

## Turismo e **mobilidade reduzida**

MARCELLO TOMÉ \* [ marcellotome@gmail.com ]

**Resumo** | A prática do turismo é almejada por grande parcela da população mundial. No entanto, parte significativa dos indivíduos não tem condição de beneficiar dos efeitos positivos do turismo, estando estes indivíduos excluídos ou incluídos precariamente da referida atividade. Estes são expressos pelas pessoas com mobilidade reduzida, tais como pessoas idosas, pessoas com deficiências, pessoas de baixa ou elevada estatura, obesos entre outros. Para melhor compreender as diferenças entre os grupos que compõem a parcela da população com mobilidade reduzida e os fatores limitantes para fruição turística destes grupos sociais, foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória, envolvendo levantamento bibliográfico a partir da análise da legislação vigente relativa à acessibilidade, da análise de livros, artigos e normas técnicas, buscando responder a seguinte questão: Quais grupos sociais compõem as pessoas com mobilidade reduzida e quais as principais dificuldades por eles enfrentadas para a fruição turística em espaços urbanos? As conclusões preliminares desta investigação apontam diferentes grupos sociais com mobilidade reduzida temporária e permanente, além de indicar que cidades como o Rio de Janeiro apresentam em suas vias e edificações grau de acessibilidade insatisfatório.

**Palavras-chave** | Turismo, Mobilidade reduzida, Acessibilidade, Inclusão social.

**Abstract** | The practice of tourism is wanted by a large portion of the world population. However, a significant portion of individuals cannot afford to benefit from the positive effects of tourism, and these individuals excluded or included precariously to that activity. These are expressed by persons with reduced mobility such as the elderly, people with disabilities, people with low or high stature, obese among others. To better understand the differences between the groups that make up part of the population with reduced mobility and the limiting factors for tourist enjoyment of these social groups, an exploratory research was conducted. A literature analysis of the current legislation on accessibility, analysis of books, articles and technical standards was carried out, seeking to answer the following question: which social groups comprise people with reduced mobility and the main difficulties faced by them for tourist enjoyment in urban spaces? Preliminary results of this research suggest the existence of different social groups with temporary and permanent disabled, besides indicating that cities like Rio de Janeiro have streets and buildings with unsatisfactory degree of accessibility.

**Keywords** | Tourism, Reduced mobility, Accessibility, Social inclusion.

---

\* **Doutor em Geografia** pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil. **Professor Adjunto IV** do Departamento de Turismo da UFF.

## 1. Introdução

O turismo é formado por um conjunto de bens e serviços tangíveis e intangíveis, interagindo com os desejos e anseios psicossociais do viajante durante seu tempo livre nos destinos visitados, sendo caracterizado não apenas como uma importante atividade econômica, já que os benefícios gerados pelo turismo vão muito além dos efeitos multiplicadores econômicos, tais como geração de emprego e ampliação da renda, mas também pelos relevantes impactos nas esferas ecológica, cultural, política e social, pois se caracteriza como um relevante fenómeno de carácter socioespacial, gerando, a partir da mobilidade dos indivíduos, a interação entre povos e distintas culturas.

O turismo ao propiciar às pessoas a ausência do cotidiano habitual através da evasão do próprio entorno habitual, contribui para a recuperação psicológica e física do indivíduo, sendo considerada uma prática essencial para a sociedade contemporânea, sobretudo para as pessoas com mobilidade reduzida. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>1</sup> estima que este grupo alcance 45.623.910 pessoas, correspondendo a cerca de 23,9% da população brasileira. Deste total, cerca de 20.590.599 (10,79% do total de habitantes do Brasil) são idosos, ou seja, pessoas com mais de sessenta anos de idade. Estes dados foram coletados durante a investigação do Censo IBGE 2010 e foram obtidos de forma auto declaratória. São números expressivos e como comparação o total de pessoas com mobilidade reduzida no Brasil equivale ao total de habitantes da Espanha, que é o 27.º país mais populoso do mundo. Portanto, constituem uma demanda turística real e potencial relevante e que deve ser melhor compreendida e assistida, viabilizando o desenvolvimento do turismo inclusivo e acessível, propiciando condições para que os indivíduos que possuem deficiência ou mobilidade reduzida permanente ou temporária possam usufruir com segurança e autonomia das edificações, equipamentos e serviços turísticos.

## 2. Metodologia

A presente pesquisa tem como objetivo compreender as diferenças entre os grupos que compõem a parcela da população com mobilidade reduzida e os fatores limitantes para fruição turística destes grupos sociais. Apresenta carácter exploratório, possuindo natureza qualitativa e descritiva. A fim de proporcionar maior familiaridade com o problema e alcançar o objetivo principal desta investigação, foi realizado levantamento bibliográfico a partir dos seguintes temas: turismo, mobilidade reduzida, tipos de deficiência e normas de acessibilidade. Construído o aporte teórico, foram utilizados alguns dados obtidos junto às entrevistas semiestruturadas aplicadas nas cidades de Málaga (Espanha) e Rio de Janeiro (Brasil), integrantes de um projeto maior de pós-doutorado realizado pelo autor deste artigo com apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). A partir da revisão bibliográfica foram estabelecidos os diferentes tipos de mobilidade reduzida e de deficiências. Já as entrevistas possibilitaram diagnosticar, a partir da percepção das pessoas com mobilidade reduzida, se as referidas cidades apresentavam acessibilidade satisfatória para a fruição turística.

## 3. Mobilidade reduzida e deficiência

É comum a incerteza em relação ao uso dos termos mais adequados para tratar a deficiência e a mobilidade reduzida. Esta questão passa pelo 'politicamente correto', mas deve ser embasada de forma técnica e científica.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que é o fórum nacional de normalização, teve elaborado pela Comissão de Estudo de Edificações e Meio do Comitê Brasileiro de Acessibilidade,

<sup>1</sup> Instituto que tem entre suas funções a realização do Censo demográfico brasileiro.

a norma 'NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos'. Esta norma, validada em 2004 e corrigida em 2005, estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade. Além disso, apresenta definições essenciais para a acessibilidade, tais como mobilidade e deficiência.

### 3.1. Pessoas com mobilidade reduzida

Segundo consta na ABNT NBR 9050, pessoas com mobilidade reduzida seriam aquelas que, temporária ou permanentemente, "têm limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo. Entende-se por pessoa com mobilidade reduzida, a pessoa com deficiência, idosa, obesa, gestante entre outros" (ABNT, 2004, p. 4).

Referente à mobilidade reduzida e ao turismo, há também outra definição, relevante para o referido setor, que está presente no Manual de Orientações do Ministério do Turismo do Brasil (MTur) sobre Turismo e Acessibilidade: "mobilidade reduzida é a dificuldade de movimento, permanente ou temporário, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção" (Ministério do Turismo, 2006, p. 14).

Lembramos que a evolução científica pode propiciar, no futuro, intervenções cirúrgicas ou outros tratamentos clínicos que minimizem ou extingam as dificuldades que um determinado indivíduo possui para se relacionar com o meio e utilizá-lo, fazendo com que aquela dificuldade ou deficiência não exista mais. Neste caso, o mesmo deixaria de ser considerada uma pessoa com mobilidade reduzida. Tal percepção de permanência está vinculada a matriz social, neste caso, ao nível técnico-científico disponível à sociedade naquele momento histórico.

Já a mobilidade reduzida temporária vem a ser aquela, cujas dificuldades apresentadas por

determinado indivíduo para interagir com o meio e utilizar seus elementos, tendem a findar-se a curto e médio prazo. É o caso de pessoas que sofrem danos nos membros, como fraturas e entorses, exigindo imobilização dos mesmos; das mulheres grávidas, principalmente na fase final da gestação; de pessoas que se encontram com algum problema de saúde ou em fase de recuperação de cirurgias, ou de tratamentos clínicos, que impõem ao indivíduo dificuldades de deslocamento e interação plena com o ambiente.

De acordo com o explicitado até aqui, é possível considerar que um indivíduo possui mobilidade reduzida quando apresenta dificuldade em interagir com o meio e utilizar os elementos neste presentes, por conta de impossibilidades motoras, intelectuais ou sensoriais, não apresentando expectativa de fruição plena sem o uso de equipamentos ou assistência humana.

Encontram-se, portanto, entre os grupos sociais que apresentam ou podem apresentar mobilidade reduzida permanente: (i) Pessoas com deficiência; (ii) obesos; (iii) pessoas com baixa estatura; (iv) pessoas com elevada estatura; (v) idosos.

### 3.2. Pessoas com deficiência

Este vem a ser outro termo complicado, com manifestações contrárias de seu uso por diversos grupos e associações no Brasil e em outros países do mundo. Sasaki (2010) afirma que ao longo do tempo e a partir do contexto social e histórico das distintas épocas, diversos termos foram utilizados para identificar este grupo social. Muitos dos termos utilizados eram altamente discriminatórios, tais como inválidos, incapacitados, incapazes, pessoas sem capacidade, defeituosos, deficientes, excepcionais, pessoas deficientes e pessoa portadora de deficiência. Este último termo (pessoa portadora de deficiência) foi utilizado na Constituição Federal e se encontra presente em diversos decretos e leis, relacionados com a deficiência, publicados no Brasil no referido período.

A partir de meados da década de 1990 até os dias atuais, empregam-se os termos ‘pessoas com necessidades especiais’ e ‘pessoas com deficiência’, cada um com significado próprio. A expressão ‘pessoas com necessidades especiais’ tanto poderia se referir as pessoas com deficiência ou não. Já o termo ‘pessoas com deficiência’ surgiu da reflexão de que deficiências não se portam, não são carregadas como objetos de um lado para outro, elas são vivenciadas. Por este motivo, a palavra ‘portadora’ acabou sendo retirada da expressão (Sasaki, 2010).

Apesar do surgimento, ao longo dos anos, de vários termos para se referir às pessoas com deficiência, deve-se esclarecer que “nunca existiu uma nomenclatura correta para todas as épocas e sociedades, pois a cada época e lugar são utilizados termos cujos significados são compatíveis com os valores que estejam em vigor em cada sociedade” (Leandro, 2013, p. 34).

Em 2007, foi firmada a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. O propósito desta Convenção era promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as ‘pessoas com deficiência’ e promover o respeito pela sua dignidade inerente. O Brasil aderiu a esta convenção através do Decreto Legislativo n.º 186, de 9 de julho de 2008, promulgado pelo Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. Com isso, o Governo do Brasil passou a adotar em documentos oficiais o termo ‘pessoas com deficiência’ se referindo àquelas pessoas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Esta expressão e este conceito são considerados adequados, mas não há unanimidade em sua utilização. Burnes e Oliver (2002) citado por Diniz (2007, p. 20), afirmam que o termo ‘pessoa com deficiência’ sugere que a deficiência é prioridade do indivíduo e não da sociedade. “Para os autores, não faz sentido

falar sobre pessoas e deficiência separadamente, sendo, portanto, o termo ‘deficiente’ politicamente mais forte e adequado do que ‘pessoa com deficiência’” (Leandro, 2013, p. 35). É possível identificar pelo menos cinco tipos de deficiências, a saber: deficiência física, deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência intelectual e deficiência múltipla. Veremos, a seguir, as definições de cada tipo de deficiência<sup>2</sup>.

### 3.2.1. Deficiência física

A deficiência física, também apontada por algumas associações e pessoas como deficiência motora, apresenta certa dificuldade de definição. Fávero (2007, p. 30), de maneira simplificada, afirma que a deficiência física está relacionada a uma “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, tendo como consequência o comprometimento da função física”.

A legislação brasileira, a partir do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004<sup>3</sup>, Capítulo II, parágrafo 1.º, alínea a), define a deficiência física<sup>4</sup> como sendo uma 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 funções estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

<sup>2</sup> Existem divergências em relação aos tipos de deficiência. Na Espanha, por exemplo, a deficiência auditiva e visual é considerada como deficiência sensorial. Além disso, consideram a existência da deficiência orgânica, expressa em doenças como a diabetes e a esclerose múltipla.

<sup>3</sup> Regulamenta as Leis n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

<sup>4</sup> Esta definição é utilizada também pelo Ministério do Turismo, em seu Manual de Orientações.

Vale destacar que este comprometimento da função física pode ser parcial ou total e só é considerado como deficiência, quando é limitante ou impeditivo para a interação plena do indivíduo com o ambiente.

### 3.2.2. Deficiência visual

A deficiência visual pode ser considerada a perda total ou parcial significativa da capacidade visual em ambos os olhos de forma permanente. Para um indivíduo ser considerado deficiente visual, o mesmo não pode ter sua acuidade visual melhorada através do uso de lentes e tratamento clínico ou cirúrgico.

A deficiência visual não engloba exclusivamente quem é considerado cego, mas também quem possui baixa capacidade visual, ou seja, os indivíduos considerados de baixa visão. A legislação brasileira considera um indivíduo como deficiente visual, quando a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho e com a melhor correção óptica (neste caso, o indivíduo é considerado cego) ou quando a acuidade visual encontra-se entre 0,3 e 0,05 no melhor olho e com a melhor correção óptica (neste caso o indivíduo é considerado de baixa visão). Também é considerado deficiente visual, quando um indivíduo apresenta a somatória da medida do seu campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (Decreto n.º 5.296/2004).

### 3.2.3. Deficiência auditiva

Segundo a legislação brasileira, a deficiência auditiva é considerada "a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz" (Decreto n.º 5.296/2004).

Existem diferentes graus de deficiência auditiva, podendo o indivíduo apresentar uma deficiência auditiva leve ou ser surdo, apresentando uma deficiência auditiva profunda. Segundo Couto

(1985), a deficiência auditiva pode ser classificada como leve, com perda auditiva entre 20 a 40 dB; média ou moderada com perda de 40 a 70 dB da capacidade auditiva; severa, com perda de 70 a 90 dB; e profunda, com perda superior a 90 dB da capacidade auditiva.

Vale destacar que alguns surdos não se consideram pessoas com deficiência, e sim pessoas com linguagem diferente, pois os problemas enfrentados pelos surdos seriam semelhantes aos vivenciados por indivíduos sem deficiência em uma localidade cujas pessoas não falam o seu idioma. A dificuldade de comunicação, em ambos os casos, seria similar.

### 3.2.4. Deficiência mental

O termo 'deficiente mental' é largamente utilizado no Brasil, mesmo sendo esta expressão bastante criticada por especialistas. Segundo Sasaki (2002) o termo correto para se dirigir a uma pessoa com deficiência mental, independente do nível de limitação, seria 'deficiente intelectual'.

No Brasil, a deficiência intelectual é definida como o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (Decreto n.º 5.296/2004).

Na definição supracitada percebe-se claramente a influência de outra definição, publicada em 1992, pela Associação Americana de Deficiência Mental, considerando a deficiência intelectual como um atributo do indivíduo que interage com o seu meio ambiente físico e humano, que por sua vez deve adaptar-se às necessidades especiais dessa pessoa, provendo-lhe o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente de que ela necessita para funcionar em dez áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidado, habilidades sociais, vida familiar, uso comunitário, autonomia, saúde e

segurança, funcionalidade académica, trabalho e lazer.

### 3.2.5. Deficiência múltipla

A deficiência múltipla apresenta várias possibilidades de manifestação, podendo ser entendida como o conjunto de duas ou mais deficiências associadas, presentes em um indivíduo. A definição de deficiência múltipla na esfera legal brasileira é simples e indica ser a “associação de duas ou mais deficiências” (Decreto n.º 5.296/2004).

### 3.3. Obesidade

As recentes mudanças no padrão de alimentação ocorridas nas últimas décadas, direcionam as pessoas para uma dieta mais calórica, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, vem convergindo para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo (Francischi et al., 2000).

A obesidade, também conhecida como pimelese, é considerada um grave problema contemporâneo de saúde pública, sendo uma doença crônica multifatorial, na qual há o aumento da reserva natural de gordura, resultado, em geral, do balanço energético positivo, ou seja, da ingestão alimentar superior ao gasto energético. Questões hormonais e genéticas podem influenciar decisivamente no aumento da reserva de gordura e conseqüentemente no surgimento da obesidade.

A definição<sup>5</sup> se um indivíduo é obeso ocorre através da verificação do Índice de Massa Corporal; da Medição de Obesidade Central, através da aferição da circunferência absoluta ou do Índice Cintura-quadril; do Índice de Adiposidade Corporal e da medição das pregas ou dobras cutâneas, através de um adipômetro.

Uma pessoa obesa pode apresentar, em decorrência da obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, apneia do sono, osteoartrite entre outros problemas de saúde que afetam a mobilidade.

### 3.4. Pessoas com baixa estatura

Pessoas com baixa estatura seriam aquelas que estão significativamente abaixo da altura média para uma pessoa da mesma idade e sexo. A baixa estatura pode ser causada por questões genéticas, síndromes, deficiências no hormônio do crescimento ou por doenças, como enfermidades ósseas ou esqueléticas (tais como raquitismo ou acondroplasia), doenças cardíacas, doenças renais, artrite reumatoide juvenil, hipotireoidismo, diabetes, entre outras causas.

Behrmann, Kliegman e Jenson (2004) afirmam que a baixa estatura mais preocupante seria considerada nanismo, cujas causas e tipos também são variados. Segundo os referidos autores, os indivíduos do sexo masculino cuja altura não alcance 1,45 metro e do sexo feminino, cuja altura não alcance 1,40 metro teriam nanismo.

A baixa estatura pode gerar relevantes dificuldades de mobilidade para o indivíduo, principalmente para aqueles que apresentam nanismo desproporcional, com o encurtamento dos membros e comprometimento da coluna vertebral.

### 3.5. Pessoas com elevada estatura

As pessoas com estatura elevada são aquelas que apresentam condição de altura significativamente acima da média dos indivíduos do mesmo sexo e faixa etária. A altura acima do normal pode ter causa hereditária, sendo este o determinante mais comum. Em alguns casos, o excesso de secreção do hormônio do crescimento, síndromes como a de McCune-Albright e doenças como a neurofibromatose podem levar ao aumento anormal da altura de uma pessoa. Em alguns casos o aumento exagerado da altura se caracteriza como gigantismo, doença muito rara e que pode fazer com que uma pessoa ultrapasse 2,40 metros de altura.

<sup>5</sup> O diagnóstico de obesidade deve ser feito por profissionais habilitados e com competência para realiza-lo.

Apesar de termos muitas vezes a percepção de altura elevada como algo positivo e vinculado a pessoas saudáveis e viris, como os atletas que praticam determinados esportes, como o vôlei e o basquete, muitas pessoas com altura elevada apresentam problemas ósseos e musculares que, somados a altura, criam severos problemas de mobilidade. Além disso, no caso do gigantismo, a expectativa de vida é reduzida.

### 3.6. Idosos

Definir a partir de que idade tem início a fase idosa é uma tarefa difícil e também não há unanimidade entre instituições, muito menos entre as pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada das Nações Unidas, que objetiva a saúde pública em nível mundial, define idoso de acordo com a relação idade e situação socioeconômica do país. Nos países centrais desenvolvidos, um indivíduo para ser considerado idoso, tem que ter completado pelo menos 65 anos de vida. Já nos países periféricos, ditos em desenvolvimento, é considerado idoso o indivíduo que completou sessenta anos de vida. Ou seja, na perspectiva da OMS, nos países pobres as pessoas ficam velhas mais cedo.

O Governo brasileiro no artigo 1.º, da Lei 10.471, de 1 de outubro de 2003, denominada Estatuto do Idoso, segue a indicação da OMS e define os idosos como pessoas com mais de sessenta anos, ao afirmar que o objetivo do referido estatuto é “regular os

direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos”.

Não é exclusivamente o fato do indivíduo ser idoso que o conduz à situação de pessoa com mobilidade reduzida. Muitas pessoas com mais de sessenta anos não apresentam dificuldades em interagir com o meio e utilizar os elementos e objetos presentes no ambiente. Tal fato se deve há um percentual significativo de idosos apresentar bom estado de saúde, não apresentando mobilidade reduzida. No entanto, muitos idosos apresentam mobilidade reduzida, pois a longevidade impõe, em muitos casos: (i) perda de força muscular; (ii) a redução da capacidade visual; (iii) perda auditiva; (iv) a perda de funções intelectuais<sup>6</sup>; (v) redução de outras modalidades sensoriais, como os sentidos vestibular e de propriocepção<sup>7</sup>. Questões como estas impõem a muitos idosos a mobilidade reduzida, situação limitante e as vezes impeditiva para, entre outras coisas, a fruição turística.

## 4. Turismo e mobilidade reduzida

Um percentual significativo das pessoas idosas apresenta mobilidade reduzida e, por conta disso, possuem certas limitações para viajar, devido as suas condições físicas, intelectuais e sensoriais. Mas estes não são os únicos impedimentos.

Como foi destacado anteriormente, a matriz social contemporânea não possibilita, através da tecnologia e dos avanços científicos, solucionar ou minimizar eficientemente os problemas motores, orgânicos e sensoriais que uma pessoa idosa ou indivíduos de outros grupos sociais de mobilidade reduzida apresentam. Mas está disponível na contemporaneidade, conhecimento e tecnologia para reduzir os problemas para fruição e interação dos indivíduos no ambiente e nos objetos urbanos que utiliza, através de ações que tornem o espaço acessível.

Um espaço é considerado acessível quando as vias públicas, edificações, mobiliários, equipamentos

<sup>6</sup> Considera-se a perda de funções intelectuais como demência senil, gerando no indivíduo a alteração da memória, raciocínio e linguagem, causando muitas vezes a perda da capacidade de realizar movimentos e de reconhecer ou identificar objetos e pessoas. Esses sintomas interferem nas atividades profissionais e sociais da vida diária do indivíduo, ocorrendo com mais frequência a partir dos sessenta anos de idade.

<sup>7</sup> O sentido vestibular e o sentido proprioceptivo estão relacionados ao equilíbrio e a capacidade do indivíduo em reconhecer a localização espacial do seu corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão.

urbanos ou outros objetos e elementos presentes no espaço, podem ser alcançados, acionados, utilizados e vivenciados por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida (ABNT, 2004). Quando espaço é acessível não existe apenas para as pessoas com mobilidade reduzida, mas para todas as pessoas, a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano, etc.

Acontece que a maioria das nossas cidades e destinações turísticas não são acessíveis, ou melhor, a acessibilidade é limitada, restringindo e muitas vezes impedindo a fruição turística por pessoas idosas e demais indivíduos com mobilidade reduzida.

Está-se ciente que a necessidade de espaços acessíveis não está relacionada exclusivamente nem prioritariamente ao turismo, devendo ser pensada em primeiro lugar ao cidadão que vivencia cotidianamente aquele espaço, edificação, etc. Mas quando a localidade é acessível para a população residente, cujas barreiras são eliminadas ou minimizadas, a localidade torna-se também acessível para a população flutuante, ou seja, para os visitantes, inclusive para os turistas. É preciso, portanto, eliminar as barreiras nas cidades, tornando-as mais acessíveis para os moradores e para os turistas.

Segundo a ABNT (2004), as barreiras podem ser de caráter arquitetônico, urbanístico ou ambiental, caracterizando-se como qualquer elemento natural, instalado ou edificado que impeça a aproximação, transferência ou circulação no espaço, mobiliário ou equipamento urbano. As barreiras de caráter arquitetônico são aquelas relacionadas principalmente às edificações, ou seja, se refere aos edifícios, estabelecimentos e instalações públicas e privadas de uso comunitário. As barreiras urbanísticas são aquelas que se encontram nas vias públicas (ruas, avenidas, etc.) e espaços públicos e privados de uso comunitário. As barreiras naturais são aqueles elementos naturais que geram impedimento à acessibilidade, tais como árvores, rochas, corpos d'água, etc. Apesar de não ser destacado pela ABNT como barreira, existem ou-

tras normas internacionais que indicam as barreiras no transporte, relacionadas aos meios de transporte, rodoviário, ferroviário, aéreo, marítimo/fluvial, etc. e de suas instalações complementares, tais como as próprias vias e terminais de passageiros.

É possível perceber dois pontos relativos aos problemas de mobilidade reduzida. O primeiro é de nível pessoal, ou seja, as particularidades motoras, orgânicas, sensoriais e mentais de cada indivíduo que o inserem no grupo de mobilidade reduzida, seja por ser uma pessoa com alguma deficiência, por ser obesa, idosa, ter baixa ou alta estatura (Junta de Andalucía, 2012). Tal condição dificulta o uso e desfrute do espaço turístico. O segundo é relativo as barreiras, pois são estas que impõem a não acessibilidade, ou seja, as ruas sem rampas e esburacadas, o transporte não acessível, as edificações sem acessibilidade, etc. Portanto, se não há tecnologia e conhecimento para solucionar o aspecto pessoal, há tecnologia e conhecimento para abolir as barreiras.

Muito pouco vem acontecendo para tornar as cidades acessíveis. As poucas iniciativas no Brasil são recentes e destacadas a partir da criação da ABNT 9.050/2004 e do Decreto 6.949/2009, dando a impressão que o Poder Público percebe as pessoas com mobilidade reduzida pela perspectiva do modelo biomédico.

O modelo biomédico afirma haver uma relação de causalidade e dependência entre os impedimentos corporais e as desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas com deficiência. Para os adeptos do modelo biomédico, segundo Diniz e Santos (2010), o corpo da pessoa com alguma implicação que gera a mobilidade reduzida, deve ser objeto de intervenção clínica ou cirúrgica. Por sua vez, os indivíduos cujos corpos apresentam alguma anormalidade, devem ser alvo de ações de reabilitação ou curativas com a intenção de reverter ou amenizar tal situação. "Neste sentido, a mobilidade reduzida deve ser minimizada através de ações voltadas para o tratamento do corpo com impedimentos, visando adaptá-lo aos padrões de um corpo saudável e capaz" (Diniz & Santos, 2010, p. 201).

De uma forma mais abrangente, o modelo biomédico enfatiza que:

a deficiência é uma desvantagem natural, devendo os esforços se concentrarem em reparar os impedimentos corporais, a fim de garantir a todas as pessoas um padrão de funcionamento típico à espécie. Nesse movimento interpretativo, os impedimentos corporais são classificados como indesejáveis e não simplesmente como uma expressão neutra da diversidade humana, tal como se deve entender a diversidade racial, geracional ou de gênero. Por isso, o corpo com impedimentos deve se submeter à metamorfose para a normalidade, seja pela reabilitação, pela genética ou por práticas educacionais (Dinis & Santos, 2010, pp. 100-101).

Fletcher (2011) deixa claro que para os adeptos do modelo biomédico, a deficiência é vista como um problema do próprio indivíduo e, por isso, a pessoa com deficiência é quem deveria se adaptar à sociedade e não o contrário. Caso essa adaptação não fosse possível, a medicina deveria utilizar métodos de reabilitação ou cura para modificar a situação dessas pessoas (Leandro, 2013). O conceito do modelo biomédico predominou durante muito tempo. Se uma pessoa não possuía condições de sair às ruas, de interagir e utilizar os objetos e elementos presentes no espaço urbano, então deveria permanecer em casa. A ideia era adaptar o corpo e não os lugares.

Há um outro modelo de percepção da deficiência e da mobilidade reduzida, cunhado a partir de fortes críticas ao modelo biomédico, sendo desenvolvido sob um ponto de vista sociológico da deficiência: o modelo social. Segundo o modelo social, os desejos, anseios e até mesmo as capacidades individuais de uma pessoa com mobilidade não podem ser ignorados por conta da sua condição. Ou seja, o corpo lesado não determinaria, tampouco explicaria o fenômeno social e político da subalternidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (Alves, Bampi & Guilhem, 2010).

Além disso, este modelo destaca que os problemas e frustrações, resultantes da deficiência, não devem ser pensados como algo imposto pela natureza. Todos os conflitos relacionados à deficiência seriam solucionados caso estivessem centrados mais na política e não apenas na medicina (Leandro, 2013). Diferentemente do que pregava os adeptos do modelo biomédico, os primeiros teóricos do modelo social se posicionavam contrariamente ao entendimento da deficiência como um problema do indivíduo.

A deficiência deixa de ser um problema trágico, de ocorrência isolada de alguns indivíduos menos afortunados, para os quais a única resposta social apropriada é o tratamento médico (modelo médico), para ser abordada como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social para a qual a única resposta apropriada é a ação política (Alves et al., 2010, p. 6)

Os teóricos do modelo social acreditavam que os esforços para inserir as pessoas com deficiência na sociedade não deveria passar estritamente pelos tratamentos médicos e sim deveriam estar centrados em modificar as estruturas sociais que provocavam ou acentuavam a deficiência.

Seguindo a lógica do modelo social, é necessário minimizar as dificuldades e obstáculos impostos no cotidiano a fim de propiciar às pessoas com deficiência, melhor qualidade de vida para que assim consigam desenvolver, em prol da sociedade, suas outras capacidades, cuja deficiência não interferiu e usufruir de maneira mais justa e inclusiva os seus direitos, entre estes a liberdade de ir e vir, a dignidade, o respeito, a convivência familiar e comunitária, a saúde, a educação, a cultura, o trabalho e o lazer.

Segundo Sasaki (2010), os problemas da pessoa com deficiência encontram-se mais presentes na sociedade do que no próprio indivíduo, corroborando com a perspectiva do modelo social. Seguindo esta linha, o referido modelo procura chamar a atenção da sociedade para o fato desta ser a principal responsável pelos problemas das pessoas com deficiência quando dificulta o exercício pelo exercício

de cidadania por parte desses indivíduos (Leandro, 2013). Assim, os principais problemas causados pela sociedade e enfrentados pelas pessoas com deficiência seriam em virtude de ambientes restritivos; das políticas discriminatórias e suas atitudes preconceituosas que rejeitam a minoria e todas as formas de diferenças; dos discutíveis padrões de normalidade; dos objetos e outros bens inacessíveis do ponto de vista físico; dos pré-requisitos atingíveis apenas pela maioria supostamente homogênea; da quase total desinformação sobre deficiências e sobre direitos das pessoas que têm essas deficiências e; das práticas discriminatórias em muitos setores da atividade humana (Sassaki, 2010, pp. 44-45).

Portanto, a partir do conceito estabelecido pelo modelo social, é necessário propiciar às pessoas com mobilidade reduzida, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos para melhor fruição turística, tornando-os acessíveis.

## 5. Acessibilidade, desenho universal e inclusão social

Os resultados preliminares<sup>8</sup> de pesquisa realizada com pessoas com deficiência física e pessoas idosas na cidade do Rio de Janeiro (Brasil) e na cidade de Málaga (Espanha), apontam os problemas com a acessibilidade nas vias públicas e nas edificações como o mais relevante fator limitante para a escolha de um destino turístico para os grupos citados.

A preocupação em não ter transporte público adaptado; não encontrar pessoal capacitado para atender pessoas com mobilidade reduzida; encontrar calçadas esburacadas, sem rampas; encontrar edificações sem acessibilidade, incluindo hotéis (áreas comuns e UHs) e restaurantes; não encontrar atrativos turísticos acessíveis (museus, teatros, centros culturais, centros comerciais, parques temáticos, parques, praias etc.); encontrar terminais de passageiros urbanos e interurbanos (rodoviárias,

ferroviárias, portos, aeroportos) sem acessibilidade e; a falta de banheiros acessíveis e disponíveis nas vias e espaços públicos, foram as principais indicações de problemas que as pessoas com mobilidade reduzida advertiram que costumam encontrar nas cidades e que procuram evitar no momento de escolher um destino turístico para viajar.

Para tornar um destino acessível, é necessário adaptar as edificações, mobiliários, equipamentos urbanos e espaços de uso público existentes, alterando as suas características originais para posteriormente serem acessíveis. A maioria dos elementos e objetos presentes no espaço urbano é adaptável, ou seja, suas características podem ser alteradas para que se torne acessível. A maioria não apresenta a chamada impraticabilidade, que vem a ser a condição ou conjunto de condições físicas ou legais que podem impedir a adaptação de edificações, mobiliário, equipamentos ou elementos à acessibilidade. Infelizmente determinados monumentos históricos, por conta do seu tombamento, e implicação legal de adaptação, não podem ser adaptados e, portanto, não se tornam acessíveis, viabilizando a sua fruição por pessoas com mobilidade reduzida somente de forma assistida, ou seja, com a intervenção de uma ou mais pessoas para auxiliar na visita.

Já os novos objetos urbanos precisam ser adequados, ou seja, é necessário que as edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e os espaços de uso público sejam originalmente planejados para serem acessíveis. É inconcebível uma edificação de construção recente no Brasil não ser acessível, ou seja, que não siga as orientações da NBR9050 e propicie a acessibilidade e a possibilidade de interação e uso, não só para as pessoas com mobilidade reduzida, mas para todos.

Leandro (2013) destaca que a preocupação em termos um espaço urbano e turístico que

<sup>8</sup> Pesquisa qualitativa, realizada a partir de entrevistas semiestruturadas e que integram a investigação de pós-doutorado, realizado em 2013, na Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Málaga, Andalucía, España. Bolsa Estágio Pós-doutoral Capes.

possa ser utilizado por todos, sem restrições, vem se apresentando como uma grande tendência mundial. Nesse sentido, buscar adaptar o que já existe (espaços adaptados) ou criar novos ambientes (espaços adequados) pautados nos ideais de acessibilidade para poder atender às necessidades de uma parcela considerável da população, composta por pessoas com mobilidade reduzida, significa seguir os princípios de um 'desenho universal', buscando:

reconhecer e respeitar a diversidade física e sensorial entre as pessoas e as modificações pelas quais passa o nosso corpo, da infância à velhice. O desenho universal se caracteriza como projeto de produtos e ambientes para ser usado por todos, na sua máxima extensão possível, sem necessidade de adaptação ou projeto especializado para pessoas com deficiência, [...] podendo ser alcançado, manipulado e usado, independentemente do tamanho do corpo do indivíduo, sua postura ou sua mobilidade (Leandro, 2007, p. 10).

O 'desenho universal' não é uma tecnologia apenas direcionada para as pessoas que tenham alguma restrição de mobilidade ou possuam alguma deficiência. Este foi pensado visando atender a todas as pessoas, baseado no entendimento de que todos os ambientes precisam ser projetados já com a intenção de estarem aptos a receber qualquer indivíduo, seja ele uma pessoa com deficiência, uma pessoa obesa, uma pessoa de elevada estatura ou baixa estatura, uma pessoa idosa, uma criança, uma gestante, etc. Assim sendo, uma destinação turística ou um empreendimento turístico, que seja adaptado ou adequado e, portanto, acessível é considerada inclusiva, pois permite a fruição de todas as pessoas, com mobilidade reduzida ou não.

## 6. Considerações finais

As cidades brasileiras não são bons exemplos de mobilidade e acessibilidade em espaços urbanos,

caracterizando-se, em geral, como destinos turísticos de baixa acessibilidade, no que tange às suas edificações, transporte, comunicação, vias públicas, praças, parques e praias, apresentando significativos impedimentos que dificultam a fruição turística para as pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida permanente e temporária, não propiciando aos seus residentes e visitantes com deficiência e mobilidade reduzida a acessibilidade adequada para a fruição do seu espaço urbano e turístico. É necessário, portanto, que nossas cidades estejam aptas a receber qualquer indivíduo, sem restrições, tenha mobilidade reduzida ou não.

Para isso, é essencial que o Poder Público e a iniciativa privada cumpram com o que é estabelecido nas normas e decretos no que tange aos critérios e parâmetros técnicos para a construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos para torna-los acessíveis. É necessário também qualificar a mão-de-obra e conscientizar as pessoas, visando não só melhorar o atendimento, mas acima de tudo respeitar os direitos fundamentais inerentes às pessoas com mobilidade reduzida, garantindo todas as oportunidades, facilidades, condições de liberdade e dignidade para este grupo social incluído precariamente na sociedade e com severas dificuldades de fruição turística.

## Referências bibliográficas

- Alves, E., Bampi, L., & Guilhem, D. (2010). Modelo social: Uma nova abordagem para o tema deficiência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18(4), 816-823.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas [ABNT]. (2004). *NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT.
- Behrman, R., Kliegman, R., & Jenson, H. (2004). *Nelson tratado de pediatria* (17.ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Couto, Á. F. (1985). Conceito de deficiência auditiva. In A. F. Couto (Ed.), *Como compreender o deficiente auditivo* (pp. 16-28). Rio de Janeiro: Rotary Clube do Rio de Janeiro.
- Decreto n.º 5.296/2004 de 2 de dezembro. Presidência da República, Brasília. Acedido em 19 de abril de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm)

- Decreto n.º 6.949/2009. *Convenção internacional sobre os direitos da pessoa com deficiência*. Presidência da República, Brasília. Acedido em 18 de março de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)
- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense.
- Diniz, D., & Santos, W. (Orgs.) (2010). *Deficiência e discriminação*. Brasília: Letras Livres; UNB.
- Fávero, E. A. G. (2007). *Direito das pessoas com deficiência: Garantia de igualdade na diversidade* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: WVA.
- Fletcher, A. (2011). *Idéias práticas em apoio ao 3 de dezembro: Dia internacional das pessoas com deficiência*. Acedido em 19 de abril de 2013, em <http://www.entreamigos.com.br>.
- Francischi, R. P. P., Pereira, L. O., Freitas, C. S., Klopfer, M., Santos, R. C., Vieira, P. & Lancha-Júnior, A. H. (2000). Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, 13(1), 17-28.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2011). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Junta de Andalucía (2012). *Documento técnico sobre el decreto Andaluz de accesibilidad*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Leandro, K. (2013). *Turismo e acessibilidade: Um estudo sobre os atrativos turístico-culturais no município de Niterói-RJ*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Turismo e Hotelaria da Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ.
- Lei n.º 10.471/2003 de 1 de outubro. *Estatuto do idoso*. Presidência da República, Brasília. Acedido em 28 de dezembro de 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)
- Ministério do Turismo (2006). *Turismo e acessibilidade: Manual de orientações* (2.ª ed.). Brasília: Ministério do Turismo. Acedido em 23 de março de 2013, em <http://www.turismo.gov.br>
- Sasaki, R. (2002) Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. *Revista Nacional de Reabilitação*, 5(24), 6-9.
- Sasaki, R. (2010). *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos* (8.ª ed.) Rio de Janeiro: WVA.