estudar e trabalhar.

Contudo, pode-se dizer que, apesar dos avanços, as escolas não estão preparadas para receber esse segmento adequadamente, dificultando a preparação para o mercado de trabalho e a aquisição de uma renda mínima.

A renda do trabalho principal para as pessoas incapazes é de R\$ 96,38, e para as pessoas com deficiência é de R\$ 128,48. Analisando o quadro nacional da miséria, constata-se que 32,02% da população têm renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo. A situação é mais grave nos casos da população com incapacidade, pois 41,62% vivem nessa condição (NERI, 2003).

A análise dos diferenciais de salários entre as pessoas com deficiência e as pessoas sem deficiência revela que a média dos salários dos primeiros é de R\$ 1020,26, superior em quase 40% à média do segundo grupo (RAIS 2000 *apud* NERI, 2003).

Segundo Ribas (2003), ao pesquisar a situação das pessoas com deficiência, é necessário compreender que os elementos da organização social não estão soltos, ou seja, pensar que os deficientes são discriminados no mercado de trabalho é uma constatação que deve ser válida na medida em que nos leve a enxergar que este tipo de mercado é por si só discriminador. Pensar que o Estado não tem uma política de reabilitação é outra constatação que deve ter valor na medida em que nos faça ver que o sistema de saúde é insuficiente no Brasil.

Em outra pesquisa colocada à disposição pela Associação para Valorização e Promoção de Excepcionais (AVAPE), elaborou-se um perfil econômico das pessoas com deficiência.

Estimativa 2000	Censo	Rendimento Médio	Economicamente
24,5 milhões de pessoas com deficiência		De R\$506,00 até R\$700,00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possuem cartão de crédito; 2. Tem conta em banco; 3. Usam empréstimo bancário; 4. Compram carro adaptado com isenção; 5. Nível secundário

Quadro 07: Perfil econômico do brasileiro com deficiência

Fonte: Associação para Valorização e Promoção de Excepcionais – AVAPE

O quadro 07 aponta o rendimento médio das pessoas com deficiência, enquanto a pesquisa da FGV aborda o vínculo empregatício, fator influenciador do poder econômico e da potencialidade de consumo do produto turístico. Percebe-se que as pessoas consideradas incapazes são, em sua maioria, inativas, dependendo da ajuda do Estado para sobreviver.

Na composição da renda, tanto da população total quanto da população com deficiência, a maior proporção é de renda proveniente de um trabalho principal, no primeiro caso de 75,38% e, no segundo, de 61,48%. O mesmo não se observa no caso das pessoas com incapacidades, para quem aposentadorias e pensões representam a principal fonte de recursos (46,98%), indicando que este grupo depende muito mais de verbas provenientes do Estado. A renda média das pessoas com deficiência é de R\$ 529,35; enquanto a da população em geral é de R\$ 628,18 (NERI, 2003).

Em média, o número de pessoas na família de uma pessoa com deficiência (3,4) é maior do que nas famílias da população total (2,81) e na população das pessoas incapazes (1,16). A renda familiar per capita para as pessoas com deficiência é de R\$ 208,98, inferior à das pessoas incapazes, R\$ 228,67, enquanto que essa média para a população total sobe para R\$ 297,44 (NERI, 2003).

A família, um trabalho e renda pessoal influenciam, diretamente, a qualidade de vida, apesar de cada pessoa ter um conceito próprio sobre o que significa ter uma vida com qualidade. Para debater mais o assunto relacionado às pessoas com deficiência, desenvolve-se o conceito de qualidade de vida, além das barreiras que podem afetar essa situação.

2.2 Qualidade de Vida para Deficientes Físicos: Barreiras à Acessibilidade

As relações na cidade são produzidas pelo homem, respeitando as regras impostas por uma sociedade. Consciente ou inconscientemente, essas regras limitam a participação social de determinados segmentos da sociedade, pois essas limitações normalizam comportamentos, determinando a formação de um indivíduo, caracterizado por normas ditadas por uma maioria. Os que não se enquadram no padrão estabelecido são marcados por estigmas e segregados do convívio social.

Os ambientes sociais estabelecem categorias de pessoas que têm probabilidade de serem encontradas neles. Se um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social cotidiana possuir um traço que o afasta do convívio, ele possui um estigma (GOFFMAN, 1963), decorrendo a dificuldade de relacionar o indivíduo com a comunidade, ou seja, a “efetivação do indivíduo como ser livre por meio da mediação de sua universalização” (OLIVEIRA, 1993, p.24).

As mudanças de espaço-tempo na atual organização social também fizeram mudar as condições da vida urbana no seu aspecto comunitário, acentuando-se a segregação urbana (VÉRAS, 2000). Advindos da dificuldade de reconhecimento da alteridade, há alguns grupos que se têm mantido dominados. Pessoas com deficiência encontram-se isoladas por uma ideologia dominante, prevalecendo a condição de inferior e a manutenção das barreiras para a participação social.

A aceitação social baseada nas características físicas das pessoas relega diversos grupos ao isolamento. Quando as minorias se isolam a sociedade não mais percebe a necessidade de realizar alterações para que todos possam conviver nos mesmos ambientes.

Enfatiza-se que toda pessoa, deficiente ou não, submetida à engrenagem da estrutura sociocultural, que não se enquadra no mundo ao seu redor, tende a se desligar dele (RIBAS, 2003). “O consenso social é que alguém fora do padrão esperado e historicamente considerado normal acaba se tornando um empecilho, fato que o leva a ser relegado, abandonado” (BIANCHETTI, 1998, p.28). Esse paradigma de incapacidade provoca conceitos estereotipados e a construção e manutenção de barreiras, dificultando sua quebra e transposição.

As barreiras existem, principalmente, pela falta de informação acerca das limitações de diversos grupos e da aceitação genérica, que “concebe o diferente como um igual, esquecendo-se das adaptações que seriam necessárias, no âmbito do trabalho, da escola e em outros espaços, para que ele pudesse desfrutar dessa igualdade” (ROSS, 1998, p.69).

Pessoas com algum tipo de limitação deveriam contar com suportes para que pudessem participar de forma igualitária em todas as atividades disponíveis aos demais cidadãos, respeitando a diversidade como um valor comunitário (CORRER, 2003). Isto porque a palavra deficiência possui um significado social que se opõe ao de eficiente, quando relacionado às pessoas com alterações físicas, sensoriais ou mentais (SILVA; BÓIA, 2006). É preciso, portanto, reconhecer, aceitar e respeitar a diversidade humana.

Garantir a convivência e o atendimento às necessidades de cada cidadão é condição essencial para a construção de um mundo inclusivo. Ampliando o conceito, Werneck (1997) acredita que uma sociedade inclusiva tem compromisso com as minorias e não apenas com as pessoas deficientes. Para concretizar essa situação, contudo, faz-se necessário dar a qualquer pessoa o direito de ser diferente e de ter suas necessidades reconhecidas e atendidas pela sociedade.

O desafio é construir práticas inclusivas eficientes, que reúnam diariamente pessoas com e sem deficiência nos mesmos espaços sociais, permitindo que a sociedade se modifique para aceitar os grupos excluídos junto à população geral.

Considerando as diversas barreiras presentes na sociedade que dificultam a participação das pessoas com deficiência em qualquer atividade da comunidade, pode-se dizer que a qualidade de vida desse segmento está abaixo de suas expectativas, sendo a participação social limitada pela

mobilidade desse grupo, ou seja, pela questão de acessibilidade ou inacessibilidade.

Para facilitar o acesso de pessoas com deficiência a uma vida digna, a quebra das diversas barreiras existentes é imprescindível. É apenas com a garantia de acesso, comunicação e convivência que os excluídos poderão participar ativamente da construção de um ambiente social hospitaleiro. Essas barreiras são classificadas em seis grupos, descritas nos itens a seguir.

2.2.1 Arquitetônicas

Durante décadas as pessoas estigmatizadas foram excluídas do convívio social, confinadas em instituições ou dentro de suas casas. Com o aumento da expectativa de vida, da violência e das doenças crônicas (como obesidade e diabetes), os grupos com alguma limitação física ou sensorial aumentaram, gerando novas discussões acerca da conquista de uma qualidade de vida mais digna. Além de idosos e obesos, também pessoas deficientes passaram a fazer parte desses grupos que precisam lutar pelo direito de acesso ao trabalho, educação, esporte, saúde, lazer, cultura, transporte.

A compreensão de que as pessoas com deficiência podem alcançar a autonomia no gerenciamento de sua vida, com o exercício do empoderamento, ampliou a discussão acerca da adequada inserção na vida comunitária. Para que todos possam conviver nos ambientes que desejarem, é preciso quebrar as barreiras físicas que impedem o acesso e a locomoção desse grupo, contribuindo para a promoção da inclusão das pessoas com deficiência.

Os ambientes físicos devem dispor de acessos, rampas, elevadores, que visem permitir e facilitar o acesso, circulação e permanência de pessoas com deficiência em qualquer ambiente. Criadas pelo próprio homem, as barreiras arquitetônicas são os impedimentos mais comuns, existentes nos clubes, aeroportos, hotéis, restaurantes, ruas, ônibus, isolando os indivíduos que não possuam condições plenas de participar socialmente em qualquer lugar e atividade que desejar.

Para a Comissão Permanente de Acessibilidade (CPA - 2003), barreiras físicas são aquelas que impedem a pessoa com deficiência de acessar, sair ou

permanecer em determinado local. Segundo a Lei Federal nº 10.098, de 10 de dezembro de 2000, há três tipos de barreiras arquitetônicas: as barreiras arquitetônicas urbanísticas correspondem às existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público; as barreiras arquitetônicas na edificação são as presentes no interior dos edifícios públicos e privados; já as barreiras arquitetônicas nos transportes são as que dificultam a locomoção das pessoas com deficiência (BRASIL, 2006c).

Independentemente da capacidade de lotação, cinemas, teatros e casa de espetáculos são obrigados a garantir o acesso das pessoas com deficiência, de acordo com o artigo 1º da Lei 11.424/93 (BRASIL, 2007b). Contudo, garantir o acesso não é suficiente, quando as poltronas disponíveis para esse segmento estão posicionadas atrás de colunas ou próximos da tela, situações muito comuns nos ambientes de entretenimento.

Para os cadeirantes, o direito de ir e vir não é exercido plenamente por causa da situação precária das calçadas, que impedem ou dificultam o trânsito nas mesmas. De acordo com o Decreto Municipal nº 27.505/88, são de responsabilidade do proprietário a manutenção, conservação e preservação dos passeios públicos, para que pedestres transitem com segurança (BRASIL, 2007c). Infelizmente a realidade brasileira não condiz com o que exige a lei. Transitar em alguns trechos torna-se uma tarefa árdua, obrigando pedestres a usar as ruas, correndo o risco de atropelamentos. O resultado é que pessoas em cadeiras de rodas ficam restritas a alguns lugares, onde o trânsito é possível, deixando de frequentar outros lugares que gostariam.

Em relação ao transporte público, tanto o Decreto Municipal nº 45.038 (2006d) quanto a Lei Federal nº 8899/64 (2006e) asseguram a isenção da tarifa, sendo essa atitude considerada uma das formas de inclusão social. Ainda segundo o texto da Lei Municipal nº 11.992/96 (2007d), os ônibus urbanos de São Paulo, desde que respeitem o itinerário original da linha, poderão parar para o desembarque dos passageiros com deficiência fora dos pontos de paradas obrigatórios pré-estabelecidos.

Investir na quebra das barreiras arquitetônicas e garantir o direito de ir e vir com autonomia e independência de todos os segmentos da sociedade permitem o fortalecimento social, político e econômico dos grupos estigmatizados, que, em sua maioria, se encontram apáticos e isolados de

qualquer reivindicação social. O processo de eliminação das barreiras só ocorrerá quando houver uma união entre os poderes público e privado e as pessoas com deficiência. Estas participariam reivindicando e demonstrando as dificuldades que encontram, sem esperar que outros tomem decisões baseadas em pressupostos quase sempre errôneos.

2.2.2 Atitudinais

A falta de informação correta acerca das deficiências e das situações que podem levar a algum tipo de limitação ou incapacidade gera um tabu, com conseqüente nascimento do preconceito e interrupção das discussões que poderiam levar a uma melhora social. São as barreiras atitudinais as mais complexas de ser enfrentadas, pois estão enraizadas em nossa vida, em nossa família e em nossa comunidade. A única maneira eficaz de combatê-las é impedindo que se instale desde a infância, garantindo que os questionamentos das crianças sejam respondidos de maneira clara e eficaz.

As barreiras atitudinais são encontradas na sociedade como um todo e, especialmente, em meio a profissionais com poder de decisão política, e apenas serão transpostas quando não houver mais preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações, como resultado de programas e práticas de sensibilização e de conscientização das pessoas em geral e da convivência na diversidade humana (SASSAKI, 2003). Decisões são tomadas por pessoas que acreditam conhecer o que é melhor para conquistar a inclusão das pessoas com deficiência, sem ao menos consultar associações e pessoas que apresentam alguma limitação, procurando aprender com as dificuldades vivenciadas.

Com uma minoria ditando o que é correto na relação com pessoas com deficiência, sem envolver toda a comunidade e disseminar as informações que se encontram isoladas, a deficiência gera curiosidade e desencadeia o medo, o risco, fabricando, como se refere Werneck (1997, p.57), “cidadãos-pela-metade, que conhecem apenas o lado positivo da vida, deturpando a realidade”.

Por não entendermos a diversidade como uma situação natural da vida, relutamos em seguir regras e conceitos que facilitaríamos a convivência social das pessoas com deficiência, tornando o preconceito uma situação típica do homem e um dos maiores entraves para a inclusão social.

São o preconceito e a discriminação que impedem que pessoas com deficiência visual possam entrar em restaurantes e padarias com seu cão-guia, apesar de, desde 1997, a Lei Municipal 12.492, de São Paulo assegurar ao deficiente visual parcial ou total o direito de ingressar e permanecer com seu cão condutor em todos os ambientes públicos ou particulares, meios de transporte, ou qualquer local onde necessite de seu cão-guia (BRASIL, 2007e).

Portanto, sendo o preconceito e a discriminação as maiores barreiras para a participação e o convívio social das pessoas com deficiência, mudanças se fazem necessárias. As alterações não devem ser realizadas apenas no âmbito legislativo, mas também no âmbito social, pois é a sociedade que precisa ser modificada, garantindo que todos façam parte da inclusão social.

2.2.3 Comunicacionais

A comunicação é uma das principais características da vida em sociedade, em que mensagens são trocadas a todo o momento. Com o desenvolvimento tecnológico e com o processo de globalização, pessoas, antes isoladas por distâncias geográficas, podem se comunicar em tempo real com o auxílio do computador.

A troca de informações é essencial para que os estigmas sejam quebrados e o preconceito, atenuado. Convencionalmente nos esquecemos de que as pessoas com deficiência têm o direito de se comunicar e de compreender as informações disponíveis por rádio, televisão, jornal, Internet. Espera-se que as pessoas com alguma limitação na comunicação se enquadrem no padrão social aceito, sem compreender que as pessoas não-deficientes também precisam aprender a lidar com todas as formas de interação, representando uma comunicação de mão-dupla.

As barreiras comunicacionais caracterizam-se por qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa (BRASIL, 2006c). São empecilhos comuns a falta de intérpretes da língua de sinais e a ausência da escrita Braile em elevadores e sinalizações.

A Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, reconhecendo-a como meio legal de comunicação e expressão, classificando-a como “a forma de comunicação e expressão, com estrutura gramatical própria (art. 1º)” (BRASIL, 2007f). Por força da Lei 12.363/97, restaurantes, bares, lanchonetes, hotéis, motéis e similares devem manter e apresentar cardápios em Braile, facilitando a consulta de pessoas com deficiência visual (BRASIL, 2007g).

Ainda não somos permeáveis a uma efetiva comunicação de mão-dupla com pessoas em relação às quais nos sentimos superiores (WERNECK, 1997). Essa pretensão de superioridade torna a questão da comunicação entre pessoas deficientes e não-deficientes precária. Ambos os segmentos não estão preparados para o convívio.

A comunicação nas cidades representa umas das principais dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência visual, parcial ou total. Considerando que cada cidade apresenta um grau diferente de legibilidade e que diferentes são também os níveis de hospitalidade (GRINOVER, 2002), planejar o acesso e o trânsito nas cidades, considerando também o segmento de pessoas com deficiência, permite que todos possam se movimentar com segurança, conforto e independência – características básicas dos preceitos da inclusão social.

Ao negar o direito de comunicação às pessoas com deficiência limitam-se a interação e o convívio social das mesmas, acarretando um maior isolamento e uma pior qualidade de vida. Evitar essa situação é essencial para que estereótipos sejam modificados, sendo que a comunicação só será efetiva se toda a sociedade compreender que ela também é responsável pela inclusão social.

A autêntica comunicação só se dará quando respeitarmos saberes distintos daqueles que nos são habituais. Comunicação é acordo e acordo não

se impõe nem se manipula (WERNECK, 1997). A dificuldade concentra-se no ouvir pessoas distantes do nosso convívio social e respeitar suas opiniões e posturas. Quando não houver mais barreiras na comunicação interpessoal (face-a-face, língua de sinais, linguagem gestual), na comunicação escrita (jornais, revistas) e na comunicação virtual, a acessibilidade comunicacional estará garantida (SASSAKI, 2003).

No entanto, a acessibilidade comunicacional só se tornará realidade quando a sociedade civil se fortalecer por meio da aliança entre grupos com diferentes atuações sociais, principalmente grupos estigmatizados, tornando-os personagens ativos nessa transformação social.

2.2.4 Instrumentais

Baseado nos preceitos de inclusão social, todas as pessoas têm direitos garantidos referentes ao trabalho, lazer, estudo, comunicação, além do direito de exigir medidas que visem capacitá-las a se tornarem tão autoconfiantes quanto possível. Portanto, instrumentos utilizados no dia-a-dia precisam também ser adaptados para que todos possam viver com dignidade, independentemente de qualquer limitação.

As barreiras instrumentais são encontradas em aparelhos, equipamentos, ferramentas e outros dispositivos que fazem parte dos locais visitados e que tradicionalmente ignoram as limitações físicas, sensoriais e mentais (SASSAKI, 2003), como bebedouros, telefones públicos, restaurantes, instrumentos de trabalho, etc.

Considerando o que pode enfrentar ao entrar numa situação social mista, o indivíduo estigmatizado pode responder antecipadamente por uma capa defensiva. Em vez de se retrair, ele pode tentar aproximar-se com agressividade (GOFMAN, 1963). Essa barreira é construída, pois, ao executarem ações simples, como ler livros ou utilizar o bebedouro, os grupos estigmatizados passam a ser vistos como indivíduos com capacidades notáveis e extraordinárias. Ao mesmo tempo, erros caracterizam a inferioridade já esperada pela sociedade – apesar de irreal.

A acessibilidade instrumental só ocorrerá quando não houver barreiras nos instrumentos e utensílios de estudo, como lápis, régua; de trabalho; de atividades da vida diária, como vestir, comer, andar; de lazer, esporte e recreação, ou seja, dispositivos que atendam às limitações sensoriais, físicas e mentais (SASSAKI, 2003). Para tanto, é preciso que as pessoas responsáveis pelo desenvolvimento desses instrumentos analisem a sociedade como um todo, considerando certas especificidades de determinados grupos.

Cabe às pessoas com necessidades especiais conscientizarem-se de que compõem uma comunidade diversa, um segmento social específico. O avanço dos direitos dessas pessoas está intimamente ligado a essa conscientização (ROSS, 1998). Mas são elas que precisam esclarecer quais são as adaptações necessárias para que possam utilizar todos os instrumentos que desejarem, permitindo viver com independência e autonomia.

Transformações fundamentais na consciência e na sociedade supõem uma mudança de paradigma. Para garantir uma qualidade de vida digna às pessoas com deficiência é preciso que tanto sociedade quanto os excluídos percebam que a mudança depende da ação conjunta e da conscientização de que somos todos interdependentes.

Entretanto, o que vivenciamos são grupos isolados, realizando ações que geram resultados imediatos, mas restritos. Não há uma mudança de atitude de todos os envolvidos no processo de inclusão, acarretando grupos apáticos e sem poder de decisão.

2.2.5 Metodológicas

O reconhecimento do direito do outro de existir em sua singularidade, conforme explana Boff (2005), constitui a base sobre a qual se caminha rumo à quebra das diversas barreiras existentes. Ao reconhecer as diferenças e respeitar o direito de todos a uma vida social (englobando o trabalho, o lazer, a educação), a inclusão social começa a se tornar real.

Entretanto, segundo Sasaki (2003), as barreiras encontradas nas propostas e acordos, nos métodos e técnicas de estudo e trabalho, sem levar

em consideração as necessidades especiais de certas pessoas, as chamadas barreiras metodológicas, dificultam o processo de inclusão social.

Baseando-se na participação ativa da sociedade e na explanação das modificações necessárias, feita pelos maiores interessados, poderão ser garantidos o desenvolvimento integral e a participação social das pessoas com deficiência. Além da conscientização, por parte da sociedade, das diferenças e do reconhecimento da contribuição social que essas pessoas podem oferecer, o processo de inclusão perpassa, obrigatoriamente, pela modificação da visão que os deficientes têm dessa luta, ou seja, faz-se necessário o fim da visão assistencialista para o surgimento de uma visão reivindicatória, em que *eles* esclarecem quais são suas necessidades e quais são as modificações necessárias para a efetivação da participação social.

2.2.6 Programáticas

Existem diversas leis que visam facilitar o acesso das pessoas com deficiência nos setores da sociedade. Contudo, a situação se torna precária quando se discute o cumprimento das mesmas, tornando o discurso teórico e utópico quando comparado com a realidade.

A ausência de uma pressão social por parte das pessoas deficientes é a causa principal da existência das barreiras programáticas, que são definidas, por Sasaki (2003, p.35), como as “existentes nos decretos, leis, normas, que na prática impedem ou dificultam para certas pessoas a utilização dos serviços e bens diversos”.

A falta de coesão dos deficientes gera o cumprimento parcial das leis existentes, ou seja, apenas o que é explanado nas regras é seguido, sem se considerar outras modificações necessárias para permitir a acessibilidade de todos, resultando em banheiros adaptados (conforme exige a Lei 11.441), mas com escadas ou degraus que impedem seu acesso. A distância entre as políticas públicas e a sociedade resulta na existência dessas barreiras invisíveis e não-explícitas, caracterizando o momento atual por uma preocupação com o cumprimento da lei e não pela compreensão do processo de inclusão social.

3 PESQUISA

Situações, pessoas, objetos caracterizam a realidade de cada pessoa. Quando tudo o que existe pode ser conhecido por meio da experiência (conhecimento que nos é transmitido pelos sentidos e pela consciência), obtemos uma realidade empírica, que se revela a nós por fatos – percebidos por experiências externas ou internas (RUDIO, 1986). As informações podem prover de observações, de reflexões pessoais, de pessoas que adquiriram experiências pelo estudo ou pela participação em eventos (CHIZZOTTI, 2000).

Essa realidade só adquire sentido quando devidamente organizada segundo nossos objetivos e nossa visão do mundo, podendo ser descrita, interpretada e generalizada pela ciência (CASTRO, 1977). Segundo Dencker (2004b, p.115), a ciência pode ser descrita como um “estudo sistemático, realizado com base em procedimentos metodológicos, sobre relações de causa e efeito em fenômenos de qualquer natureza, buscando estabelecer conclusões lógicas e demonstráveis por meio de pesquisas e testes”.

A pesquisa é uma tentativa de solução de uma curiosidade, uma indagação ou uma dificuldade que permeia nossa realidade, devendo seguir determinadas regras para que possa ser considerada científica, com o objetivo de garantir sua validade interna e externa e sua fidedignidade. Um tema de interesse é o passo inicial para que se possa iniciar e planejar uma pesquisa científica, podendo, eventualmente, caracterizar uma dissertação ou uma tese.

Após experiências pessoais, a pesquisadora começou a se interessar pelas pessoas com deficiência e a relação das mesmas com o turismo, área de formação acadêmica. Compreender a inserção dos cadeirantes do turismo configurou-se o tema da análise, ainda com um caráter amplo, tornando-se essencial para o prosseguimento da mesma a elaboração de um problema.

Formular o problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características (RUDIO, 1986). Sem a formulação de um problema claro e objetivo, o pesquisador dificilmente conseguirá estabelecer um planejamento

que caminhe para a solução da indagação proposta, resultando em pesquisas confusas ou sem nenhuma utilidade prática.

Após leituras sobre o assunto, a pesquisa restringiu-se a pessoas que apresentam limitações em seus membros inferiores, necessitando de aparelhos para a sua locomoção, conhecidas como cadeirantes. Consideraram-se dois problemas como direcionadores da pesquisa: Há uma inserção dos cadeirantes no turismo como consumidores? Como o turismo pode auxiliar no processo de inclusão social?

Após a identificação das perguntas norteadoras torna-se necessário estabelecer os objetivos da pesquisa, ou seja, o que se pretende alcançar após o término do estudo, e explicitar a importância dos resultados alcançados. O objetivo geral estabelecido foi o de avaliar as condições apresentadas pela atividade turística como fator gerador do processo de inclusão social. Após a formulação do problema, a construção das hipóteses e o estabelecimento dos objetivos, o pesquisador busca compreender os fenômenos envolvidos na realidade observada, com base em estudos anteriores e nos dados coletados, podendo, após a análise, elaborar respostas à indagação estabelecida no começo da pesquisa.

Pressupondo-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2000), na tentativa de compreender o turismo com base na interpretação dos cadeirantes, ou seja, segundo suas perspectivas, a pesquisa de caráter qualitativo é a mais indicada para se compreender essa relação entre os cadeirantes e a sociedade, seja no cotidiano ou na prática de uma atividade turística.

As características essenciais de uma pesquisa qualitativa são o ambiente natural como fonte de dados e o significado que as pessoas dão ao assunto de interesse da pesquisa, tornando imprescindível uma amostra de qualidade para a pesquisa.

3.1 Escolha do Método

Segundo Chizzotti (2000), o problema de pesquisa decorre, antes de tudo, de um processo indutivo que se vai definindo e se delimitando na exploração dos contextos em que se realiza a pesquisa, tornando esta uma criação que mobiliza a acuidade inventiva do pesquisador, sua habilidade artesanal.

O método empírico indutivo é utilizado para investigar a realidade que nos rodeia, sendo que, após a posse dos dados, adota um procedimento indutivo que o conduz do particular ao geral, resultando em generalizações que se prestam para explicar o observado (MARTINS, 1994). O conhecimento da relação entre contexto e indivíduo caracteriza, portanto, o método empírico indutivo, representado por uma pesquisa qualitativa que procura compreender a relação dinâmica entre o mundo da pesquisa e o sujeito da pesquisa, estabelecendo-se um vínculo entre o cotidiano e a subjetividade do indivíduo.

A pesquisa qualitativa foca-se no ser humano enquanto agente, e cuja visão de mundo é o que realmente interessa (MOREIRA, 2004). Ao contrário do que ocorre com as pesquisas tradicionais, a escolha do campo onde serão colhidos os dados, bem como dos participantes, é proposital, isto é, o pesquisador os escolhe em função das questões de interesse do estudo e também das condições de acesso e permanência no campo e disponibilidade dos sujeitos (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1999).

Compreendendo que as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, utilizando-se de uma grande variedade de instrumentos de coleta de dados (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1999), cabe ao pesquisador decidir pela técnica mais apropriada que possibilite um conhecimento mais profundo dos casos pesquisados.

Ao considerar que o turismo seja capaz de integrar os mais diversos segmentos, quebrando barreiras e preconceitos; e que, de acordo com os preceitos da inclusão social, é necessário que as próprias pessoas com deficiência digam o que querem e o que precisam, optou-se por uma abordagem qualitativa para a pesquisa, buscando identificar, segundo a percepção dos cadeirantes, as barreiras e facilitadores da prática do turismo e como o turismo pode contribuir para a inclusão social.

Para esse fim, poder-se-ia utilizar a técnica conhecida como *focus group*, ou grupo de foco, caracterizado como um grupo em que se permitem debates de questões e problemas de relevância para o estudo, de forma aberta e construtiva (REA e PARKER, 2002). Nesse caso, o objeto de análise é a interação dentro do grupo (GIOVINAZZO, 2001), ou seja, o resultado será a confiança na interação dos membros do grupo, baseado nos tópicos fornecidos pelo pesquisador que, na maioria das vezes, é também o moderador (LEITÃO, 2006).

Apesar do ganho em espontaneidade pela interação entre os participantes, Giovinazzo (2001) alerta que o uso do *focus group* como método de pesquisa não é recomendável quando outro método pode produzir resultados com melhor qualidade ou menor custo

Em seu entender, o *focus group* também exige maior preparação do local e resulta em menor quantidade de dados (por pessoa), se comparado à pesquisa com entrevista individual. Leitão (2006) complementa que certas posições de alguns participantes podem distorcer o estudo, sendo difícil mantê-los dentro do foco de estudo.

Poder-se-ia também ter utilizado questionários, que são, segundo Selttiz et al (1987, p.17), menos dispendiosos para se aplicar, além de evitar vieses potenciais do entrevistador. Contudo, a informação que se obtém é limitada às respostas escritas dos sujeitos a questões pré-elaboradas.

Considerando-se a dificuldade em juntar diversas pessoas em uma sala previamente organizada, em um horário adequado a todos os participantes, a falta de um entrevistador especializado na técnica de *focus group*, e a possibilidade de os cadeirantes não conseguirem responder adequadamente a um questionário, gerando possíveis enganos, optou-se pela técnica de entrevista em profundidade. Com ela, apenas o entrevistador precisa deslocar-se ao local de entrevista, escolhido previamente pelo entrevistado, permitindo o melhor entendimento do mundo dos respondentes.

No caso da entrevista em profundidade, os entrevistados tendem a sentir-se mais confortáveis em responder às questões formuladas; sentem-se menos constrangidos em uma situação um-a-um; menos intimidados com a presença de um único indivíduo, menos ansiosos sem a presença de observadores; e reduzem a preocupação com o próprio desempenho – um

grupo pode funcionar como instrumento de pressão (ROSSI e SLONGO, 1998).

Na busca por uma amostra confiável, descreve-se a importância da escolha dos entrevistados que ajudem a responder sobre o problema proposto, devendo estar envolvidos com o assunto e terem disponibilidade e disposição para falar.

3.2 Técnica para Coleta de Dados

A entrevista é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado, pressupondo-se que o informante seja competente para exprimir-se com clareza sobre aspectos de sua experiência e comunicar representações e análises (CHIZZOTTI, 2000). Pode ser definida como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente (MOREIRA, 2004). Considerada como uma técnica por meio da qual o pesquisador se coloca diante do participante para quem faz perguntas com o objetivo de obter informações que contribuam para a investigação (VEIGA; GONDIM, 2001), obtêm-se dados subjetivos, como valores, atitudes, opiniões (BONI; QUARESMA, 2005). É considerado, segundo Ruquoy (1997), o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo.

A entrevista é um diálogo assimétrico em que o pesquisador busca explorar o que as pessoas sabem, esperam, sentem e desejam, sendo que a entrevista em profundidade tem um caráter subjetivo, o que torna necessário que toda interpretação leve em consideração a perspectiva da pessoa analisada (VEIGA; GONDIM, 2001). Nas entrevistas em profundidade evitam-se perguntas que possam dirigir respostas para o que se tem em mente, procura-se dialogar com o entrevistado dentro de um campo descontraído, em que se propicia o máximo de liberdade de expressão. Esse tipo de entrevista tem por finalidade obter o máximo de informações que o entrevistado possa oferecer (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Considerando que a entrevista é essencialmente uma forma de interação humana e pode variar desde o mais descontraído papo até o mais

cuidadosamente pré-codificado e sistematizado conjunto de perguntas (MANN, 1968), durante os primeiros vinte minutos da entrevista a conversa baseia-se em temas livres, buscando-se criar uma interação maior entre pesquisador e pesquisado.

A entrevista individual em profundidade é uma técnica qualitativa que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências de informantes para analisá-las e apresentá-las de forma estruturada. Baseada em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, a entrevista em profundidade, busca recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer (DUARTE, 2005, p.62).

Costuma-se usar um roteiro para as entrevistas em profundidade, contendo apenas tópicos sobre os quais se pretende conversar. Contudo, se no decorrer das entrevistas verifica-se que a conversa toma rumos diferentes, porém pertinentes ao objeto de estudo e interessantes para a pesquisa, não se deve hesitar em modificar o roteiro planejado (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995). O roteiro formado por questões claras, simples e diretas serve como base para que o entrevistador não se perca em temas que não interessam ao seu objetivo (GOLDENBERG, 1998). Exige poucas questões, mas suficientemente amplas para serem discutidas em profundidade sem que haja inferências entre elas ou redundâncias (DUARTE, 2005).

As entrevistas com duração de uma hora aproximadamente devem ser desenvolvidas com base num roteiro semi-estruturado, que permite maior aprofundamento da temática e da experiência pessoal do entrevistado (VEIGA; GONDIM, 2001). As entrevistas semi-estruturadas valorizam a presença do investigador, além de oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias (TRIVIÑOS, 1987). A lista de questões desse modelo tem origem no problema de pesquisa e busca tratar da amplitude do tema, apresentando cada pergunta da forma mais aberta possível (DUARTE, 2005).

Para o levantamento de dados da pesquisa, elaborou-se um roteiro semi-estruturado, com cinco seções: perfil, inclusão social, qualidade de vida, acessibilidade e turismo. Esses temas foram escolhidos com base na leitura da bibliografia especializada, entre elas, Sasaki (2003; 2005), que trabalha temas como inclusão social, qualidade de vida e turismo; Werneck (1997;

2003), que aponta fatores de integração social e inclusão social; Fávero (2004), que aborda barreiras de acessibilidade; Blascovi-Assis (1997), que trabalha com lazer para pessoas com deficiência mental, além de Correr (2003), que se refere a qualidade de vida e estrutura familiar. Aos conceitos trabalhados por esses autores conciliaram-se os objetivos da pesquisa e o termo hospitalidade.

Ao abordar o tema de inclusão social pretendeu-se compreender como os cadeirantes interpretam esse processo e como se consideram envolvidos no mesmo. Para tanto, questionam-se quais são as principais barreiras enfrentadas por eles e que exemplos vivenciados por eles poderiam servir como ilustração para situações de exclusão social. Pretendeu-se evidenciar também quais os avanços nesse processo que as pessoas com deficiência identificam ou vivenciam.

Com o tema qualidade de vida buscou-se compreender o que mais influencia na vida dessas pessoas, se são os amigos, a família ou o trabalho (fatores que podem afetar a escolha de participar ou não da atividade turística). Considerando que as posturas legais (tanto federais, quanto municipais) podem afetar a qualidade de vida, questionou-se o conhecimento dos cadeirantes desses fatores, identificando quais são os mais importantes ou os menos relevantes para esse segmento.

Ao questionar o conceito de acessibilidade, procurou-se compreender o significado do termo para o segmento, ressaltando exemplos de lugares acessíveis, freqüentados pelos pesquisados. Foram analisados também os lugares que os entrevistados gostariam de conhecer, porém não o freqüentam por serem inacessíveis.

Em relação ao turismo, buscou-se compreender a importância dessa atividade na vida dos entrevistados, podendo essa atividade ser considerada como complemento a estrutura social ou como fator essencial para a sociabilidade. Portanto, questionou-se se os entrevistados viajam e qual a freqüência das viagens e o motivo das mesmas. Investiga-se também como foram a recepção e a interação com o público local e com os turistas, além de identificar uma viagem inesquecível, verificando, na opinião do entrevistado, o quanto ela contribuiu para a inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

Uma entrevista semi-aberta geralmente tem algo entre quatro e sete questões, tratadas individualmente como questões abertas. O pesquisador faz a primeira pergunta e explora ao máximo cada resposta até esgotar a questão. Somente então passa para a próxima pergunta. Cada questão é aprofundada a partir da resposta do entrevistado, como um funil, no qual perguntas gerais vão dando origem a específicas. Uma alternativa útil é fazer, durante a preparação do roteiro-guia, uma relação com tópicos relevantes relacionados a cada questão, mantendo a naturalidade da entrevista e evitando que alguma questão relevante não seja abordada (DUARTE, 2005).

Com base nos temas selecionados, cada assunto contemplou, em média, cinco questões previamente elaboradas, sendo que outras foram acrescentadas no decorrer da conversa, sanando qualquer dúvida da pesquisadora. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, considerando a conversa de interação preliminar.

Entre as principais qualidades dessa abordagem está a flexibilidade de permitir, ao informante, definir os termos da resposta e, ao entrevistador, ajustar livremente as perguntas. Esse tipo de entrevista procura intensidade nas respostas, não-quantificação ou representação estatística (DUARTE, 2005). Esse tipo de pesquisa permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente por meio de questionários, explorando-os em profundidade (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

Apesar das vantagens durante a coleta de informações, como maior profundidade e flexibilidade para garantir a resposta desejada, Goldenberg (1998) cita algumas desvantagens, como a influência do entrevistador sobre o entrevistado; a possibilidade de perda de objetividade ao se tornar amigo do entrevistado; a exigência de mais tempo, atenção e disponibilidade do pesquisador; e a dificuldade de comparar as respostas. Gil (2006) acrescenta a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas que lhe são feitas; a inadequada compreensão das perguntas; e o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes.

A entrevista em profundidade não permite testar hipóteses, dar tratamento estatístico às informações, definir a amplitude ou quantidade de um fenômeno. Objetiva-se saber como determinada situação é percebida pelo

conjunto de entrevistados. Seu objetivo está relacionado ao fornecimento de elementos para compreensão de uma situação ou estrutura de um problema (DUARTE, 2005).

As entrevistas devem ser gravadas porque permitem a reprodução exata dos depoimentos, além de liberar o entrevistador das anotações, centrando sua atenção na fala do entrevistado (VEIGA; GONDIM, 2001), tentando detectar o grau de veracidade dos depoimentos, já que o indivíduo expõe apenas o que deseja revelar, ocultando e protegendo a imagem de si mesmo (GOLDENBERG, 1998). O gravador possui a vantagem de evitar perdas de informação, minimizar distorções, facilitar a condução da entrevista, permitindo fazer anotações sobre aspectos não verbalizados (DUARTE, 2005). O pesquisador deve enviar sinais, durante a entrevista, de entendimento e de estímulo, além de procurar intervir o mínimo possível para não quebrar a seqüência de pensamento do entrevistado (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se dois aparelhos de MP3 (o segundo, por segurança), sendo um localizado próximo à entrevistadora e o outro próximo ao entrevistado. Algumas anotações foram realizadas, principalmente para anotações de perguntas que deveriam ser formuladas posteriormente após o relato em andamento.

A validade (capacidade de os instrumentos e sua utilização adequada fornecerem os resultados que o pesquisador se propôs obter) e a confiabilidade (rigor metodológico que garante os resultados em futuras repetições) no uso da técnica de entrevistas em profundidade dizem respeito a três questões: seleção de informantes capazes de responder à questão da pesquisa; uso de procedimentos que garantam a obtenção de respostas confiáveis; descrição dos resultados que articule consistentemente as informações obtidas com o conhecimento teórico disponível (DUARTE, 2005).

A seguir descreve-se a técnica utilizada para a seleção dos entrevistados, conhecida como bola de neve.

3.3 Seleção dos Entrevistados

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o que deve orientar o pesquisador é a qualidade da amostra, e não a quantidade de elementos que a compõe. A homogeneidade das respostas que se obtêm das entrevistas vai determinar, em última instância, o número de entrevistados (ROSSI; SLONGO, 1998). O critério que determina o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objetivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante seja esquecida (RUQUOY, 1997).

Para se obter uma boa pesquisa, é necessário escolher as pessoas que serão investigadas, sendo que, na medida do possível, estas pessoas sejam já conhecidas pelo pesquisador ou apresentadas a ele por outras pessoas da relação investigada - as pessoas ficam mais à vontade e se sentem mais seguras em colaborar (BONI; QUARESMA, 2005). A forma de recrutamento mais comum em pesquisas qualitativas é por critério de conveniência - um exemplo é a técnica de bola de neve, em que os participantes sugerem outros participantes para serem entrevistados (VEIGA; GONDIM, 2001), podendo o pedido de entrevista transitar pela rede de relações sociais do pesquisado (RUQUOY, 1997). É importante a apresentação do pesquisador por uma pessoa de confiança do pesquisado (GOLDENBERG, 1998), permitindo um possível estabelecimento de confiança entre os indivíduos e maior liberdade na expressão de opiniões, desejos.

Nos estudos qualitativos, são preferíveis poucas fontes, mas de qualidade, a muitas, sem relevo. Desse modo, uma única entrevista pode ser mais adequada para esclarecer determinada questão do que um censo nacional (DUARTE, 2005). Logo que se destaque certa coerência na análise e que as novas informações não façam mais do que confirmar as anteriores, poderemos considerar que está a ser atingido um nível de saturação das informações (RUQUOY, 1997). Segundo Gaskell (2003), é preciso compreender que nem sempre mais entrevistas melhoram a qualidade ou levam a uma compreensão mais detalhada, pois, em uma série de entrevistas, as primeiras são cheias de surpresas; as diferenças entre as narrativas são evidentes. Contudo, quando o

pesquisador perceber que não aparecerão novas percepções, o ponto de saturação é caracterizado, tornando desnecessárias novas entrevistas.

A seleção dos entrevistados em estudos qualitativos tende a ser não-probabilística, dependendo do julgamento do pesquisador. Existem dois tipos básicos de amostras não-probabilísticas para uso em entrevistas, conforme descreve Duarte (2005, p.69) e complementam Veiga e Gondim (2001).

➔ Seleção por conveniência: também chamada acidental, é baseada na viabilidade, ocorrendo quando as fontes são selecionadas por proximidade ou disponibilidade.

➔ Seleção intencional: quando o pesquisador faz a seleção por juízo particular, como conhecimento do tema ou representatividade subjetiva.

Para o presente estudo, foi trabalhada a seleção por conveniência, apoiada na técnica de bola de neve, que permite a definição de uma amostra por referências feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa (BIERNACKI; WALDORF, 1981 *apud* LOPES e COUTINHO, 1999, p.480). Segundo Patton (1990), essa técnica consiste em identificar algumas pessoas elegíveis para a pesquisa. Após entrevistá-las, solicita-se que indiquem nomes de amigos ou parentes que considerem semelhantes a si mesmas. Cada pessoa é então contatada, informada de quem indicou seu nome e convidada a participar do estudo.

Enfatiza-se o pressuposto desta técnica quanto à homogeneização do grupo estudado, sendo o único critério possível na seleção da amostra o fato de ser cadeirante.

Totalizaram-se dez entrevistas, sendo que todas foram transcritas. Para Gaskell (2003), há duas razões para um limite máximo de 15 entrevistas individuais. Primeiro, porque há um número limitado de interpelações, ou visões, da realidade. Segundo, porque envolve a questão do *corpus* a ser analisado, já que uma transcrição de entrevista pode ter até 15 páginas. Contudo, respostas similares começaram a ser diagnosticadas a partir da sétima entrevista, sendo que mais três foram realizadas para confirmar a padronização das entrevistas, indicando a saturação da técnica escolhida, conforme descrito na Figura 2.

Inicialmente o contato foi realizado com um conhecido da pesquisadora (Entrevistado Pré-Teste I), que indicou mais duas pessoas. Uma delas foi utilizada no período de pré-testes (Entrevistado Pré-Teste II) e a outra foi entrevistada no período destinado à pesquisa (Entrevistado 1). Como o primeiro entrevistado não soube indicar outras pessoas que pudessem participar do estudo, mais dois contatos com conhecidos foram realizados, sendo que o Entrevistado 2 indicou o Entrevistado 3, que indicou o Entrevistado 4 e outras três pessoas, que recusaram a entrevista. Após a paralisação da técnica de bola de neve, novo contato com outro conhecido foi realizado, tornando-o o Entrevistado 5, que indicou o Entrevistado 6, encaminhando para mais duas entrevistas: o 7 e o 8. Este último indicou o Entrevistado 09, terminando com o Entrevistado 10.

Com o intuito de extrair conhecimentos sobre os aspectos latentes das mensagens obtidas na pesquisa por meio de entrevistas, Michelat (1981 *apud* DUARTE, 2005) considera pertinente a utilização da análise de conteúdo como técnica acessória. Assim sendo, optamos por ela em nosso estudo.

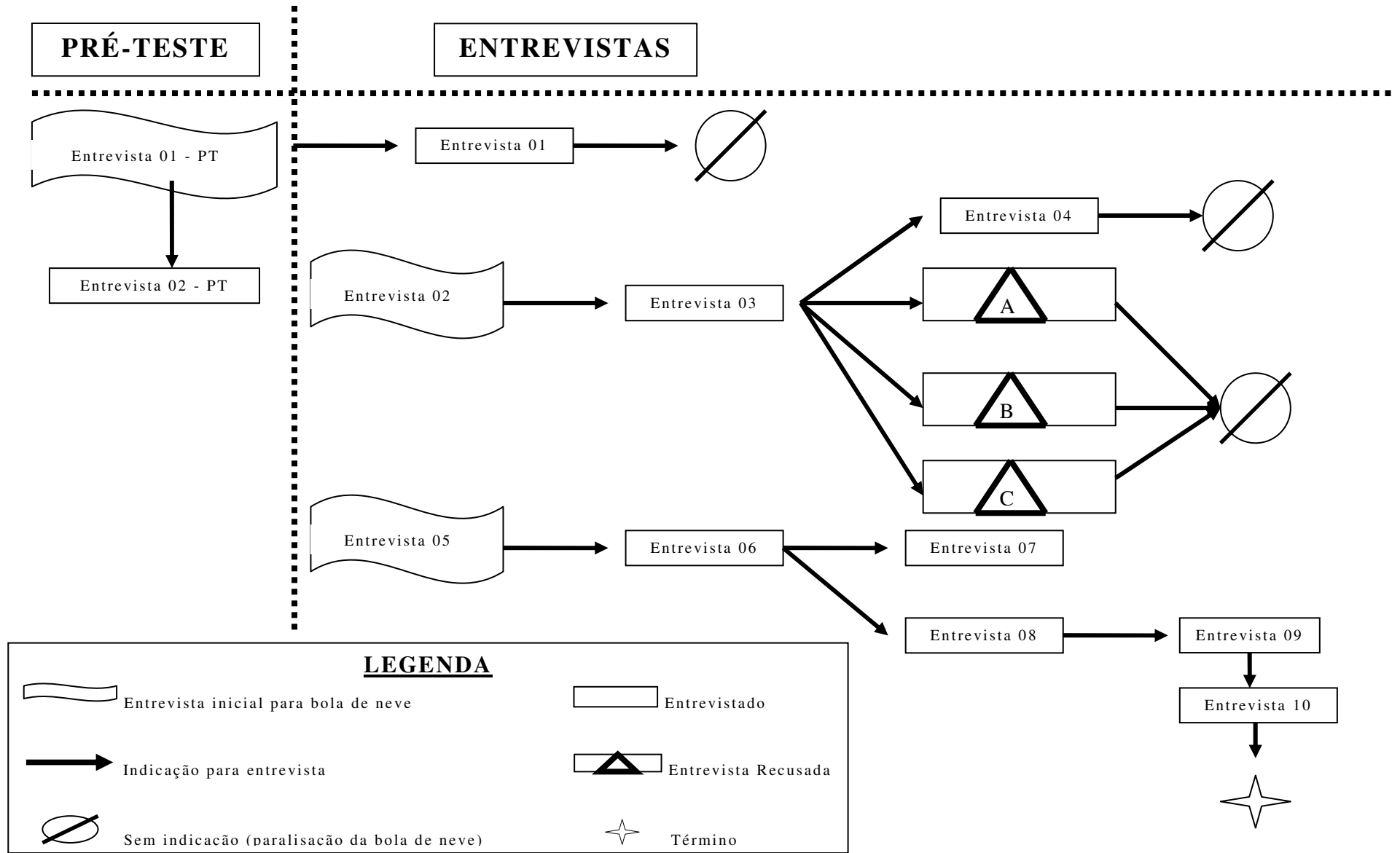


Figura 02: Fluxograma de Operacionalização da Técnica de Bola de Neve
 Fonte: a autora, baseado na seqüência das entrevistas

3.4 Análise dos Dados

Com fins de análise interpretativa, as entrevistas devem ser transcritas, codificadas e categorizadas, permitindo a análise do conteúdo, em que a ênfase recai no conteúdo manifesto do discurso, nos argumentos apresentados (VEIGA; GONDIM, 2001). Ao realizar o relatório da pesquisa, é dever do pesquisador se esforçar ao máximo para situar o leitor de que lugar o entrevistado fala, qual o seu espaço social, sua condição social (BONI; QUARESMA, 2005).

Para Hiernaux (1997), só é possível retirar de um material informações sobre aquilo que ele testemunha exatamente, porém é necessário saber do que se trata para retirar informações úteis. Identificar aquilo que um material revela exatamente é formular a questão do seu estatuto teórico aos olhos da análise, sem o que nos expomos a erros mais ou menos consideráveis ou a perdas substanciais.

A análise de conteúdo é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada, referindo-se a procedimentos sistemáticos, metodicamente explícitos e replicáveis (BAUER, 2003, p.191).

O objetivo amplo da análise é procurar sentido e compreensão. O que é realmente falado constitui os dados, mas a análise deve ir além da aceitação deste valor aparente; é necessário reviver a entrevista (GASKELL, 2003).

A operação intelectual básica de uma análise qualitativa de materiais de entrevistas consiste essencialmente em descobrir categorias, quer dizer, classes pertinentes de objetos, de ações, de pessoas ou de acontecimentos. Seguidamente, trata-se de definir as suas propriedades específicas e de conseguir construir um sistema ou um conjunto de relações entre essas classes (MAROY, 1997). Ela aparece “como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p.38).

A análise de conteúdo é sistemática porque se baseia num conjunto de procedimentos que se aplicam da mesma forma a todo o conteúdo analisável. É também confiável – ou objetiva – porque permite que diferentes pessoas, aplicando em separado as mesmas categorias à

mesma amostra de mensagens, possam chegar às mesmas conclusões. (LOZANO, 1994, p.141-142 *apud* FONSECA JR, 2005, p.286).

Tratando-se de entrevistas em profundidade semi-estruturadas, pode-se criar uma estrutura para comparação de respostas e articulações de resultados, auxiliando na sistematização das informações fornecidas por diferentes informantes. O roteiro de questões-chaves serve, então, como base para a descrição e análise em categorias. O pesquisador será mais bem-sucedido se começar a escrever e a sistematizar os resultados assim que houver informações mínimas para fazê-lo (DUARTE, 2005).

A adoção da análise de conteúdo requer do pesquisador a consideração a marcos de referência. Segundo Krippendorff (1990, p.35-40 *apud* FONSECA JR, 2005, p.287-288), o primeiro marco refere-se aos dados, pois estes constituem a superfície que o analista deve penetrar, devendo-se explicitar claramente que dados estão sendo analisados, como eles foram definidos e de qual população foram extraídos. O segundo marco representa o contexto dos dados, pois uma mesma mensagem pode ser analisada de forma diferenciada. Os interesses e conhecimentos do pesquisador também determinam a construção do contexto dentro do qual serão realizadas suas inferências, portanto, os pressupostos formulados pelo pesquisador caracterizam o terceiro marco. A finalidade ou o objetivo das inferências é o quarto marco, enquanto a relação entre os dados obtidos e os aspectos de seu contexto é o quinto marco.

Sem perder de vista os objetivos do trabalho, o pesquisador classifica as informações a partir de determinado critério, estabelecendo e organizando grupos de temas comuns, agrupando-os em “caixas separadas” para se dedicar individual e profundamente a cada uma das caixas. Esta estrutura geral assume a forma de esquema de análise, e cada conjunto (caixa) é chamado de categoria, uma unidade de análise completa e única em si mesma (DUARTE, 2005).

O analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações obtidas por meio de técnicas de coleta de dados,

consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação – oral, visual, gestual – reduzida a um texto ou documento. O objetivo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (CHIZZOTTI, 2000).

“Como qualquer construção viável, ela [a análise de conteúdo] leva em consideração alguma realidade, neste caso o *corpus* de texto, e ela deve ser julgada pelo seu resultado” (BAUER, 2003, p.203).

As categorias são estruturas analíticas construídas pelo pesquisador que reúnem e organizam o conjunto de informações obtidas a partir do fracionamento e da classificação em temas autônomos, mas inter-relacionados. Em cada categoria, o pesquisador aborda determinado conjunto de respostas dos entrevistados, descrevendo, analisando, referindo-se à teoria, citando frases colhidas durante as entrevistas tornando-a um conjunto ao mesmo tempo autônomo e articulado (DUARTE, 2005).

Segundo Fonseca Jr (2005, p.290), a análise de conteúdo organiza-se em três fases cronológicas:

- 1). “Pré-análise”: consiste no planejamento do trabalho a ser elaborado, procurando sistematizar as idéias iniciais com o desenvolvimento de operações sucessivas, contempladas num plano de análise;
- 2). “Exploração do material”: refere-se à análise propriamente dita, envolvendo operações de codificação em função de regras previamente formuladas;
- 3). “Tratamento dos resultados obtidos e interpretação”: os resultados brutos são trabalhados para que se tornem significativos e válidos.

As vantagens da análise de conteúdo são que ela é sistemática e pública; faz uso principalmente de dados brutos que ocorrem naturalmente; pode lidar com grandes quantidades de dados; presta-se para dados históricos; e oferece um conjunto de procedimentos maduros e bem documentados (BAUER, 2003, p.212).

A tentativa do analista é dupla, pois precisa compreender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem e entrevista

por meio, ou ao lado, da primeira mensagem – ressalta-se um sentido que se encontra em segundo plano (BARDIN, 1977).

A análise das dez entrevistas realizadas entre os meses de outubro e novembro de 2007 engloba cinco categorias. A primeira categoria refere-se ao perfil dos respondentes, analisando-se a renda pessoal mensal, idade, escolaridade e sexo.

A segunda categoria aborda a questão da inclusão social, na qual busca-se entender o significado do termo para os entrevistados, quais as barreiras para o processo.

A terceira categoria envolve o conceito de qualidade de vida, objetivando-se compreender o significado do termo para os respondentes, qual o círculo social que mais frequenta, além do conhecimento da legislação específica para as pessoas com deficiência.

A quarta categoria é sobre acessibilidade, identificando os facilitadores de acesso, lugares que gostaria de frequentar. A quinta e última categoria engloba o conceito de turismo, com o objetivo de identificar a importância da atividade turística para os entrevistados.

Após a análise de todas as categorias procura-se inferir sobre a realidade dos entrevistados, além de buscar uma relação entre suas opiniões e a bibliografia existente sobre o assunto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas iniciou-se a partir de quatro temas principais: inclusão social, acessibilidade, qualidade de vida e turismo, tendo como base as abordagens teóricas apresentadas nos capítulos anteriores desta pesquisa.

Na Seção I da entrevista, foram feitas oito perguntas, com o objetivo de traçar um perfil dos entrevistados, englobando faixa etária, nível de instrução, renda pessoal e tipo de deficiência (adquirida ou congênita).

A amostra da pesquisa foi constituída em sua maioria por pessoas do sexo masculino (oito entrevistados) e duas pessoas do sexo feminino. Metade dos respondentes masculinos adquiriu a deficiência por causa de um acidente de trânsito ou violência urbana, enquanto 2 dos homens registraram como causa acidentes de trabalho. Das duas mulheres respondentes, uma adquiriu a deficiência devido a um acidente e outra, por problemas decorrentes da obesidade. De acordo com Néri (2003), a violência urbana e os acidentes (trânsito, trabalho), atualmente, são as principais causas da deficiência adquirida.

Segundo o Censo do IBGE - 2000, a população com mais de 60 anos caracteriza 29,34% do universo das pessoas com deficiência. Para Néri (2003), verifica-se que a maior longevidade está associada com a presença de deficiências em geral e também com as incapacidades (para ler, ouvir, andar, subir escadas). Analisando-se no presente trabalho a *questão etária*, 3 dos entrevistados possuem mais de 60 anos, sendo que 2 adquiriram a deficiência nessa faixa etária por complicações de saúde, necessitando do auxílio da cadeira de rodas para a locomoção.

Ressalta-se que a amostra não englobou nenhum pensionista do INSS devido a concentração dos respondentes na faixa etária entre 32 anos a 69 anos, situação causada pela técnica de bola de neve escolhida para a seleção dos entrevistados.

Em relação à *escolaridade*, o Censo do IBGE (2000) revela que 27,61% da população com deficiência não possuem escolaridade. Contudo, ao analisar-se a distinção realizada por Néri (2003) – apontada no capítulo II desta pesquisa – constata-se uma elevada demanda reprimida por *educação*

por parte dessa minoria, sendo que entre as pessoas perceptoras de incapacidade (PPI) o percentual de entrevistados sem instrução é cerca de 40%. Na presente pesquisa, 8 dos entrevistados afirmaram ter cursado apenas o ensino médio, sendo que 6 não o completaram.

A presença de inativos no segmento das pessoas com deficiência é expressiva. De acordo com Néri (2003), 52% das pessoas com deficiência são inativas. Ele considera dois motivos principais para essa situação: o primeiro refere-se à dificuldade gerada por alguns tipos de deficiência para a vida produtiva, além de um desestímulo à oferta desta mão-de-obra no mercado; o segundo refere-se à maior frequência de deficientes na faixa acima de 60 anos. Com base nas entrevistas, ressalta-se também a influência da baixa escolaridade no nível de qualificação das pessoas com deficiência, dificultando ainda mais a entrada no mercado de trabalho.

Sobre a *renda financeira pessoal*, 5 dos entrevistados apresentam um emprego formal, com carteira assinada, embora, 9 reclamem das funções destinadas, lamentando que a função exercida é quase sempre inferior a sua capacidade. Saindo do mercado formal, 3 trabalham informalmente e 2 são aposentados. Salienta-se, ainda, que 6 dos entrevistados contam com o apoio de renda proveniente da aposentadoria de seus pais ou cônjuges para o sustento.

Em relação ao *estado civil*, a amostra da pesquisa foi constituída por pessoas casadas em sua maioria, sendo que as divorciadas representaram a segunda situação mais freqüente: casadas (4), divorciadas (3), solteiras (2) e viúvas (1). Segundo o Censo do IBGE (2000), no caso das pessoas com deficiência, os casados constituem a maioria (44%), seguidos dos solteiros (35,2%).

Para facilitar a compreensão das respostas fornecidas, elaborou-se um quadro com o resumo do perfil dos respondentes, ressaltando sexo, idade, escolaridade, renda pessoal, trabalho e o motivo da deficiência, conforme exposto na tabela 01.

TABELA 01 RESUMO DO PERFIL DOS RESPONDENTES				
Respondentes		Masculino	Feminino	Total
		Real	Real	Real
SEXO				
Masculino		08	-----	08
Feminino		-----	02	02
IDADE				
32 ----- 39 anos		04	-----	04
40 ----- 49 anos		02	-----	02
50 ----- 59 anos		01	-----	01
60 ----- 69 anos		01	02	03
ESCOLARIDADE				
Ensino Médio	Incompleto	05	01	06
	Completo	01	01	02
Ensino Superior	Incompleto	01	-----	01
	Completo	-----	-----	-----
Pós-Graduação	Incompleta	-----	-----	-----
	Completa	01	-----	01
RENDA PESSOAL (salário mínimo)				
Até 01 S.M.		02	-----	02
Entre 02 e 04 S.M.		03	-----	03
Entre 05 e 07 S.M.		01	02	03
Superior a 08 S.M.		01	-----	01
Sem resposta		01	-----	01
TRABALHO				
Sim		07	01	08
Não		01	01	02
Formal		04	01	05
Informal		03	-----	03
Aposentado		01	01	02
DEFICIÊNCIA				
Adquirida		07	02	09
Congênita		01	-----	01

Fonte: a autora, com base nas entrevistas realizadas

Enquanto a Seção I, descrita anteriormente, abordou o perfil dos entrevistados, a Seção II da entrevista avaliou cinco questões relacionadas ao tema INCLUSÃO SOCIAL. Nas entrevistas, foi possível perceber que esse termo é compreendido como o princípio de viver em sociedade, “sendo necessário, antes de tudo, quebrar o preconceito, quebrar paradigmas que a gente tem dentro da nossa sociedade” (ENTREVISTADO 8).

O princípio da inclusão social foi relacionado ao de igualdade. Segundo o Entrevistado 4, “todos deveríamos ser iguais na sociedade [...] porque eu sou um ser humano, sou livre para ir e vir, tenho o mesmo direito que todo mundo tem”. O Entrevistado 10, por sua vez, complementou que compreende inclusão social como um “direito de ter as coisas igual ao outro”.

Segundo Kauchakje (2003, p.69), o direito à igualdade supõe que as demandas e necessidades (individuais ou de um grupo social) têm legitimidade e igual lugar no cenário social, justificando o vínculo do direito à igualdade aos movimentos por sociedades inclusivas.

Inclusão social foi também relacionada à cidadania, “condição ideal do indivíduo que vive numa sociedade democrática, exercendo os seus direitos e deveres” (ENTREVISTADO 3), sendo esses direitos “civis e políticos, completos e iguais” conforme afirma Demant (2003, p. 343).

Percebe-se que, para os cadeirantes entrevistados, a inclusão social está conectada à igualdade. Eles não buscam um tratamento especial, pelo contrário, ressaltam que inclusão social não é assistencialismo, mas, sim, o direito de pertencer à sociedade: utilizar o transporte público como qualquer outra pessoa, sair e frequentar lugares sem se preocupar com olhares ou falta de acessibilidade, trabalhar e ter sua capacidade reconhecida.

Para a efetivação do processo de inclusão social, contudo, faz-se necessária a quebra das chamadas barreiras – conforme exposto no capítulo II. Apesar de a literatura especializada apontar a arquitetura, a atitude, a comunicação, as leis, os instrumentos e as metodologias como empecilhos, após analisar as respostas dos entrevistados, constatou-se que nem todas as barreiras citadas são realmente percebidas pelos cadeirantes, limitando-se apenas às barreiras arquitetônicas e atitudinais. As primeiras porque são influenciadoras da acessibilidade, e as segundas porque estão relacionadas ao respeito e ao acolhimento.

Em relação às barreiras arquitetônicas, para os entrevistados, as principais facilidades de acessibilidade seriam as rampas, elevadores, calçadas adaptadas, o que permitiria a locomoção dos cadeirantes e maior participação em sociedade. Segundo o Entrevistado 2, pequenas adaptações poderiam facilitar essa convivência:

teatros, cafés, cinemas, alguns, você não tem acesso de maneira nenhuma, ou passa pela humilhação de ter que, quatro, cinco pessoas, te carregando; um lugar que uma simples rampa resolveria o problema (ENTREVISTADO 2).

Outros facilitadores enfatizados foram: transporte público adequado e maior disponibilidade das informações acerca da deficiência, permitindo que, conforme observa o Entrevistado 10, se demonstre a real capacidade de interação desse segmento.

A partir do momento que tiver isso [transporte] o deficiente vai sair, e vai na escola, a partir do momento que ele chegar na aula, a pessoa vai se incomodar daqui um mês, ou se acontecer algum acidente, então ele vai fazer a adaptação. A gente vai aparecer mais e a partir do momento que aparecer mais, vão saber que podem vir aqui na clínica, na sua escola, na faculdade, seja lá o que for; então eu acho o transporte uma coisa essencial (ENTREVISTADO 10).

A maioria dos entrevistados acredita que, dentro do processo de educação e informação, é imprescindível envolver as crianças, pois, conforme afirma Werneck (1997), nessa etapa da vida começam a se formar os cidadãos do futuro.

está na hora da gente começar a conscientizar, principalmente as crianças, começar a fazer elas conviverem um pouco mais com pessoas com deficiência, para elas sentirem que, a pessoa tem uma diferença, assim como outros, o óculos, a obesidade, o negro, o branco, assim como o oriental, e outras coisas que podem se fazer, e aí que entra essa questão de acordar, que essa pessoa também tem sonhos, tem vontade, tem desejos a serem realizados, e assim como qualquer outra pessoa, ninguém vive sozinho, ninguém vai conseguir realizar ou viver plenamente sozinho (ENTREVISTADO 8).

Posteriormente, as crianças crescerão e passarão a ver a pessoa com deficiência como “uma pessoa comum, não tão diferenciada, entender suas

limitações [...] São pequenas coisas que te incluem, que te fazem sentir bem, se sentir útil” (ENTREVISTADO 2).

Sobre as barreiras atitudinais, o preconceito é um dos maiores obstáculos a ser transposto diariamente. Para Blascovi-Assis (1997), o preconceito é causado pela formação de rótulos, o que dificulta a inclusão social. Segundo Benevides (1998, p.154), para todos aqueles que se encaixam no padrão excludente e, portanto, não são considerados cidadãos com plenos direitos, resta a discriminação, que ocorre, conforme descrito pelos entrevistados, pelo modo como as pessoas os olham, como se fosse de dó ou piedade.

Primeiro e talvez a maior barreira delas, a barreira do preconceito, barreira social, tanto da sociedade para com o deficiente na questão da sociedade não respeitar, sociedade eu digo poder público e poder privado, não respeitar as leis, no sentido de oferecer, garantir pro deficiente o direito dele de ir e vir, fazer as coisas que ele tem vontade de fazer, então nesse sentido, acho que as barreiras sociais, o preconceito, talvez seja a maior barreira de todas. Caindo isso, caem barreiras arquitetônicas, caem todas as outras, a gente tem que começar a trabalhar a educação do nosso povo, trabalhar a questão da consciência de que o ser humano é humano realmente, que ele precisa dar a parte dele de colaboração com o próximo, por mínima que seja, porque se cada um fizesse a partinha dele, a gente estaria numa situação bem melhor hoje (ENTREVISTADO 8).

Embora a disponibilidade de informações ao público em geral tenha aumentado nos últimos anos, estas ainda são insuficientes, não se obtendo mudanças efetivas da sociedade, verificando-se que as situações de exclusão ainda são freqüentes seja no trabalho, no comércio, nas viagens, no restaurante, entre outros lugares. Ressalta-se que as situações relatadas não são diferentes das queixas das outras minorias como mulheres, negros, homossexuais, dentre outros, caracterizando o perfil excludente habitualmente existente na sociedade, conforme ressalta Benevides (1998).

É perceptível que situações consideradas excludentes pela sociedade são ocorrências rotineiras para os entrevistados – todos os dias eles têm que buscar alternativas para vencê-las, contorná-las. Qualquer ato de discriminação é interpretado pelos entrevistados como “ignorância da pessoa” (ENTREVISTADO 2). O Entrevistado 3 garante que nunca passou por

situações de exclusão social por ter sempre procurado “alternativas de acesso, mesmo quando não havia mobilização externa nesse sentido”. Curiosamente, sempre insistem que essas ocorrências não os afetaram profundamente, interpretação esta que não condiz com a realidade, devendo ser interpretada mais como uma autodefesa.

Na última questão da Seção II abordou-se a importância da comunidade para a inclusão social. Todos os entrevistados observaram que as pessoas costumam oferecer ajuda quando percebem que eles estão com dificuldades, mas enfatizaram que ainda falta informação para que isso “flua naturalmente” (ENTREVISTADO 1). Eles também ressaltaram que ainda existem dúvidas sobre como abordar, como ajudar, limitando essa interação. Os entrevistados lembraram que apenas após um familiar ou amigo ter adquirido uma deficiência é que as pessoas começam a se preocupar em buscar informações mais detalhadas. O Entrevistado 9 alerta para essa situação:

o povo deveria ter mais consciência, um pouco mais de consciência, saber que a gente não está nessa situação porque a gente quer; a gente está aqui; só que o pessoal não vê que isso pode acontecer com algum deles (ENTREVISTADO 9).

A sociedade precisa preparar-se para conviver com esse segmento. A inclusão social precisa ser uma ação bilateral, conforme afirma Sasaki (2005), tornando tanto a sociedade quanto as pessoas com deficiência responsáveis pela melhora da condição de vida e da inclusão social. Esta afirmação encontra-se no depoimento do Entrevistado 1:

A sociedade não vê deficiente indo no restaurante, não vê o deficiente indo no lugar, então não se preocupa nem com a acessibilidade, nem com a inclusão. Então, e deficiente não vai porque não tem lugar adaptado, então fica uma coisa difícil (ENTREVISTADO 1).

Obviamente tais medidas não serão oferecidas sem que ocorra uma pressão por parte dos deficientes e por parte da sociedade organizada e esclarecida. Ambos precisam reconhecer a importância efetiva desta inclusão. Segundo o Entrevistado 3, é necessária a “conscientização em andamento na sociedade”, sendo que o Entrevistado 8 afirma que “essa maior consciência da

sociedade só é possível se houver uma maior cobrança por parte do poder público, da sociedade”.

Paradoxalmente, as pessoas com deficiência também têm responsabilidade pela melhoria e desenvolvimento da sociedade, ou seja, eles não podem mais justificar seu afastamento do convívio social devido a quaisquer tipos de barreiras. Quando os cadeirantes participarem mais socialmente, acredita-se que a sociedade irá, naturalmente, se incluir nesse processo de transformação.

Após traçar o perfil dos respondentes (Seção I) e discutir a inclusão social (Seção II), abordou-se, na Seção III, a QUALIDADE DE VIDA, pois, segundo Correr (2003), a inclusão social está intimamente conectada a ela.

Para os entrevistados, qualidade de vida envolve, principalmente, a saúde e a questão financeira. Entende-se que o termo saúde engloba a conjunção entre os aspectos: *físicos*, no sentido biológico, com o perfeito funcionamento dos seus órgãos e sistemas, incluindo a melhor recuperação possível do segmento lesionado; *mentais*, com o melhor rendimento cerebral, suportando as pressões do cotidiano e as pressões de sua deficiência, sem deixar de abrir espaço para novas perspectivas; e *sociais*, permitindo viver o seu dia-a-dia como qualquer outro cidadão. Segundo o Entrevistado 10, quando você estiver bem, “você vai trabalhar melhor, estudar melhor, se relacionar melhor, se sentir bem”.

Na questão financeira, as queixas são similares às da população em geral, sendo sempre difícil conciliar, da melhor maneira possível, os sonhos e a realidade do cotidiano. Abaixo, a opinião do Entrevistado 2:

Com o orçamento muito apertado, você perde em lazer, você não tem muito tempo, você tem que trabalhar mais para suprir a renda; então você não pode dar um lazer adequado para a família, então se perde muito em qualidade de vida nesse aspecto (ENTREVISTADO 2).

Ao serem abordados sobre sua vida social, nas questões 2 e 3, três entrevistados consideram não ter uma vida social ativa, por questões financeiras e dificuldades de locomoção, restringindo o contato com os filhos e cônjuges. Cinco acreditam ter um intenso contato com amigos,

principalmente após passarem a ter a deficiência, e dois se revelam mais caseiros, tendo mais contato com a família.

Percebe-se que, seja pelas dificuldades de convívio, de aceitar a diferença ou pelas dificuldades financeiras, a maior parte do grupo entrevistado correlaciona-se com o seu círculo mais próximo: família. Portanto, os programas para melhoria da qualidade de vida dos deficientes realizados por instituições governamentais ou privadas² buscam benefícios não apenas limitados aos deficientes (público-alvo dos programas), que aumentam a sua independência e a sua socialização, mas também aos seus familiares, que são beneficiados com uma redução da pressão social e emocional.

Em relação ao tratamento recebido por parte de pessoas fora do seu círculo mais próximo, abordado na questão 4, obtiveram-se dois grupos de respostas. O primeiro refere-se à inconstância na qualidade do relacionamento, sendo que eles percebem quando a outra pessoa não quer conversar ou se relacionar com eles, pois, para o Entrevistado 9, “a gente tem deficiência, mas a gente não é bobo, a gente sabe”. O segundo grupo de respostas exalta a progressiva e inconsciente indiferença por parte dos cadeirantes, à opinião de terceiros, o que, provavelmente, deve ser interpretado como uma reação aos relatos de exclusão abordados na seção II. Com o passar do tempo cria-se uma “bolha de proteção” contra essas situações.

Para conquistar uma melhor qualidade de vida, os cadeirantes precisam conhecer os direitos que visam incluí-los na sociedade. A questão 5 abordou o conhecimento sobre as leis específicas para as pessoas com deficiência e ele é mínimo, como se pode observar pelas respostas.

Dos entrevistados, apenas três souberam especificar alguma lei, sendo que as citadas foram a Lei de Cotas e a da obrigatoriedade da cidade em oferecer um transporte público adaptado. Ressalta-se que o conhecimento de seus direitos é diretamente proporcional ao nível de instrução: os sete entrevistados que não souberam responder sobre as leis são os que possuem

² Citam-se como exemplos as atividades do Sesc e da AACD.

um nível de instrução básico, enquanto os demais, com um melhor conhecimento, são os que estudaram e possuem cargos e salários melhores.

Segundo o Entrevistado 8, “o Brasil é um dos países mais ricos em termos de legislação para defender os direitos das pessoas com deficiência, só que, infelizmente, a maioria [das leis] está só no papel, e não na prática”. O Entrevistado 3 destaca também que as leis não são colocadas à disposição dos deficientes, o que impede a aplicação das mesmas:

Leis são normas gerais de conduta que, quando não são cumpridas, tornam-se inúteis. Mas ainda podem ser melhoradas e melhor aplicadas [...] com informação. Sem informação, não há como cobrar e exigir mudanças (ENTREVISTADO 3).

Pelas respostas dos demais entrevistados, é possível notar que a falta de conhecimento das leis ocorre por falta de interesse dos mesmos em procurar esse tipo de informação. Apesar de o Entrevistado 6 afirmar que “quem entende, quem tem bom senso não precisa de uma lei para vir a respeitar a deficiência de uma pessoa”, as leis são importantes para que se possam incluir e garantir os direitos dos cadeirantes na sociedade. Mais uma vez, para que a sociedade comece a se adaptar e a legislação seja cumprida, é necessário que haja pressão social. A Lei de Cotas, por exemplo, apesar de ter sido editada em 1991 e regulamentada em 1993, só começou a ser aplicada após as delegacias regionais do trabalho começarem a cobrar sua aplicação. Porém, alerta-se para o fato de muitos deficientes não quererem entrar no mercado de trabalho por medo de perderem o benefício previdenciário de direito, pois o fato de conseguirem um trabalho, por qualquer tempo que seja, os desclassifica para o recebimento da renda.

Depois de traçado o perfil dos respondentes (Seção I), discutida a inclusão social (Seção II) e analisada a qualidade de vida (Seção III), a Seção IV da entrevista, composta por quatro questões, abordou a questão da **ACESSIBILIDADE**.

A compreensão do termo acessibilidade (questão 1) foi relacionada ao “direito básico de ir e vir, poder freqüentar o lugar que a gente quiser, no horário que a gente quiser” (ENTREVISTADO 8). Para o Entrevistado 3, “é o

conjunto de condições urbanas e ambientais que facilita o acesso de todos aos mais diversos setores da vida humana”.

acessibilidade tem uma, mais uma ligação arquitetônica, uma coisa mais material, é você ter condições de fazer tudo sozinho, ter um espaço, por exemplo, aqui na..., em alguns lugares tem uns elevadores, plataformas, mas você precisa chamar o bombeiro, ou o segurança; isso não é acessibilidade, isso, o negócio era ter a plataforma, você apertar o botão e poder subir sozinho, se não você continua dependente, você está dependente da pessoa para te liberar o acesso. Enquanto todo mundo vai pela escada, ninguém tem que chamar o segurança para poder subir a escada; agora a gente, em alguns casos, tem que fazer isso. Isso não é acessibilidade, acessibilidade é você poder ter uma livre circulação, acesso a qualquer lugar sem depender de ninguém (ENTREVISTADO 1).

Na questão 2, abordaram-se os facilitadores de acesso que eles encontram nos locais que freqüentam. Os destaques foram: rampa; elevadores e guias rebaixadas; permitindo a locomoção a qualquer momento, sem precisar de ajuda. O entrevistado 5 sugere “uma rampa no ônibus para não ter que desmontar a cadeira toda vez que preciso usar o transporte”, evitando situações consideradas como “humilhantes” pelo Entrevistado 4:

Tem muito lugar que a gente vai que não tem acesso de cadeira de rodas. Eu tenho que pular da cadeira no chão, levantar a cadeira e depois subir de novo (ENTREVISTADO 4).

Segundo Aguirre et al (2003), para que a acessibilidade ocorra é preciso, antes de tudo, trabalhar a compreensão das pessoas, levando-as a entender as necessidades especiais do segmento com deficiência, evitando-se, assim, construir ou criar situações que se constituam em uma barreira. Só assim não haverá necessidade de destruir ou impor sanções para melhorar a acessibilidade.

Na questão 3 desta seção, questionou-se sobre os lugares que gostariam de freqüentar, mas que não são acessíveis. Quase todos os entrevistados destacaram que a falta de acessibilidade não é um empecilho para eles; basta apenas pedir ajuda quando necessário.

Eu já tirei isso da, pessoalmente, já tirei isso da cabeça. No começo você fica meio assim, eu selecionava lugares que eram acessíveis para depois escolher qual que eu ia. E eu falei, não

vou mais fazer isso, porque para colocar consciência na cabeça das pessoas, só forçando, você ir e judiar da pessoa (ENTREVISTADO 1).

já teve show que eu deixei de ir porque já ligava anteriormente para saber como era e a forma como iam montar a arquibancada, como iam montar o local para o público assistir, não tinha acessibilidade nenhuma para pessoa com deficiência. Então deixei de ir para o local. A maioria dos locais onde eu quero ir, que eu não tenho acessibilidade, graças a Deus, do outro lado, tenho o, vamos chamar de desprendimento de pedir ajuda “olha, não consigo, me ajuda, me carrega, me leva, faz alguma coisa, que eu quero ir, se você puder dar uma força”. Tenho a minha vontade pessoas de boa vontade, e isso eu sinto no meu caso. Infelizmente em outros casos, além da pessoa não poder contar com pessoas assim por perto, a pessoa tem vergonha de pedir, “ah, putz, não vou pedir isso, não vou pedir aquilo”. Então até hoje não encontrei um lugar isso que falasse “ah, não é acessível” (ENTREVISTADO 8).

Ao avaliar a totalidade de respostas obtidas até esse ponto (inclusão social, qualidade de vida), depreende-se que a acessibilidade ainda é limitada para essa parcela da sociedade, encarando-se, assim, com dúvidas os testemunhos dos entrevistados. Eles afirmam que as situações de exclusão não são consideradas como desculpas aceitáveis para não frequentar determinado ambiente.

Todos foram unânimes em citar o cinema como o lugar que poderia ser mais bem organizado. Para o entrevistado 2, “eles colocam lugar para deficiente, mas eles colocam em cima da tela, você entendeu? Depois até da primeira fila do cinema. Então se você conseguir assistir o filme ali, uma que você não vê a legenda jamais, que aparece bem no meio do rosto assim, uma coisa absurda. E você sai de lá praticamente cego, porque você fica em cima da tela”.

Na última análise desta seção, questionou-se sobre comportamentos que, na opinião dos pesquisados, mais dificultam o acesso a determinado local. Segundo o Entrevistado 8, é “a falta de consciência das pessoas”. O Entrevistado 10 cita o pouco caso, fingir que o deficiente não está ali. Essas situações representam, novamente, uma barreira atitudinal, em que a sociedade ainda se concentra em um processo de integração social e não inclusão social, conforme enfatiza Sasaki (1997).

Ao iniciar o último item desta pesquisa (Seção V – Turismo), alguns questionamentos afloram: apesar de existirem diferenças nos quesitos econômico e educacional nesse segmento de pessoas com deficiência (Seção I - Perfil), seria possível, dentro de cada universo, elas serem beneficiadas pelo turismo? Sendo de antemão utópico imaginar que barreiras atitudinais e arquitetônicas (Seção II – Inclusão Social; Seção IV - acessibilidade) não vão mais existir, poderiam essas pessoas sobrepujá-las e, assim, terem o direito de sonhar, viajar, estabelecer contatos, enfim, viver (Seção III – Qualidade de Vida)?

Corroborando os questionamentos acima, ressaltamos a afirmação de Correr (2003) de que o acesso, com conseqüente melhoria da qualidade de vida, poderia se dar de maneira mais efetiva se as dimensões do lazer e do turismo fossem mais exploradas.

Na estrutura da entrevista, primeiramente questionou-se se os entrevistados costumavam viajar, sendo que dois dos cadeirantes argumentaram que a questão financeira impede que eles pensem em turismo. Para os oito respondentes que viajam, perguntou-se a frequência dessa atividade – item 2 – resultado que se apresentou como variável (bimestral, trimestral e semestral), normalmente para destinos próximos ao local de moradia.

A questão 3 desta seção procurou identificar se os cadeirantes planejam suas viagens de maneira autônoma ou contratam serviços de empresas especializadas. O resultado demonstrou que o uso de agências e/ou agentes de turismo é baixo. Acredita-se que isso ocorra devido ao fato de, primeiro, eles viajarem próximos ao local de moradia, por períodos de tempo pequeno (em média, um final de semana), utilizando o carro como meio de transporte, e, segundo, porque o setor de lazer/turismo/hotelaria pouco investiu, até o momento, na preparação para receber esse público.

Como os entrevistados organizam as próprias viagens, questionou-se no item 4 que tipo de informações eles costumam levantar. Dentro do conjunto daqueles que viajam (oito entrevistados), apenas três procuram informações a respeito de acessos e adaptações em hotéis. Os outros cinco se preocupam com esses detalhes apenas ao chegar ao destino, já que barreiras são sempre esperadas e boa parte da informação disponível não é confiável:

a gente vê que o negócio é adaptado, mas tem a preocupação também, se que quero viajar, sei lá, para a Bahia, eu vejo um hotel adaptado, chego lá, o negócio não é, dependendo da pessoa que não tem o costume de viajar, não sabe se virar direito, chega lá e agora? É complicado, é uma das coisas que inibe o pessoal a viajar. Se tivesse uma coisa mais confiável, acho que o pessoal iria (ENTREVISTADO 1).

A questão 5 buscou identificar os principais motivos que levam os cadeirantes a viajar. Os resultados mostraram que os objetivos são os mesmos da população em geral: lazer, trabalho e visita a familiares. Particularmente, nesse grupo, não há avaliação consciente da melhoria social e psicológica obtida paralelamente pelos familiares, graças ao aumento da independência e da maior socialização dos entrevistados, coerente com o que afirma Néri (2003): 52% das pessoas com deficiência são inativas.

Apesar da frequência das viagens não ser intensa, abordou-se no item 6, a importância das mesmas. O resultado demonstra que, além da questão de conhecer um lugar novo, o interessante é a interação com outras pessoas e culturas.

you know new people, sometimes you know people who have much more difficulty than you, you know a lot of people, you make a lot of friends. You know a lot of places too, that you never imagined knowing one day (ENTREVISTADO 9).

Ao considerar que todo turista é recebido na localidade visitada, questionou-se, nas questões 7, 8 e 9, como era a recepção desses turistas com deficiência por parte da população local e dos outros turistas. Não houve uma padronização nas respostas, pois a recepção varia da mesma maneira que ocorre nas cidades onde eles moram, ou seja, há os que os recebem muito bem e há os que são indiferentes às dificuldades desse segmento. Em locais mais visitados, os habitantes estão mais preparados para receber bem os mais diferentes públicos, sendo que receber bem significa “as pessoas não se sentirem incomodadas com a minha presença, me verem como uma pessoa e não apenas a minha deficiência” (Entrevistado 3).

when you are a wheelchair user, you feel the difficulty of our country in not offering accessibility, having a complete lack of knowledge of, like to talk, not only about legislation, but also, of course, that the disabled exist, not only because the disabled, sometimes, don't give a damn, don't travel, don't leave home, and you arrive,

não tem estrutura nenhuma para estar te recebendo em viagens. Mas por outro lado, compensa muito, você acaba encontrando pessoas de muita boa vontade, que quebram galho aqui, quebram ali, fazem isso, fazem aquilo, e acabam proporcionando uma estadia legal naquele tempo que você ficou lá. Mas o que, aqui dentro do país, o que pega é ver essa falta de estrutura que o nosso país oferece, em termos de estrutura para estar transportando esse nosso deficiente (ENTREVISTADO 8).

Porém, a acessibilidade influencia na sensação de bem-estar, conforme lembra o Entrevistado 3, ao afirmar que “se o local for acessível, me sinto muito bem porque faço o que eu quiser, quando eu quiser, sem precisar de ajuda. Agora, se não for acessível, se não tiver uma rampa, por exemplo, dependo de outras pessoas para me ajudar; as pessoas ajudam, mas gosto de fazer tudo sozinho”.

Ao solicitar a descrição de uma viagem inesquecível, na questão 11, quase todos os entrevistados se lembraram da primeira viagem que fizeram após se tornarem cadeirantes. Os lugares mais citados foram as cidades Rio de Janeiro e São Paulo. Apesar de um dos entrevistados ter condições financeiras de fazer viagens internacionais e por uma duração maior, prefere ficar em casa ou viajar ao Guarujá, pois, segundo o Entrevistado 7, “nunca pensei numa viagem maior, eu *assim nesse estado*”.

O Entrevistado 8 descreveu sua primeira viagem para Natal, e a classificou como inesquecível porque:

no meio das dunas, teve uma hora que o cara parou, você olhava para o horizonte, e você via aquela areia branquinha das dunas, aquele mar azul, azul, o céu não tinha uma nuvem, você não conseguia discernir onde terminava o céu e onde começava o mar, tudo se juntava no horizonte. Naquele dia eu “ainda bem que eu não morri no dia do acidente, se eu tivesse morrido não ia ter o privilégio de ver essa vista que estou vendo hoje” (ENTREVISTADO 8).

Nesse grupo de viagens, os principais meios de transporte utilizados foram o avião (sete respostas) e o carro (três respostas). O meio de hospedagem citado em todas as entrevistas foi o hotel, apesar de muitos apresentarem adaptações apenas nos quartos, e não em todo o estabelecimento.

Os principais motivos dessas viagens foram: lazer (cinco das respostas), trabalho (três das respostas) e prática esportiva (duas das respostas). Quase

todas as viagens foram feitas com um acompanhante, exceto uma delas, em que o entrevistado encontrou com uma amiga residente na cidade visitada.

Os aspectos positivos apresentados foram a integração com outras pessoas (citada por quatro pessoas) e a possibilidade de conhecer novos lugares (citado por três).

Acho que o principal foi essa visão da possibilidade de que eu podia continuar vivendo a minha vida, podendo sair de casa, sem depender completamente, exclusivamente da minha família (ENTREVISTADO 8).

Como aspectos negativos, as respostas foram bem diversas, porém três dos entrevistados citaram problemas de acessibilidade como uma situação constrangedora nas viagens.

acessibilidade de novo. Porque teve os momentos de folga que nós éramos liberados para passear na cidade, ir à praia e tal. Lá também tem grandes problemas, viu? De acessibilidade, alguns nem saíram, medo, medo de, daí você tem que pedir ajuda para quem, para aquilo e tal. E daí outros nem saíram, nem chegaram a passear (ENTREVISTADO 2)

Na tentativa de compreender a importância das viagens para os cadeirantes, pediu-se para que eles dessem uma nota, entre 0 e 10, a essa viagem inesquecível no que se refere à inclusão social e à qualidade de vida. Em relação à inclusão social, a média das notas foi 7,25, sendo que o Entrevistado 3 pondera que “não seria a viagem que iria me incluir, mas ela permitiu que eu visse como viajar era possível, que poderia conhecer outros lugares sem ter que me preocupar com a deficiência”. Quanto ao quesito qualidade de vida, a média das notas foi 8,5.

fazia pouco tempo ainda, questão de adaptação, conhecimento. Melhorou muito, troca de informação. Algumas coisas básicas que a pessoa que já é deficiente há algum tempo tem essa noção, e o novo lesionado não tem. Realmente sofre por um simples, por uma simples coisa que não tem conhecimento. Então você conversando, troca de informações, e aí você adquire mais qualidade de vida, a se locomover, a procurar a sua independência. Para mim foi muito válido porque eu conheci várias pessoas que me passaram informações valiosíssimas (ENTREVISTADO 2)

Para os entrevistados, a viagem tem uma relação diretamente proporcional à qualidade de vida, pois ajuda a esquecer os problemas e a relaxar, aumenta a socialização e enriquece a felicidade do núcleo familiar; enquanto para o quesito de inclusão social, a relação é inversa: para receber uma nota alta seria necessário ter acessibilidade em todos os sentidos – uma tarefa que cabe às agências e a todos os profissionais dos setores envolvidos com o turismo assumir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como os cadeirantes percebem a atividade turística em relação ao fator de inclusão social foi a pergunta norteadora desta pesquisa, analisando a valoração da atividade turística como um processo de inclusão social, a partir da percepção dos entrevistados.

No primeiro capítulo, estabeleceu-se a base do trabalho, de acordo com os conceitos de inclusão social, qualidade de vida e hospitalidade no turismo; o segundo capítulo descreveu o universo da pesquisa, detalhando-se o significado de deficiência física no Brasil; o terceiro capítulo explicou a pesquisa, a escolha do método, a seleção dos entrevistados, além da técnica para a coleta de dados e a análise dos mesmos; por fim, o quarto capítulo apresentou os resultados e a discussão das informações obtidas.

Com a pesquisa, observou-se que a população de cadeirantes considera o turismo em suas várias formas como essencial para a melhoria da qualidade de vida, e que as suas maiores dificuldades encontram-se na quebra das chamadas barreiras. Apesar de a literatura especializada destacar a arquitetura, a atitude, a comunicação, as leis, os instrumentos e as metodologias como empecilhos, após analisar as respostas dos entrevistados, percebeu-se que os principais obstáculos que necessitam ser transpostos diariamente são os arquitetônicos e atitudinais. No restante, a amostra analisada em muito pouco difere da população não deficiente: o tipo de turismo relaciona-se diretamente com a renda, a maior parte é casada e procura por viagens em família e o nível educacional não os impede de valorizar as atividades de lazer.

Porém, constatou-se que o acesso dos cadeirantes ao turismo ainda é pequeno, primeiro, pela dificuldade de o deficiente e a sociedade, incluindo aqui os familiares, lidarem com essas diferenças; e, segundo, pela questão financeira, que tem como base a baixa escolaridade, passa pela dificuldade do ingresso no mercado de trabalho e, paradoxalmente, é perpetuada pelo cancelamento do auxílio previdenciário caso passe a declarar qualquer forma de remuneração.

Contudo, isso não significa que esse mercado deva ser ignorado, pois a quase totalidade dos entrevistados salientou que as viagens têm um aspecto positivo devido à interação com outras pessoas, ao conhecimento de novos lugares e ao fato de poderem se sentir próximos de uma igualdade social. Recomenda-se que novos estudos abordem os benefícios obtidos pelos familiares e pessoas mais próximas ao deficiente quando este se torna mais independente e passa a viajar.

Faz-se necessário compreender esse mercado e as pessoas com deficiência, já que a demanda por serviços de turismo adaptados cresce proporcionalmente ao aumento da expectativa de vida e das ocorrências de trauma, como já se percebe em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Alemanha, Canadá e Japão.

Portanto, ao considerar que o turismo permite uma interação entre os mais diferentes setores e garante às pessoas condições de bem-estar físico, mental e social, analisá-lo sob a ótica da inclusão social é essencial para se garantir a convivência entre pessoas com deficiência e sem deficiência no mesmo espaço.

Como acelerar a evolução desse mercado?

É preciso provocar uma mudança na atitude das pessoas, a qual perpassa pela educação, desde o nível básico até o superior, englobando os profissionais direta e indiretamente envolvidos no setor de turismo. Esse mercado deve ser pesquisado, analisado e estudado, obtendo-se, com isso, um perfil do consumidor e o produto turístico que ele busca.

Recomenda-se uma análise de como incluir o tema do turismo para pessoas com deficiência nos cursos de bacharelado em turismo e hotelaria, possibilitando que os envolvidos na atividade turística compreendam a necessidade e a importância de se preparar para atender bem todos os públicos. Porém, não se pode esquecer que tais deficientes também podem se interessar por essa área de trabalho e, por isso, deve-se pesquisar como adaptar esses cursos para receber as pessoas que apresentam limitações de locomoção, principalmente os cursos técnicos que envolvam visitas técnicas e pesquisa de campo.

Faz-se necessário, ainda, pressionar os órgãos públicos e o sistema judiciário para a aplicação das diversas leis já existentes, auxiliando o

ingresso no mercado de trabalho de pessoas com deficiência, seja ela física, visual, auditiva ou mental.

Prioritariamente, é ideal não confundir a busca de reconhecimento dos direitos dos deficientes com vistas à melhora de qualidade de vida com mero assistencialismo. Diante dessa situação, acredita-se ser importante que novos estudos analisem os benefícios previdenciários disponíveis, além de uma possível obrigatoriedade de participarem das atividades escolares; como garantir que as empresas não contratem simplesmente a pessoa com deficiência, mas também a qualifique quanto ao seu potencial de trabalho, permitindo melhor rendimento, maior satisfação pessoal, a entrada da mesma no mercado consumidor e reduzindo, naturalmente, as barreiras atitudinais.

Já que o tratamento ao deficiente deve ser distante do assistencialismo, deve-se compreender que o turismo inclusivo é um negócio como qualquer outro. O cadeirante é um cliente e, como tal, deve ser bem atendido. Isso deve ser percebido pela sociedade, pois esse nicho de mercado tem grande potencial de crescimento, devendo ser mais bem trabalhado. Os lucros virão, mas investimentos têm que ser realizados, especialmente em adaptação arquitetônica, educação profissional, adequação de equipamentos e esforços de marketing.

O que norteou a pesquisa foi uma tentativa de compreender o mundo dos cadeirantes, sob a ótica dos próprios cadeirantes, considerando que o número de deficientes como um todo vem aumentando, que as pessoas com deficiência iniciaram o processo de organização (representando uma maior força para obtenção de conquistas), que o mercado de trabalho já iniciou a inclusão desse segmento, que os deficientes são consumidores (com desejos, vontades, sonhos) e que não aceitam mais que as barreiras arquitetônicas e atitudinais sejam empecilhos para uma maior participação social.

Em decorrência disso, a evolução natural desta parcela da população será consumir cada vez mais, inclusive os serviços turísticos. Por isso, nesse momento, surgem as questões: Quem irá se encarregar de adaptar e preparar o mercado para este novo público? O mercado tentará acertar no sistema “tentativa e erro”? O “jeitinho brasileiro” resolverá só quando o consumidor com deficiência aparecer em busca do serviço? Ou a educação superior deve se responsabilizar em preparar seus alunos para esse mercado?

Acredita-se que a educação superior é um dos principais meios para a mudança de mentalidade necessária para que a inclusão social deixe de ser, em alguns aspectos, utópica para se tornar realidade. Não podemos esperar que os atuais universitários saiam para o mercado de trabalho sem estarem preparados para lidar com todos os públicos. Do mesmo jeito não podemos investir apenas na conscientização das crianças, porque a mudança se tornaria ainda mais lenta, esperando a inserção desse segmento no mercado. Portanto, faz-se urgente o envolvimento das universidades na preparação desse funcionário no presente e não aguardar ou preparar modificações para o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE, R.S.; SIMON, M.F.G.; SANTO, S.D.; PANTANO, L.; GRUNEWALD, L. *Recreação e Educação para todos*. Caxias do Sul: Educus, 2003.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São paulo: Pioneira Thomson Learning, 1999.

AMARAL, L.A. *Conhecendo a deficiência (em companhia de héracles)*. São Paulo: Robe, 1995.

_____. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceito e sua superação. IN: AQUINO, J.G. (org). *Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998. p. 13-33.

ASSUMPÇÃO JR.; F.B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M.H.; ARANHA, E.M.G. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida: validade e confiabilidade de uma escala para crianças de 4 a 12 anos. IN: Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 58 (1) 2000. p. 119-127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2007.

BAPTISTA, I. Lugares de Hospitalidade. IN: DIAS, C.M.M. *Hospitalidade: Reflexões e perspectivas*. São Paulo: Manole, 2002. p. 157-164.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 1977.

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. IN: BAUER, M.W & GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 189-217.

BENI, M.C. *Globalização do Turismo: megatendências do setor e a realidade brasileira*. São Paulo: Aleph, 2003.

BENEVIDES, M.V.M. O desafio da educação para a cidadania. IN: AQUINO, J.G. (org). *Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998. p. 153-170.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1983.

BIANCHETTI, L. Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes. IN: BIANCHETTI, L.; FREIRE, I.M. *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. Campinas, SP: Papirus, 1998. p. 21-51.

BLASCOVI-ASSIS, S.M. *Lazer e deficiência mental*. Campinas, SP: Papirus, 1997.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *Virtudes para um outro mundo possível. Hospitalidade: direito e dever de todos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BOIA, Y.I.K. O turismo e a pessoa portadora de necessidades especiais. Dissertação de mestrado em Turismo e Hotelaria da Universidade do Vale de Itajaí. Balneário Camboriú, 2000.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. IN: *Revista Eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*. Vol. 2, n. 1, jan/jul de 2005. p. 68-80. Disponível em: www.emtese.ufsc.br. Acessado em 01 mai. 2007.

BRASIL Decreto 3.956. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência - Convenção de Guatemala. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/2001/D3956.htm>. Acesso em 31 jul. 2006a.

BRASIL. Decreto nº 3.298. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/decreto/D3298.htm> Acesso em: 31 jul. 2006b.

BRASIL. Lei nº 10.098. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm>. Acesso em: 31 jul. 2006c.

BRASIL. Decreto 45.038. Dispõe sobre a isenção de tarifa no sistema de transporte coletivo do município aos portadores de deficiência. Disponível em: http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida/legislacao/0015 Acesso em: 31 jul. 2006d.

BRASIL. Lei nº 8899. Dispõe sobre o passe livre no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8899.htm. Acesso em: 31 jul. 2006e.

BRASIL. Decreto nº 45.552, de 29 de novembro de 2004. Dispõe sobre o Selo de Acessibilidade, instituído pelo Decreto nº 37.648, de 25 de setembro de 1998. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/web/CTL/ConsultarTitulo.asp?idTitulo=642>. Acesso em: 05 jan. 2007a.

BRASIL. Lei nº 11.424. Dispõe sobre o acesso de pessoas portadoras de deficiência física a cinemas, teatros, casas de espetáculos. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/habitacao/legislacao/0006/Lei_11424.doc. Acesso em: 05 jan. 2007b.

BRASIL. Decreto Municipal nº 27.505. Dispõe sobre a construção de passeios públicos. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/meio_ambiente. Acesso em: 05 jan. 2007c.

BRASIL. Lei nº 11.992. Dispensa a parada dos ônibus urbanos nos pontos normais de parada de embarque e desembarque de passageiros para desembarque de portadores de deficiência física. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida/legislacao/0006. Acesso em: 05 jan. 2007d.

BRASIL. Lei nº 12.492. Assegura o ingresso de cães-guias para deficientes visuais em locais de uso público ou privado. Disponível em: http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida/legislacao/0006/portal/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida/legislacao/leis_na_integra/0003 Acesso em: 05 jan. 2007e.

BRASIL. Lei nº 10.436. Dispõe sobre a língua brasileira de sinais – Libras. Disponível em: http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida/legislacao/0004/portal/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida/legislacao/leis_na_integra/0002 Acesso em 10 jan. 2007f.

BRASIL. Lei nº 12.363. Dispõe sobre a obrigatoriedade de restaurantes, bares e lanchonetes em apresentar cardápios em Braille quando solicitado. Disponível em: http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/deficiencia_mobilidade_reduzida. Acesso em 10 jan. 2007g.

BUHALIS, D. & EICHHORN, V. Market analysis and commercialisation of the OSSATE e-service. IN: *OSSATE 2nd International Workshop*, Atenas, Grécia, 2005. Disponível em: www.ossate.org/library-news . Acesso em: 05 jul. 2007.

BUTLER, R.; JONES, P. Conclusões – Problemas, Desafios e Soluções. IN: LOCKWOOD, A.; MEDLIK, S. *Turismo e Hospitalidade no século XXI*. Barueri, SP: Manole, 2003. p. 309-322.

CANTARELI, E.M.B. *Barreiras Sócio-Culturais e Lazer das Pessoas Portadoras de Deficiência Física: um estudo do grupo Fraternidade Cristã de Doença e Deficiência de Campinas, SP*. Campinas, SP: 1998. Dissertação de mestrado em Educação Física (Unicamp).

CARONE, I. Igualdade versus diferença: um tema do século. IN: AQUINO, J.G. (org). *Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998. p. 171-181.

CASTRO, C.M. *A prática da pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

CORREA, A.J.L.; TOURINHO, H.L.Z. *Qualidade de vida urbana na Amazônia*. Belém, Pará: Unama, 2001.

CORRER, R. *Deficiência e Inclusão Social: construindo uma nova comunidade*. São Paulo: Edusc, 2003.

CRUZ, R.C.A. Hospitalidade turística e fenômeno urbano no Brasil: condições gerais. IN: DIAS, C.M.M. *Hospitalidade: Reflexões e perspectivas*. São Paulo: Manole, 2002. p. 39-56.

DAYA, E. Primeiros resultados dos novos estudos da indústria. IN: JAMESON, S.H. *Relações Humanas*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1962. p. 29-31

DEMANT, P. Minorias: direitos para os excluídos. IN: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (org). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003. p. 343-384.

DENCKER, A.F.M. Planejamento e Gestão da hospitalidade e turismo: formulação de uma proposta. IN: DECNKER, A.F.M. *Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade*. São Paulo: Thomson, 2004.

_____. O trabalho científico na universidade. IN: Revista Hospitalidade. Ano 1, n.1. São Paulo: Editora Anhembi Morumbi, 2004b. p.115-123.

DUARTE, J. Entrevista em Profundidade. IN: DUARTE, J.; BARROS, A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 62-83.

FAVERO, E.A.G. *Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na diversidade*. Rio de Janeiro: WVA, 2004.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. IN: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2000. Vol. 5 n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2007.

FONSECA JUNIOR, W.C. Análise de Conteúdo. IN: DUARTE, J.; BARROS, A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 280-304.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. IN: BAUER, M.W & GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 64-89.

GIOVINAZZO, R.A. Focus Group em pesquisa qualitativa – Fundamentos e reflexões. IN: *Administração on line: prática-pesquisa-ensino*. Vol. 2, n.4, out/nov 2001. Disponível em: http://www.paulofreire.org/lusofona/focus_group_renata.htm. Acessado em 23 abr. 2007.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1963.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GONÇALVES, M.A. *Trabalho: inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho*. São Paulo: Áurea, 2006.

GOULART, R.R. *As viagens e o turismo pelas lentes do deficiente físico praticante do esporte adaptado*. Dissertação de Mestrado em Turismo pela Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2007.

GRINOVER, L. Hospitalidade: um tema a ser reestudado e pesquisado. IN: DIAS, C.M.M. *Hospitalidade: Reflexões e perspectivas*. São Paulo: Manole, 2002. p. 25-38

_____. Hospitalidade no espaço urbano. IN: *Revista Hospitalidade*. Ano 2, n.1. São Paulo: Editora Anhembi Morumbi, 2005. p.23-32.

HECK, A. *O Brasil é um país de deficientes*. Jornal Estado de São Paulo de 03 jun 2002.

HIERNAUX, J. Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos. IN: ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.; MAROY, J.; HIERNAUX, C.; RUQUOY, D.; SAINT-GEORGES, P. *Práticas e Métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva, 1997. p. 156-202.

IBGE. *Censo 2000*. Disponível em www.ibge.gov.br. Acessado em 10 jun 2004.

- KAUCHAKJE, S. Comunidade Surda. IN: SILVA, I.R.; KAUCHAKJE, S.; GESUELI, Z.M. *Cidadania, surdez e linguagem – desafios e realidades*. São Paulo: Plexus, 2003. p. 57-66.
- KRIPPENDORF, J. *Sociologia do turismo: para uma nova compreensão do lazer e das viagens*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
- LASHLEY, C. Para um entendimento teórico. IN: LASHLEY, C.; MORRISON, A. *Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado*. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 01-24.
- LEITÃO, B.J.M. *Avaliação qualitativa e quantitativa numa biblioteca universitária*. São Paulo: Interciência, 2006.
- LOPES, C.S.; COUTINHO, E.S.F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. IN: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n. 5, p. 477-487, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0633.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2007.
- MANN, P.H. *Métodos de investigação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahas Editores, 1968.
- MAROY, C. A análise qualitativa de entrevistas. IN: ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.; MAROY, J.; HIERNAUX, C.; RUQUOY, D.; SAINT-GEORGES, P. *Práticas e Métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva, 1997. p. 117-155.
- MARTINS, G.A. Metodologias convencionais e não-convencionais e a pesquisa em administração. IN: *Caderno de Pesquisas em Administração*. São Paulo, v.00, n.0. 2 sem./1994.
- MONDAINI, M. Revolução Inglesa: o respeito aos direitos dos indivíduos. IN: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (org). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003. p. 115-134.
- MOREIRA, D.A. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MULLER, H. Turismo e hospitalidade no século XXI. IN: LOCKWOOD, A.; MEDLIK, S. *Turismo e Hospitalidade no século XXI*. Barueri, SP: Manole, 2003. p. 63-72.

NERI, M. *Retratos da Deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

NEUMANN, P. Case study: economic advantages of accesible tourism in Germany. IN: *OSSATE 2nd International Workshop*, Atenas, Grécia, 2005. Disponível em: www.ossate.org/library-news . Acesso em: 05 jul. 2007.

ODALIA, N. Revolução Francesa: a liberdade como meta coletiva. IN: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (org). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003. p. 159-170.

OLIVEIRA, M.A. *Ética e sociabilidade*. São Paulo: Loyola, 1993.

OMS. *Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência*. CEDIPOD.

PAULA, N.M. Planejamento e gestão da hospitalidade em restaurantes. IN: DECNKER, A.F.M. *Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade*. São Paulo: Thomson, 2004. p. 149-166.

PATTON, M.Q. *Qualitative Evaluation and research methods*. Publicações Sage: Newburry Park, 1990.

PENN, G. Análise semiótica de imagens paradas. IN: BAUER, M.W & GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 319-342.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimentos metodológicos para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. IN: *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n.4. São Paulo, ago. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/0103-06631998000400005>. Acessado em: 29 abr. 2007.

REA, M.L.; PARKER, R. A. *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

REJOWSKI, M. Turismo e pesquisa científica: pensamento internacional x situação brasileira. Campinas, SP: Papirus, 1998.

-----; SOLHA, K.T. Evolução do Turismo no Brasil. IN: REJOWSKI, M (org). *Turismo no percurso do tempo*. São Paulo: Aleph, 2002.

RIBAS, J.B. C. *O que são pessoas deficientes?* São Paulo: Brasiliense, 2003.

ROSAT, M. Personalidade adulta e as relações humanas. IN: JAMESON, S.H. *Relações Humanas*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1962. p. 143-148

ROSS, P.R. Educação e Trabalho: a conquista da diversidade ante as políticas neoliberais. IN: BIANCHETTI, L.; FREIRE, I.M. *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. Campinas, SP: Papirus, 1998. p. 53-110.

ROSSI, C.A.V.; SLONGO, L.A. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. IN: *ANPAD*. Vol. 2, n. 1, jan/abr 1998. p. 101-125. Disponível em: http://anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/502.pdf. Acessado em 05 mai. 2007.

ROZICKI, C. *Deficiente a participação nas esferas da vida em sociedade*. Revista Espaço Acadêmico. Ano II. Nº 22. Março 2003.

RUDIO, F.V. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986

RUEDA, S. Habitabilidad y calidad de vida: aproximación al concepto de calidad de vida. IN: *Ciudades para um futuro más sostenible*. Disponível em: <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>. Acesso em: 10 jun. 2007.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. IN: ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.; MAROY, J.; HIERNAUX, C.; RUQUOY, D.; SAINT-GEORGES, P. *Práticas e Métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva, 1997. p. 84-116.

SASSAKI, R.K. *Inclusão no lazer e turismo: em busca da qualidade de vida*. São Paulo: Áurea, 2003.

_____ *Vida Independente*: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003b, p. 12-16; disponibilizado pelo próprio autor por e-mail.

_____. *Inclusão*: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 2005.

SEIDL, E. M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. IN: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: mar-abr 2004, p. 580-588. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2007.

SELLTIZ; WRIGHTSMAN & COOK. *Métodos de Pesquisa nas relações sociais*: delineamentos de pesquisa. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, Y.F. e BOIA, Y.I.K. Turismo e responsabilidade social – uma reflexão sobre os direitos das pessoas com necessidades especiais. IN: RUSCHAMNN, D e SOLHA, K.T. *Planejamento turístico*. Barueri, SP: Manole, 2006.

SILVA, Y.F.; GONÇALVES, P.S. A estrutura hoteleira de Balneário Camboriú para turistas portadores de necessidades especiais. *Revista Turismo – Visão e Ação* – vol. 8. n.1 jan/abr 2006. p. 9-29.

SINGER, P. Direitos Sociais: a cidadania para todos. IN: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (org). *História da cidadania*. São Paulo: Contexto, 2003. p. 191-264.

STAINBACK, S; STAINBACK, W. *Inclusão: um guia para educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

TELFER, E. A filosofia da “hospitabilidade”. . IN: LASHLEY, C.; MORRISON, A. *Em busca da hospitalidade*: perspectivas para um mundo globalizado. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 53-78.

TRINDADE, M.N. A pessoa portadora de deficiência como turista. IN: RT&D – Revista Turismo & Desenvolvimento. 2004. vol.1. n.1. Lisboa: Editorial Notícias. p. 73-80.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VASH, C.L. *Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Pioneira, 1988.

VEIGA, L.; GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. IN: *Opinião Pública*. Vol. 7, n. 1. Campinas, 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-2762001000100001&script=sci. Acessado em 01 mai. 2007.

VÉRAS, M.P.B. *Trocando olhares: uma introdução à construção sociológica da cidade*. São Paulo: Studio Nobel, 2000.

VREEKE, G.J. et all. The quality of life of people with mental retardation: in search of an adequate approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, v. 20, n.3, p. 289-301. 1997. Disponível em www.intjrehabilres.com. Acesso em 15 jul. 2006.

WERNECK, C. *Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

_____. *Você é gente? O direito de nunca ser questionado sobre o seu valor humano*. Rio de Janeiro, WVA: 2003.

ZOGRAFOPOLUS, K. Travelers with disabilities: the american market. IN: *OSSATE 2nd International Workshop*, Atenas, Grécia, 2005. Disponível em: www.ossate.org/library-news . Acesso em: 05 jul. 2007.

APÊNDICE

A – Roteiro da Entrevista

Seção I: Dados de Identificação

Sexo: () F () M

Idade: _____

Estado Civil: () Solteiro

() Casado

() Divorciado

() Separado

() Outro

Nível de Instrução: () Ensino Médio

() Ensino Superior

() Pós-graduação

Completo	Incompleto

Renda Pessoal: () até 01 Salário Mínimo

() entre 02 e 04 salários mínimos

() entre 05 e 07 salários mínimos

() superior a 08 salários mínimos

() sem resposta

Trabalha: () sim () Não Atividade Exercida: _____

A deficiência foi: () adquirida () congênita

Se adquirida, há quanto tempo? _____

Seção II: Conceituação do termo inclusão social pelos cadeirantes

- 1) O que você entende por inclusão social?
- 2) Em sua opinião, quais são os principais empecilhos para que as pessoas com deficiência se tornem socialmente incluídas?
- 3) E quais são os facilitadores?
- 4) Você já passou por situações em que tenha se sentido socialmente excluído? Descreva essa situação.
- 5) Qual a importância das pessoas (comunidade) para a inclusão social?

Seção III: Compreensão do termo qualidade de vida segundo os cadeirantes

- 1) O que você entende por qualidade de vida?
- 2) Você acha que tem uma vida social ativa?
- 3) Seus amigos são mais do trabalho, família, vizinhos, outros?
- 4) Como você é tratado por pessoas que não conhece?
- 5) Você conhece alguma lei específica para as pessoas com deficiência? Qual?
- 6) Você acha que as leis estão adequadas às suas necessidades?

Seção IV: Compreensão do termo acessibilidade segundo os cadeirantes

- 1) O que você entende por acessibilidade?
- 2) Descreva, a partir de sua experiência, os fatores facilitadores dos locais que você frequenta em relação ao acesso
- 3) Aonde você gostaria de ir que não é acessível?
- 4) Quais as situações / comportamentos de pessoas dificultam seu acesso?

Seção V: Compreensão dos termos Turismo e Hospitalidade segundo os cadeirantes

- 1) Você costuma viajar?
- 2) Com que frequência você viaja?

- 3) Você procura uma agência de viagem?
- 4) Quais as informações e ações que você costuma levantar quando vai viajar?
- 5) O que leva você a viajar? (qual o motivo?)
- 6) Qual a importância da viagem para você?
- 7) Como você se sente como turista nesses lugares turísticos?
- 8) Como os habitantes locais te recebem?
- 9) e os outros turistas?
- 10) Para que lugar você gostaria de ir na sua próxima viagem? Por que?
- 11) Relate uma viagem inesquecível, descrevendo, principalmente, cada um dos seguintes tópicos:
 - a) Data:
 - b) Meio de transporte Utilizado:
 - c) Local (cidade):
 - d) Meio de hospedagem utilizado:
 - e) Motivo da viagem:
 - d) Acompanhante:
 - e) Recepção dos habitantes do local:
 - e) Aspecto positivo:
 - f) Aspecto negativo:
- 12) Cite o principal aspecto que tornou essa viagem inesquecível.
- 13) Em uma escala de 0 a 10, como você avalia essa experiência no que se refere à:
 - a) inclusão social
 - b) qualidade de vida

B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após os esclarecimentos sobre as informações dispostas a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, composto por duas páginas. Uma via é sua e a outra é da pesquisadora. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma.

Em caso de dúvida, você pode procurar o *Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)*, Norma 196/9.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Turismo, Hospitalidade e Inclusão social para cadeirantes.

Pesquisadora Responsável: Bruna de Castro Mendes

Telefone para contato: (19) 9716-7819 / (19) 3433-5656

A pesquisa tem como objetivo identificar na atividade turística os atributos que contribuem para a inclusão social e a qualidade de vida dos cadeirantes, segundo a percepção dos mesmos. A técnica utilizada envolve uma entrevista, com duração média de 01h30, com gravação apenas do áudio em MP3, em local escolhido pelo próprio entrevistado (caso não indique o local, a pesquisadora pode propor algum ambiente). Após o término da entrevista, a mesma será transcrita e analisada pela pesquisadora. Não há nenhum risco ou prejuízo causado por essa pesquisa. O principal benefício é contribuir para uma melhor compreensão do universo dos cadeirantes, buscando facilitar o acesso dos mesmos ao turismo. Ressalta-se que o entrevistado tem todo o direito de retirar o consentimento da pesquisa a qualquer momento.

Bruna de Castro Mendes

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,

_____, RG/ CPF _____-, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Turismo, Hospitalidade e Inclusão social para cadeirantes, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Bruna de Castro Mendes sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve à qualquer penalidade.

Local e Data: _____

Nome e assinatura do sujeito: _____

ANEXOS

A- Decreto 3.956, de 08 de outubro de 2001

Promulga a convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiências.

Considerando que o Congresso Nacional aprovou o texto da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência por meio do Decreto Legislativo nº 198, de 13 de junho de 2001;

Considerando que a Convenção entrou em vigor, para o Brasil, em 14 de setembro de 2001, nos termos do parágrafo 3, de seu artigo VIII;

DECRETA:

Art. 1º A Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, apensa por cópia ao presente Decreto, será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém.

Art. 2º São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão da referida Convenção, assim como quaisquer ajustes complementares que, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição, acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Comprometidos a eliminar a discriminação, em todas suas formas e manifestações, contra as pessoas portadoras de deficiência,

Para os efeitos desta Convenção, entende-se por:

1. Deficiência

O termo "deficiência" significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

2. Discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência

a) o termo "discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência" significa toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais.

b) Não constitui discriminação a diferenciação ou preferência adotada pelo Estado Parte para promover a integração social ou o desenvolvimento pessoal dos portadores de deficiência, desde que a diferenciação ou preferência não limite em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas e que elas não sejam obrigadas a aceitar tal diferenciação ou preferência. Nos casos em que a legislação interna preveja a declaração de interdição, quando for necessária e apropriada para o seu bem-estar, esta não constituirá discriminação.

Artigo II

Esta Convenção tem por objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade.

2. Trabalhar prioritariamente nas seguintes áreas:

a) prevenção de todas as formas de deficiência preveníveis;

b) detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, educação, formação ocupacional e prestação de serviços completos para garantir o melhor nível de independência e qualidade de vida para as pessoas portadoras de deficiência; e

c) sensibilização da população, por meio de campanhas de educação, destinadas a eliminar preconceitos, estereótipos e outras atitudes que atentam contra o direito das pessoas a serem iguais, permitindo desta forma o respeito e a convivência com as pessoas portadoras de deficiência.

B – Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999

Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na [Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989](#),

DECRETA:

CAPÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 1º A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência 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, triplegia, triparesia, 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;

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

CAPÍTULO III

Das Diretrizes

Art. 6º São diretrizes da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência:

I - estabelecer mecanismos que acelerem e favoreçam a inclusão social da pessoa portadora de deficiência;

II - adotar estratégias de articulação com órgãos e entidades públicos e privados, bem assim com organismos internacionais e estrangeiros para a implantação desta Política;

III - incluir a pessoa portadora de deficiência, respeitadas as suas peculiaridades, em todas as iniciativas governamentais relacionadas à educação, à saúde, ao trabalho, à edificação pública, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à habitação, à cultura, ao esporte e ao lazer;

IV - viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência em todas as fases de implementação dessa Política, por intermédio de suas entidades representativas;

V - ampliar as alternativas de inserção econômica da pessoa portadora de deficiência, proporcionando a ela qualificação profissional e incorporação no mercado de trabalho; e

VI - garantir o efetivo atendimento das necessidades da pessoa portadora de deficiência, sem o cunho assistencialista.

Seção V

Da Cultura, do Desporto, do Turismo e do Lazer

Art. 46. Os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela cultura, pelo desporto, pelo turismo e pelo lazer dispensarão tratamento prioritário e adequado aos assuntos objeto deste Decreto, com vista a viabilizar, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

I - promover o acesso da pessoa portadora de deficiência aos meios de comunicação social;

II - criar incentivos para o exercício de atividades criativas, mediante:

a) participação da pessoa portadora de deficiência em concursos de prêmios no campo das artes e das letras; e

b) exposições, publicações e representações artísticas de pessoa portadora de deficiência;

III - incentivar a prática desportiva formal e não-formal como direito de cada um e o lazer como forma de promoção social;

IV - estimular meios que facilitem o exercício de atividades desportivas entre a pessoa portadora de deficiência e suas entidades representativas;

V - assegurar a acessibilidade às instalações desportivas dos estabelecimentos de ensino, desde o nível pré-escolar até à universidade;

VI - promover a inclusão de atividades desportivas para pessoa portadora de deficiência na prática da educação física ministrada nas instituições de ensino públicas e privadas;

VII - apoiar e promover a publicação e o uso de guias de turismo com informação adequada à pessoa portadora de deficiência; e

VIII - estimular a ampliação do turismo à pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a oferta de instalações hoteleiras acessíveis e de serviços adaptados de transporte.

Art. 47. Os recursos do Programa Nacional de Apoio à Cultura financiarão, entre outras ações, a produção e a difusão artístico-cultural de pessoa portadora de deficiência.

Parágrafo único. Os projetos culturais financiados com recursos federais, inclusive oriundos de programas especiais de incentivo à cultura, deverão facilitar o livre acesso da

pessoa portadora de deficiência, de modo a possibilitar-lhe o pleno exercício dos seus direitos culturais.

Art. 48. Os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, promotores ou financiadores de atividades desportivas e de lazer, devem concorrer técnica e financeiramente para obtenção dos objetivos deste Decreto.

Parágrafo único. Serão prioritariamente apoiadas a manifestação desportiva de rendimento e a educacional, compreendendo as atividades de:

- I - desenvolvimento de recursos humanos especializados;
- II - promoção de competições desportivas internacionais, nacionais, estaduais e locais;
- III - pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, documentação e informação; e
- IV - construção, ampliação, recuperação e adaptação de instalações desportivas e de lazer.

CAPÍTULO VIII

Da Política de Capacitação de Profissionais Especializados

Art. 49. Os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, responsáveis pela formação de recursos humanos, devem dispensar aos assuntos objeto deste Decreto tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

- I - formação e qualificação de professores de nível médio e superior para a educação especial, de técnicos de nível médio e superior especializados na habilitação e reabilitação, e de instrutores e professores para a formação profissional;
- II - formação e qualificação profissional, nas diversas áreas de conhecimento e de recursos humanos que atendam às demandas da pessoa portadora de deficiência; e
- III - incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico em todas as áreas do conhecimento relacionadas com a pessoa portadora de deficiência.

C – Lei 10.098, 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, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

Art. 2º Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II – barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:

a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;

c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa;

III – pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida: a que temporária ou permanentemente tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo;

IV – elemento da urbanização: qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamentos para esgotos, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

V – mobiliário urbano: o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoque alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

VI – ajuda técnica: qualquer elemento que facilite a autonomia pessoal ou possibilite o acesso e o uso de meio físico.

CAPÍTULO IV

DA ACESSIBILIDADE NOS EDIFÍCIOS PÚBLICOS OU DE USO COLETIVO

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.

D – Lei 8.899, de 29 de junho de 1994

Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É concedido passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de noventa dias a contar de sua publicação.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 29 de junho de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

Cláudio Ivanof Lucarevschi

Leonor Barreto Barreto Franco

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 30.6.1994.

E – Lei 10.436, de 24 de abril de 2002

Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - Libras e outros recursos de expressão a ela associados.

Parágrafo único. Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema lingüístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema lingüístico de transmissão de idéias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

Art. 2º Deve ser garantido, por parte do poder público em geral e empresas concessionárias de serviços públicos, formas institucionalizadas de apoiar o uso e difusão da Língua Brasileira de Sinais - Libras como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil.

Art. 3º As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor.

Art. 4º O sistema educacional federal e os sistemas educacionais estaduais, municipais e do Distrito Federal devem garantir a inclusão nos cursos de formação de Educação Especial, de Fonoaudiologia e de Magistério, em seus níveis médio e superior, do ensino da Língua Brasileira de Sinais - Libras, como parte integrante dos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A Língua Brasileira de Sinais - Libras não poderá substituir a modalidade escrita da língua portuguesa.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de abril de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Paulo Renato Souza

F – Lei 12.492, de 10 de outubro de 1997

Assegura o ingresso de cães-guia para deficientes visuais em locais de uso público ou privado.

(Projeto de Lei n. 467/94, do Vereador Zenas Pires)

Celso Pitta, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhes são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 16 de setembro de 1997, decretou e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica assegurado ao deficiente visual parcial ou total, o direito de ingressar e permanecer com seu cão condutor em todos os ambientes públicos ou particulares, meios de transportes, ou qualquer local onde necessite.

Art. 2º - As entidades especializadas no adestramento de cães condutores de deficientes visuais, obrigam-se a fornecer documento habilitando o animal e seu usuário, a fornecer documento responsabilizando-se por quaisquer danos oriundos de seu uso previsto nesta Lei.

Parágrafo único. O deficiente visual deverá portar original ou cópia autenticada do documento referido no "caput" deste artigo, e apresentá-lo sempre que exigido.

Art. 3º - As despesas decorrentes com a implantação desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.