HOTEL UNIVERSAL:
DIRETRIZES PROJETUAIS E DE ACESSIBILIDADE

ARQ. E URB. ANA CLAUDIA ALVES PINTO

PósARQ UFSC

CAPES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ARQUITETURA E URBANISMO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

ANA CLAUDIA ALVES PINTO

HOTEL UNIVERSAL: DIRETRIZES PROJETUAIS E DE ACESSIBILIDADE

Dissertação de Mestrado

FLORIANÓPOLIS
2007

ANA CLAUDIA ALVES PINTO

HOTEL UNIVERSAL: DIRETRIZES PROJETUAIS E DE ACESSIBILIDADE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Profª. Marta Dischinger, PhD.

FLORIANÓPOLIS

2007

Catalogação na fonte elaborada por M. Margarete Elbert CRB14/167

P659h Pinto, Ana Claudia Alves

Hotel universal : diretrizes projetuais e de acessibilidade / Ana Claudia Alves Pinto ; orientadora, Marta Dischinger. – Florianópolis, 2007.

211f. : il.

Inclui bibliografia

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, 2007.

1. Acessibilidade espacial. 2. Desenho Universal. 3. Hotéis, pensões, etc. – Projetos – Avaliação. 4. Pessoas com deficiência. 5. Turismo – Deficiências. I. Dischinger, Marta. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

CDU: 72.011

ANA CLAUDIA ALVES PINTO

HOTEL UNIVERSAL: DIRETRIZES PROJETUAIS E DE ACESSIBILIDADE

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do grau de **Mestre em Arquitetura e Urbanismo** no Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de junho de 2007.

Profª. Alina Gonçalves Santiago, Drª.
Coordenadora do Programa – PósARQ/ UFSC

Banca Examinadora

Profª. Marta Dischinger, PhD.
Orientadora – PósARQ/ UFSC

Profª. Vera Helena Moro Bins Ely, Drª.
Avaliadora Interna – PósARQ/ UFSC

Profª. Carolina Palermo, Drª.
Avaliadora Interna – PósARQ/ UFSC

Dr. José Marçal Jackson Filho
Avaliador Externo – FUNDACENTRO/ MTE

A **Deus**, pelo dom da vida.

Aos meus pais, **Oziris e Sônia**, pelo amor e estímulo.

Às minhas irmãs, **Patrícia**, **Isis** e **Ana Paula**, e à minha querida avó **Águida** pela inspiração.

Ao **Pierre Porto** pelo apoio e companhia.

A **todos os que enfrentam restrições**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, paz, saúde e pela oportunidade de aprender, e poder compartilhar esses conhecimentos, para o bem comum. À minha família, tios, padrinhos, primos, amigos e vizinhos, pelo apoio, orações, incentivo e amor demonstrado durante toda a minha vida, e em especial nestes dois anos de curso. Amo vocês! Ao Pierre Porto, pela amizade, carinho, amor, compreensão, durante todo o tempo, e pela ajuda, na fase de correção. Amo você! À Célula Mosaico, e a todos os amigos da Primeira Igreja Batista de Florianópolis, valeu pela amizade, companheirismo e orações.

À Professora Marta Dischinger, pelo apoio, incentivo e ensinamentos. Você é parte fundamental desta conquista! Aos demais membros da banca, que aceitaram o convite, e que também têm significativa contribuição neste resultado. Valeu pelas dicas e críticas! Ao Professor Wilson Jesus da Cunha Silveira (orientador de PX - TCC), que me incentivou a entrar no Mestrado. A todos os amigos e colegas de turma do Mestrado, foi muito bom ter partilhado esta caminhada com vocês. Até uma próxima oportunidade! À CAPES, pela bolsa de auxílio durante estes 9 meses; sem este suporte, ficaria mais difícil realizar esta tarefa. Ao PósARQ, que me proporcionou uma experiência única de aperfeiçoamento profissional e pessoal, pelas palestras, qualificações e defesas que assisti, pela oportunidade do estágio de docência em Projeto de Interiores (graduação) e monitoria na disciplina de Metodologia Científica Aplicada (mestrado) e a todos os professores das disciplinas que cursei, os quais proporcionaram a oportunidade da minha participação em congressos nacionais e internacionais, com a aprovação e publicação de 5 artigos científicos. Posso dizer que foi um tempo de grande aproveitamento de conhecimentos. À secretária do curso, Ivonete, pela ajuda em todo esse processo. Aos amigos do PETArq UFSC, pela disponibilização de material, desde a fase de construção do projeto de pesquisa.

A todos os que participaram das entrevistas e passeios acompanhados, obrigado pela disposição e vontade em contribuir para o desenvolvimento deste trabalho. Em especial aos responsáveis na ajuda de formação dos grupos para as entrevista e passeios: a toda a equipe de basquete em cadeira de rodas da UDESC, ao pessoal da FCEE, ACIC, CRNM, APAE e ASGF. Usem e abusem desses resultados. Esta conquista é de vocês e para vocês! À gerência de todos os hotéis que participaram, em especial dos hotéis IBIS e SOFITEL, por acreditarem nesta iniciativa e abrirem as portas para a realização das visitas, levantamentos e passeios acompanhados.

Muito obrigada a todos!

“Deficiente" é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive sem ter consciência de que é dono do seu destino.

"Louco" é quem não procura ser feliz com o que possui.

"Cego" é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria. E só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

"Surdo" é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

"Mudo" é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

"Paralítico" é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

"Diabético" é quem não consegue ser doce.

"Anão" é quem não sabe deixar o amor crescer.

E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois "Miseráveis" são todos que não conseguem falar com Deus.

(Mário Quintana, Deficiências).

RESUMO

PINTO, Ana Claudia Alves. **Hotel Universal: diretrizes projetuais e de acessibilidade**. Florianópolis, 29 de junho de 2007, 211 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2007.

Esta pesquisa desenvolve o tema da acessibilidade em hotéis, procurando entender a relação entre ambiente e usuário na realização de atividades cotidianas nestes empreendimentos. O estudo tem como objetivo central propor soluções e diretrizes para a hotelaria, servindo de instrumento para ações empresariais e governamentais, que auxiliem na reformulação dos ambientes hoteleiros e criação de novos espaços verdadeiramente acessíveis. Partindo da consideração inicial de que os hotéis não estão preparados para receber pessoas com limitações e "deficiências", e da hipótese de que é necessária a criação de diretrizes de projeto para hotéis acessíveis, foram realizadas visitas exploratórias a diversos hotéis, em Florianópolis, onde se observou a insuficiência ou falta de aplicação de normas para garantir suas condições de acessibilidade. Buscando compor o quadro que contempla a relação entre acessibilidade e hotelaria foram aprofundados conceitos e temas relacionados, incluindo estudos sobre "deficiência", restrição, desenho universal, atividade turística e dispositivos legais. A pesquisa foi efetuada a partir da combinação de vários procedimentos metodológicos sendo estes: Análise Teórica Documental; e três instrumentos qualitativos – Visitas Técnicas e Exploratórias, Passeios Acompanhados e Grupos Focais Com Imagens (que combina dois outros instrumentos: Entrevista Com Grupos Focais e Avaliação de Ambientes Através de Imagens). Após as Visitas Técnicas e Exploratórias, instrumento de verificação da hipótese, partiu-se para uma avaliação mais aprofundada através da realização de Estudos de Caso em dois hotéis de Florianópolis, o *Ibis* e o *Sofitel*. Através do estudo detalhado e compreensão dos problemas enfrentados pelas pessoas com limitações e "deficiências" na realização de atividades, e dos resultados obtidos nos levantamentos e instrumentos aplicados, foram construídas estratégias e soluções que buscam eliminar ou minimizar as barreiras encontradas, seja no ambiente hoteleiro, em outros espaços, e até mesmo no uso de produtos e tecnologias. Finalmente, a partir da reflexão sobre os estudos realizados e resultados obtidos foi formulado o conceito de Hotel Universal, e foram desenvolvidas diretrizes gerais para a construção, reformulação e tomada de atitudes inclusivas nestes empreendimentos.

Palavras-chave: acessibilidade espacial, pessoas que sofrem restrições, hotéis.

ABSTRACT

PINTO, Ana Claudia Alves. **Universal Hotel: projectual and accessibility guidelines.** Florianópolis, June 29, 2007, 211 p. Dissertation (MA in Architecture and Urbanism) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2007.

This dissertation presents results of an accessibility study in hotels, in an attempt to explain the relationship between the environment and people practices in these places. A proper solution and directions for the hotel industry are also discussed in the dissertation. It aims to be a guideline for business and governmental actions that assist in the remodeling hotel environments and creating new, authentic, accessible places. Based on the assumption that hotels are not prepared to receive people who suffer from disabilities, and on the hypothesis of the creation of guideline for accessible hotels is necessary, some exploration visits were performed in many different hotels in Florianópolis. In these establishements it was noticed the non-application, or the inadequacy, of normative guidelines to ensure accessibility conditions. The relations between accessibility and the hotel industry are studied and indepht based on concepts such as; “disabled” people, restriction, universal design, touristic activity and current laws. The research was possible through the combination of different methodological procedures such as: Theoretical Analysis, three quality instruments – Technical and Exploration Visits, Focus Group using Images (Focus Group Interview and evaluation of the environment using images). Besides, a focused research was also performed through a case study in two hotels in Florianópolis, *Ibis* and *Sofitel*. Results suggests it is possible to build strategies and find solutions in order to eliminate or minimize the accessibility barriers in hotel industry, and other places, as well as, using products and technologies. Finally, the reported findings served as support for the formulation of Universal Hotel concept, and the development of general directions to build, restate and take inclusive attitudes in this field.

Key-words: spatial accessibility, people who suffer restrictions, hotels.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Figura ilustrativa do “Quarto da Vovó” / EDUVA..... 38
Figura 2 – Foto da fachada do hotel alemão Haus Rheinsberg..... 49
Figura 3 – Cadeirante sendo transportada para canoa / Haus Rheinsberg..... 49
Figura 4 – Cadeirantes passeando de bicicleta / Haus Rheinsberg..... 49
Figura 5 – Cadeirantes jogando boliche / Haus Rheinsberg..... 49
Figura 6 – Hóspedes fazendo hidroginástica / Haus Rheinsberg……..... 49
Figura 7 – Bar acessível aos cadeirantes / Haus Rheinsberg……... 49
Figura 8 – Restaurante com amplo espaço de circulação / Haus Rheinsberg……... 50
Figura 9 – Quartos amplos / Haus Rheinsberg……... 50
Figura 10 – Small Double Room / Haus Rheinsberg……... 50
Figura 11 – UH adaptada, segundo a ABNT NBR 9050/04..... 57
Figura 12 – Esquema gráfico dos procedimentos metodológicos da pesquisa..... 61
Figura 13 – Rampa do hotel B..... 70
Figura 14 – Balcão de recepção do hotel S..... 71
Figura 15 – Conjunto de fotos dos restaurantes dos hotéis D, F e P..... 71
Figura 16 – Conjunto de fotos do acesso à sala de convenções, hotel C..... 72
Figura 17 – Conjunto de fotos da comunicação visual no hotel B..... 72
Figura 18 – Detalhes da UH adaptada, hotel R..... 73
Figura 19 – Detalhes da UH adaptada, hotel R..... 73
Figura 20 – Detalhes da UH adaptada, hotel R..... 73
Figura 21 – Detalhes da UH adaptada, hotel R..... 73
Figura 22 – Banheiro da UH adaptada, hotel R..... 75
Figura 23 – Banheiro da UH adaptada, hotel R..... 75
Figura 24 – Banheiro da UH adaptada, hotel R..... 75
Figura 25 – Foto da fachada do hotel *Íbis*..... 93
Figura 26 – Foto da fachada do hotel *Sofitel*..... 93
Figura 27 – Corte Esquemático do hotel *Ibis.* (Escala: 1/400)..... 94
Figura 28 – Planta Baixa Pavimento Térreo: *Ibis.* (Escala: 1/300)..... 94
Figura 29 – Planta Baixa Pavimento Tipo com UH adapta.: *Ibis.* (Escala: 1/300)..... 95
Figura 30 – Planta Baixa Pavimento Tipo e fumantes: *Ibis.* (Escala: 1/300)..... 95
Figura 31 – Acesso em rampa do hotel *Ibis*..... 96
Figura 32 – Vista lateral direita da rua de acesso ao hotel *Ibis* (aclive)..... 96
Figura 33 – Vista lateral esquerda da rua de acesso ao hotel *Ibis* (declive)..... 96
Figura 34 – Acesso de carros ao hotel *Ibis*..... 96
Figura 35 – Saída de carros ao hotel *Ibis*..... 96
Figura 36 – Acesso à garagem superior do hotel *Ibis*..... 96
Figura 37 – Hall de acesso aos elevadores, hotel *Ibis*..... 96
Figura 38 – Vista do acesso do *Ibis*, de dentro para fora..... 96
Figura 39 – Acesso à sala de convenções, hotel *Ibis*..... 96
Figura 40 – *Business center*, com um computador, hotel *Ibis*..... 97
Figura 41 – Estar da recepção do hotel *Ibis*, ao lado do acesso..... 97
Figura 42 – Hall de acesso aos banheiros sociais..... 97
Figura 43 – Banheiro social adaptado, hotel *Ibis*..... 97
Figura 44 – Banheiro social adaptado, hotel *Ibis*..... 97
Figura 45 – Banheiro social feminino, hotel *Ibis*..... 97
Figura 46 – Banheiro social feminino, hotel *Ibis*..... 97
Figura 47 – Vista interna da sala de convenções, hotel *Ibis*..... 97
Figura 48 – Vista interna da sala de convenções, hotel *Ibis*..... 97
Figura 49 – Recepção do hotel *Ibis*..... 98
Figura 50 – Estar próximo ao bar do hotel *Ibis*..... 98
Figura 51 – Bar, hotel *Ibis*..... 98
Figura 52 – Restaurante do hotel *Ibis*, espaço amplo entre mesas e cadeiras..... 98
Figura 53 – Restaurante do hotel *Ibis*, espaço amplo entre mesas e cadeiras..... 98

Figura 54 – Restaurante do hotel *Ibis*, espaço amplo entre mesas e cadeiras..... 98
Figura 55 – Restaurante do hotel *Ibis*, ambiente reservado do salão geral..... 98
Figura 56 – Restaurante do hotel *Ibis*, ambiente reservado do salão geral..... 98
Figura 57 – Circulação do andar Tipo, foto a partir do elevador, lateral esquerda.... 98
Figura 58 – Circulação do andar Tipo, foto a partir do elevador, lateral direita..... 98
Figura 59 – Planta Baixa da UH Tipo *Ibis* (Escala: 1/75)..... 99
Figura 60 – Planta Baixa da UH Tipo adaptada *Ibis* (Escala: 1/75)..... 99
Figura 61 – UH Tipo, hotel *Ibis*..... 100
Figura 62 – UH Tipo, hotel *Ibis*..... 100
Figura 63 – UH Tipo, hotel *Ibis*..... 100
Figura 64 – UH Tipo, hotel *Ibis*..... 101
Figura 65 – UH Tipo, hotel *Ibis*..... 101
Figura 66 – UH Tipo, hotel *Ibis*..... 101
Figura 67 – Banheiro da UH Tipo, hotel *Ibis*..... 101
Figura 68 – Banheiro da UH Tipo, hotel *Ibis*..... 101
Figura 69 – Banheiro da UH Tipo, hotel *Ibis*..... 101
Figura 70 – UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 101
Figura 71 – UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 101
Figura 72 – UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 101
Figura 73 – UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 101
Figura 74 – UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 101
Figura 75 – UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 101
Figura 76 – Banheiro da UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 102
Figura 77 – Banheiro da UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 102
Figura 78 – Banheiro da UH Tipo adaptada, hotel *Ibis*..... 102
Figura 79 – Corte Esquemático do hotel *Sofitel.* (Escala: 1/400)..... 102
Figura 80 – Planta Baixa 1º Pavimento (Térreo): *Sofitel.* (Escala: 1/300)..... 103
Figura 81 – Planta Baixa 2º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)..... 103
Figura 82 – Planta Baixa 3º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)..... 104
Figura 83 – Planta Baixa Pavimento Tipo: *Sofitel.* (Escala: 1/300)..... 104
Figura 84 – Planta Baixa 14º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)..... 104
Figura 85 – Planta Baixa 15º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)..... 104
Figura 86 – Acesso ao hotel *Sofitel*, por escada e rampa..... 105
Figura 87 – Vista lateral direita da rua de acesso ao hotel *Sofitel*..... 105
Figura 88 – Vista lateral esquerda da rua de acesso ao hotel *Sofitel*..... 105
Figura 89 – Recepção do *Sofitel*, conjugada à entrada de acesso..... 105
Figura 90 – Estar e bar do *Sofitel* conformando o mesmo ambiente..... 105
Figura 91 – Estar e bar do *Sofitel* conformando o mesmo ambiente..... 105
Figura 92 – Estar com vista para a recepção do hotel *Sofitel*..... 106
Figura 93 – Vista do acesso do *Sofitel*, de dentro para fora..... 106
Figura 94 – Atendimento por mesa, ao lado da recepção do *Sofitel*..... 106
Figura 95 – Hall de integração entre restaurante, bar e escada, no *Sofitel*..... 106
Figura 96 – Detalhe da escada de acesso ao pavimento de convenções, *Sofitel*..... 106
Figura 97 – Estar visto a partir do Hall de acesso ao restaurante, no *Sofitel*..... 106
Figura 98 – Restaurante do hotel *Sofitel*, espaço amplo entre mesas e cadeiras..... 106
Figura 99 – Restaurante do hotel *Sofitel*, espaço amplo entre mesas e cadeiras..... 106
Figura 100 – Restaurante do hotel *Sofitel*, balcão do *buffet*..... 106
Figura 101 – Restaurante do hotel *Sofitel*, acabamentos, iluminação e flores..... 106
Figura 102 – Hall dos banheiros sociais, acesso também aos elevadores, *Sofitel...* 106
Figura 103 – *Business center*, com dois computadores, hotel *Sofitel*..... 106
Figura 104 – Banheiro social feminino, térreo, detalhe da iluminação, *Sofitel*..... 107
Figura 105 – Banheiro social feminino, térreo, com boxe adaptado, *Sofitel*..... 107
Figura 106 – Hall térreo dos elevadores, *Sofitel*..... 107
Figura 107 – Hall do pavimento de convenções, chegada pelo elevador, *Sofitel*..... 107
Figura 108 – Acesso ao banheiro do pavimento de convenções, hotel *Sofitel*..... 107

Figura 109 – Banheiro social de convenções, com boxe adaptado, *Sofitel*..... 107
Figura 110 – Banheiro social de convenções, com boxe adaptado, *Sofitel*..... 107
Figura 111 – Banheiro social de convenções, com boxe adaptado, *Sofitel*..... 107
Figura 112 – Detalhe do aparador, todas as flores são trocadas dia sim, dia não.... 107
Figura 113 – Pavimento de convenções do *Sofitel* - Sala das Letras..... 107
Figura 114 – Mezanino, com vista para recepção e porta de acesso, *Sofitel*..... 107
Figura 115 – Hall das convenções, vista esquerda do mezanino, *Sofitel*..... 107
Figura 116 – Hall das convenções, vista direita do mezanino, *Sofitel*..... 108
Figura 117 – Pavimento de convenções do *Sofitel* – Dança e Música..... 108
Figura 118 – Circulação do Pavimento Tipo, hotel *Sofitel*..... 108
Figura 119 – Recepção do pavimento de lazer do hotel *Sofitel*..... 108
Figura 120 – Circulação do pavimento de lazer, ao fundo acesso à piscina..... 108
Figura 121 – Detalhe do armário do vestiário, hotel *Sofitel*..... 108
Figura 122 – Vestiário do pavimento de lazer, hotel *Sofitel*..... 108
Figura 123 – Vestiário do pavimento de lazer, hotel *Sofitel*..... 108
Figura 124 – Vestiário do pavimento de lazer, hotel *Sofitel*..... 108
Figura 125 – Academia de ginástica e musculação, pavimento de lazer, *Sofitel*..... 108
Figura 126 – Academia de ginástica e musculação, pavimento de lazer, *Sofitel*..... 108
Figura 127 – Spa do pavimento de lazer, *Sofitel*..... 108
Figura 128 – Spa do lazer, vista da porta da sauna e sala de massagem, *Sofitel*.... 109
Figura 129 – Sala de massagem do pavimento de lazer, *Sofitel*..... 109
Figura 130 – Spa do pavimento de lazer, *Sofitel*..... 109
Figura 131 – Escada de acesso à piscina, pavimento de lazer, hotel *Sofitel*..... 109
Figura 132 – Vista frontal de chegada à piscina, hotel *Sofitel*..... 109
Figura 133 – Piscina, com visão de infinito e acabamento em pastilha de vidro..... 109
Figura 134 – Vista esquerda do acesso à piscina, detalhe da hidromassagem..... 109
Figura 135 – Vista direita do acesso à piscina, detalhe da escada da piscina..... 109
Figura 136 – Planta Baixa da UH Tipo *Sofitel* (Escala: 1/75)..... 110
Figura 137 – Planta Baixa da UH Tipo adaptada *Sofitel* (Escala: 1/75)..... 110
Figura 138 – UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 139 – UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 140 – UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 141 – UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 142 – UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 143 – Banheiro da UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 144 – Banheiro da UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 145 – Banheiro da UH Tipo, hotel *Sofitel*..... 111
Figura 146 – UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 147 – UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 148 – UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 149 – UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 150 – UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 151 – Banheiro da UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 152 – Banheiro da UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 153 – Banheiro da UH Tipo adaptada, hotel *Sofitel*..... 112
Figura 154 – Planta Baixa Pavimento Térreo: *Ibis* / Passeio..... 115
Figura 155 – Planta Baixa Pavimento Tipo com UH adaptada: *Ibis* / Passeio..... 115
Figura 156 – Planta Baixa Pavimento Tipo e fumantes: *Ibis* / Passeio..... 115
Figura 157 – Planta Baixa 1º Pavimento (Térreo): *Sofitel* / Passeio..... 117
Figura 158 – Planta Baixa 2º Pavimento: *Sofitel* / Passeio..... 118
Figura 159 – Planta Baixa 3º Pavimento: *Sofitel* / Passeio..... 118
Figura 160 – Planta Baixa Pavimento Tipo: *Sofitel* / Passeio..... 118
Figura 161 – Planta Baixa 14º Pavimento: *Sofitel* / Passeio..... 119
Figura 162 – Planta Baixa 15º Pavimento: *Sofitel* / Passeio..... 119
Figura 163 – M2 encontrando a recepção – *Sofitel*..... 124

Figura 164 – Ce1 encontrando a recepção – *Ibis*..... 124
Figura 165 – C2 fazendo contato com atendente da recepção – *Ibis*..... 124
Figura 166 – C1 fazendo contato com atendente da recepção – *Sofitel*..... 125
Figura 167 – S1 e S2 comunicando-se com atendente – *Sofitel*..... 125
Figura 168 – S1 e S2 comunicando-se com atendente – *Ibis*..... 125
Figura 169 – Comunicação visual direcional – *Sofitel*..... 125
Figura 170 – Comunicação visual direcional – *Ibis*..... 125
Figura 171 – Bv1 encontrando a UH, através da leitura do número – *Ibis*..... 126
Figura 172 – Rota de fuga – *Ibis*..... 126
Figura 173 – Rota de fuga – *Sofitel*..... 126
Figura 174 – Posição muito alta da placa com o número da UH – *Sofitel*..... 127
Figura 175 – I2 tentando abrir o *shaft* como se fosse a porta da UH – *Ibis*..... 127
Figura 176 – C1 tentando acessar a sauna – *Sofitel*..... 128
Figura 177 – C2 visualizando a piscina de dentro do Spa – *Sofitel*..... 128
Figura 178 – C2 acessando UH adaptada – *Ibis*..... 128
Figura 179 – C1 acessando UH adaptada – *Sofitel*..... 128
Figura 180 – Funcionário apresentando UH para Ce2 – *Sofitel*..... 129
Figura 181 – C2 com dificuldade de deslocamento na UH – *Ibis*..... 129
Figura 182 – C1 deslocando-se com dificuldade no carpete fofo – *Sofitel*..... 129
Figura 183 – Detalhe do friso de metal, entre UH e corredor – *Sofitel*..... 130
Figura 184 – Ce2 recebendo cartão de acesso da UH com furo – *Ibis*..... 131
Figura 185 – M1 esforçando-se para abrir porta – *Ibis*..... 131
Figura 186 – Cr1 esforçando-se para abrir porta – *Sofitel*..... 131
Figura 187 – C2 acessando banheiro da UH Tipo – *Ibis*..... 132
Figura 188 – C1 acessando banheiro da UH Tipo – *Sofitel*..... 132
Figura 189 – Espaço reduzido entre parede e vaso-sanitário – *Ibis*..... 132
Figura 190 – C2 com dificuldade em acessar os boxes do vestiário – *Sofitel*..... 132
Figura 191 – C1 indagando sobre o assento com abertura frontal – *Sofitel*..... 133
Figura 192 – C2 indagando sobre o assento com abertura frontal – *Ibis*..... 133
Figura 193 – Mb simulando o uso da cadeira de banho para o bebê – *Ibis*..... 134
Figura 194 – Detalhe do anteparo de pedra entre UH e banheiro – *Ibis*..... 135
Figura 195 – Visitante A simulando uso do chuveiro – *Sofitel*..... 135
Figura 196 – Sd lavando as mãos, já sabia como usar a torneira – *Ibis*..... 135
Figura 197 – I1 lavando as mãos, sabia usar pelo aprendizado no Ibis – *Sofitel*..... 135
Figura 198 – Mb simulando troca de fralda do bebê – *Ibis*..... 136
Figura 199 – Bancada para troca de fralda, no banheiro social feminino – *Sofitel*.... 136
Figura 200 – C1 usando lavatório do banheiro da UH adaptada – *Sofitel*..... 136
Figura 201 – Cr1 usando lavatório do banheiro da UH adaptada – *Ibis*..... 136
Figura 202 – Visitante A olhando-se no espelho do banheiro social – *Ibis*..... 136
Figura 203 – Cr1 lavando as mãos no banheiro social – *Ibis*..... 136
Figura 204 – Bv2 não percebeu a existência de saboneteira – *Ibis*..... 137
Figura 205 – Detalhe da lixeira que serviu de marco para o elevador – *Ibis*..... 137
Figura 206 – Detalhe da botoeira no batente do pavimento – *Ibis*..... 138
Figura 207 – Detalhe da botoeira no batente do pavimento – *Sofitel*..... 138
Figura 208 – Detalhe da placa indicativa do elevador – *Ibis*..... 138
Figura 209 – Detalhe da placa indicativa do elevador – *Sofitel*..... 138
Figura 210 – Detalhe do painel eletrônico do elevador – *Sofitel*..... 138
Figura 211 – Detalhe do botão acionado que acende – *Ibis*..... 138
Figura 212 – Detalhe do corrimão não contínuo – *Sofitel*..... 139
Figura 213 – Painel do elevador – *Ibis*..... 139
Figura 214 – Painel do elevador – *Sofitel*..... 139
Figura 215 – Detalhe da altura do controle do ar-condicionado – *Sofitel*..... 140
Figura 216 – Detalhe dos ícones nas teclas do telefone – *Sofitel*..... 140
Figura 217 – Detalhe do sistema de controle de entrada da UH – *Sofitel*..... 141
Figura 218 – Detalhe do sistema de controle de entrada da UH – *Ibis*..... 141

Figura 219 – Bv1 identificando os números do telefone – *Ibis*..... 141
Figura 220 – Cofre com a mesma configuração numérica do telefone – *Ibis*..... 141
Figura 221 – Detalhe dos interruptores da cabeceira – *Sofitel*..... 142
Figura 222 – C1 alcançou controle do ar-condicionado, subiu na cama – *Íbis*..... 142
Figura 223 – Detalhe do controle do ar-condicionado dos hotéis – *Ibis* e *Sofitel*..... 142
Figura 224 – Cofre com configuração numérica diferente do telefone – *Sofitel*..... 142
Figura 225 – Cr2 alcançando cabideiro do armário – *Ibis*..... 143
Figura 226 – Cabideiro do armário da UH adaptada – *Sofitel*..... 143
Figura 227 – M2 abrindo a janela – *Ibis*..... 143
Figura 228 – Ml abrindo a janela – *Sofitel*..... 143
Figura 229 – C1 abrindo a janela – *Ibis*..... 143
Figura 230 – C1 não consegue alcançar cabideiro da UH Tipo – *Sofitel*..... 144
Figura 231 – Porta do frigobar abrindo para lado oposto ao do armário – *Sofitel*..... 144
Figura 232 – Bv2 tentando identificar produtos no frigobar – Sofitel..... 144
Figura 233 – C2 realizando facilmente a transferência para a cama – *Ibis*..... 145
Figura 234 – Mb fazendo uso da cadeira de bebê do restaurante – *Ibis*..... 145
Figura 235 – Mb fazendo uso da cadeira de bebê do restaurante – *Sofitel*..... 145
Figura 236 – C2 utilizando a mesa do restaurante – *Sofitel*..... 145
Figura 237 – C2 acessando a cama com dificuldade – *Sofitel*..... 146
Figura 238 – M1 acessando a cama com dificuldade – *Sofitel*..... 146
Figura 239 – Visitante A usando a cama da UH, pés ficam para fora – *Ibis*..... 146
Figura 240 – C1 usando mesa do restaurante, grande afastamento – *Ibis*..... 146
Figura 241 – Trecho do cardápio – *Ibis*..... 147
Figura 242 – Trecho do cardápio – *Sofitel*..... 147
Figura 243 – Trecho da papelaria da UH – *Ibis*..... 147
Figura 244 – Trecho da papelaria da UH – *Sofitel*..... 147
Figura 245 – Detalhe do folheto explicativo (manual) do cofre – *Sofitel*..... 147
Figura 246 – Espaço com mesas, conjugado ao bar – *Sofitel*..... 148
Figura 247 – S1 e S2 usando o serviço *à lá carte* – *Sofitel*..... 148
Figura 248 – C1 visualizando *buffet*, orifício central – *Sofitel*..... 148

LISTA DE TABELAS

Tabela **1. Principais Cidades Visitadas por Turistas Estrangeiros**..... 41
Tabela **2. Data da inauguração, número de UH's e de UH's adaptadas dos hotéis**..... 68
Tabela **3. Caracterização dos Grupos Focais Com Imagens**..... 77
Tabela **4. Habilidades e dificuldades do Grupo 1 (CRNM)**..... 77
Tabela **5. Habilidades e dificuldades do Grupo 2 (FCEE)**..... 79
Tabela **6. Habilidades e dificuldades do Grupo 3 (AFLODEF)**..... 80
Tabela **7. Habilidades e dificuldades do Grupo 4 (ASGF)**..... 83
Tabela **8. Habilidades e dificuldades do Grupo 5 (ACIC)**..... 85
Tabela **9. Tabela comparativa entre os hotéis *Ibis* e *Sofitel*** 90
Tabela **10. Tabela de áreas das UH's do hotel *Ibis***..... 100
Tabela **11. Tabela de áreas das UH's do hotel *Sofitel***..... 110
Tabela **12. Tabela de características dos indivíduos que realizaram os Passeios Acompanhados**..... 114
Tabela **13. Tabela de atividades realizadas nos Passeios Acompanhados do hotel *Íbis***..... 116
Tabela **14. Tabela de atividades realizadas nos Passeios Acompanhados do hotel *Sofitel***..... 119
Tabela **15. Tabela sintética das atividades padrão realizadas nos hotéis**..... 121
Tabela **16. Tabela da restrição auditiva**..... 151
Tabela **17. Tabela da restrição visual**..... 152
Tabela **18. Tabela da restrição físico-motora**..... 152
Tabela **19. Tabela da restrição psico-cognitiva**..... 153
Tabela **20. Diretrizes para Hotéis Universais relacionadas aos componentes da acessibilidade**..... 155
Tabela **21. Objetivos específicos, contribuição e forma para alcançar o objetivo geral**..... 168

LISTA DE MAPAS

Mapa **1** - Localização da cidade de Florianópolis..... 43
Mapa **2** - Localização das principais localidades da Grande Florianópolis..... 43
Mapa **3** - Perímetro Central da Grande Florianópolis com a localização dos hotéis visitados..... 69
Mapa **4** - Perímetro Central de Florianópolis, com o recorte da localização dos hotéis avaliados..... 89
Mapa **5** - Recorte da localização dos hotéis avaliados dentro do Perímetro Central de Florianópolis..... 89

SUMÁRIO

Capítulo 01. INTRODUÇÃO..... 17
1.1 Justificativa..... 17
1.2 Estrutura da Dissertação..... 19
1.3 As Questões de Pesquisa..... 20
1.4 Objetivos..... 21
1.4.1 Objetivo Geral..... 21
1.4.2 Objetivo Específico..... 21

Capítulo 02. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 22
2.1 Deficiência, Restrição e Participação Social..... 22
2.2 Acessibilidade Espacial..... 28
2.3 Desenho Universal..... 30
2.4 Princípios em Acessibilidade Espacial e Desenho Universal Aplicáveis aos Hotéis..... 33
2.5 A Atividade Turística e Hoteleira..... 40
2.5.1 Definições e Descrições da Hotelaria..... 44
2.6 Turismo e Hotelaria Acessível..... 46
2.7 Dispositivos Legais Sobre Lazer, Turismo, Hotelaria e Habitação Acessível.... 53

Capitulo 03. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 59
3.1 Etapa 1 - Investigações Iniciais..... 62
3.1.1 Análise Teórica Documental..... 62
3.1.2 Visita Técnica e Exploratória..... 62
3.1.3 Entrevistas Com Grupos Focais Através de Imagens..... 63
3.2 Etapa 2 - Sistematização do Conhecimento..... 65
3.3 Etapa 3 - Estudos de Caso..... 65
3.3.1 Visita Técnica..... 65
3.3.2 Passeios Acompanhados..... 66
3.4 Etapa 4 - Análise e Síntese dos Resultados..... 67

Capitulo 04. CONHECENDO A REALIDADE: AMBIENTE E USUÁRIO..... 67
4.1 Investigando a Acessibilidade nos Hotéis..... 67
4.1.1 Visita Técnica e Exploratória..... 67
4.2 Conhecendo as Necessidades das Pessoas que Enfrentam Restrições..... 76
4.2.1 Entrevistas Com Grupos Focais Através de Imagens..... 76

Capitulo 05. ESTUDOS DE CASO..... 87
5.1 Visita Técnica..... 88
5.1.2 Hotel Ibis: Plantas, Fotos e Comentários..... 94
5.1.3 Hotel Sofitel: Plantas, Fotos e Comentários..... 102
5.2 Passeios Acompanhados..... 113

Capítulo 06. CONTRIBUIÇÕES..... 149
6.1 Estratégias Compensatórias..... 149
6.1.1 Estratégias para as Restrições Sensoriais..... 151
6.1.2 Estratégias para as Restrições Físico-motoras..... 152
6.1.3 Estratégias para as Restrições Psico-cognitivas..... 153
6.2 Hotel Universal: Conceito e Diretrizes..... 154
6.3 Soluções e Propostas para Hotéis Acessíveis..... 156

Capítulo 07. REFLEXÕES FINAIS..... 165
7.1 Discussões: Métodos e Objetivos..... 165
7.2 Conclusões..... 169
7.3 Recomendações para Futuras Pesquisas..... 172

Capítulo 08. BIBLIOGRAFIA..... 173

Capítulo 09. APÊNDICES
Apêndice A.....Princípios do Desenho Universal
Apêndice B.....Tecnologias Assistivas (TA)
Apêndice C.....Tabela de Formatação dos Dados da Visita Técnica e Exploratória
Apêndice D..... Detalhes da Visita Técnica e Exploratória
Apêndice E..... Imagens de Atividades do Cotidiano
Apêndice F..... Imagens de Atividades em Hotéis
Apêndice G..... Exemplo da Ficha Utilizada Com o Grupo da ACIC

Capítulo 10. ANEXOS
Anexo I.....Componentes da Acessibilidade
Anexo II.....Categorias da Acessibilidade

CAPÍTULO 01: INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA

A necessidade de incluir todas as pessoas se tornou questão indispensável na elaboração de projetos com qualidade físico-funcional. A criação de espaços democráticos promove a inclusão social, auxilia a quebrar as barreiras do preconceito e, principalmente, permite criar condições para devolver a cidadania, direito de todos. Desde o modernismo, com a difusão da noção de homem padrão (*Modulor*) [1], considerou-se um tipo antropométrico único no estudo da arquitetura e do *design*. Esta idéia de homem padrão é rebatida por Wisner (1987, p. 53), quando trata sobre o mito do operário médio e a população real de trabalhadores:

> *O operário médio, supondo-se que ele tenha sido corretamente escolhido, é por definição mais dotado que 50% da população operária. Em particular ele é muito superior ao operário um pouco deficiente que ocupará o posto de trabalho. A deficiência de que se fala aqui não é importante, o operário não é surdo, nem cego, nem paralítico, mas não faz parte dos mais fortes ou dos mais destros. De qualquer maneira as qualidades biológicas estão dispersas, e a média não é suficiente para descrever um conjunto.*

Nas últimas décadas, tem ocorrido uma mudança evolutiva no pensamento devido aos novos estudos de ergonomia, à conscientização e à crescente demanda de um setor da população, que, por suas limitações e diferenças (cegos, surdos e pessoas com limitações mentais e físicas), era excluído do convívio social pelas barreiras culturais e físicas existentes nas cidades e edificações. Dentro de uma nova ótica inclusiva na criação de espaços e produtos, consideram-se não só as pessoas com deficiência permanente (problemas motores, psico-cognitivos e sensoriais, sejam visuais ou auditivos), como também pessoas com limitações temporárias (ex.: pessoas que sofreram acidentes ou estão doentes, em fase recuperação) e, ainda, pessoas que enfrentam algum tipo de limitação, como os idosos, mulheres grávidas, crianças e as pessoas fora do biotipo padrão de nossa cultura. Por ser um contingente considerável e crescente, especialmente no caso dos idosos, é necessária a aplicação de medidas urgentes de projeto que qualifiquem os espaços construídos e preparem as cidades para o futuro, através de uma evolução dos princípios do desenho urbano e de projeto de edificações.

[1] Desde Vitrúvio (séc. I a.c) o uso das dimensões do corpo humano como padrão antropométrico já era utilizado na arquitetura. A arquitetura deveria refletir a exemplar regularidade do corpo humano. Em 1946, o arquiteto Le Corbusier (1887-1965), dentro dessa mesma corrente, estabelece o seu “Modulor”, com dimensões para a escala humana, aplicável universalmente na arquitetura. (FILHO, SILVA, 2006).

A área de atuação que se ocupa da criação de espaços e produtos inclusivos é o desenho universal. O desenho universal busca a democratização dos ambientes e ferramentas, a fim de que todos, pessoas com ou sem restrição, possam usufruir com certa autonomia. Como conceito, temos a definição de Bins Ely e Dischinger (2001, p.24):

> *"O Desenho Universal é um modo de concepção de ambientes, espaços e produtos visando sua utilização pelo mais amplo espectro de usuários, incluindo crianças, idosos e pessoas portadoras de deficiências temporárias ou permanentes".*

A acessibilidade espacial também constitui conceito importante, pois trata da criação de espaços inclusivos que atendam as necessidades de acesso, locomoção, orientação e uso dos ambientes por todas as pessoas. Permitir que toda a população desfrute das mesmas oportunidades e tenha acesso a todas as atividades, funções e serviços é dever do governo, da sociedade e também dos profissionais que transformam o espaço, seja este público ou privado. Segundo Cambiaghi (2004), a administração pública de algumas capitais brasileiras tem manifestado essa preocupação, como o Rio de Janeiro, nas intervenções urbanas do projeto "Rio Cidade", São Paulo, na exigência de acessibilidade em edifícios, e Curitiba, com um sistema de transporte mais lógico e humanizado. Contudo, são soluções pontuais, ainda longe de serem o suficiente.

Florianópolis é uma cidade naturalmente turística (pelas paisagens e atrativos naturais) e deve, por isso, estar preparada para receber todos os turistas, sejam estes detentores de alguma limitação ou não, o que é essencial na caracterização de cidade hospitaleira. Isto é especialmente importante se considerarmos que muitas dessas pessoas têm suas férias frustradas por obstáculos arquitetônicos encontrados nos pontos turísticos, serviços, comércio, restaurantes e hotéis. No entanto, observa-se que muito pouco se tem realizado para viabilizar ações que promovam o desenho universal e a acessibilidade espacial. Na capital, tanto no âmbito público quanto privado, basta passear pelas ruas da cidade para se detectar as barreiras existentes. A fim de se obter um desenvolvimento turístico humanitário em Florianópolis, especialmente nos hotéis da capital, visto que estes respondem às necessidades básicas do turismo, os conceitos de desenho universal e acessibilidade espacial deveriam fazer parte do cotidiano da cidade. Fazer um diagnóstico da situação atual dos hotéis quanto a sua acessibilidade e de que forma estes podem se especializar no atendimento às pessoas que enfrentam restrições é essencial.

Os hotéis abrigam basicamente os serviços de acomodação (quarto) e higiene (banheiro); outros apresentam estar e área para preparo de refeições leves, nas

próprias unidades de habitação. Além destes serviços básicos, incluídos nos quartos de hotéis – UH's (Unidades de Habitação), temos também outros ambientes com funções bem distintas: áreas de lazer, convenções, reuniões, piscina, sauna, bar, restaurante, lobby, academia, pequenos comércios e serviços, enfim, atividades extras que configuram a vida diária de qualquer pessoa. Permitir o acesso a todas estas funções é fundamental se queremos transformar os hotéis em espaços plenamente acessíveis.

1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O **Capítulo 1**, **Introdução**, apresenta as questões que fundamentam e norteiam a pesquisa, bem como os objetivos gerais e específicos a serem alcançados com o trabalho.

O **Capítulo 2**, no qual encontra-se a **Fundamentação Teórica** da pesquisa, sobre acessibilidade e hotelaria, abordando as questões relativas às "deficiências" e as restrições, acessibilidade espacial, desenho universal, bem como seus conceitos e definições. Também, descreve-se a atividade turística e hoteleira de forma geral e no contexto da acessibilidade, e, por último, os dispositivos legais que envolvem os conceitos e temas da pesquisa. Nesta pesquisa optou-se pela apresentação dos Procedimentos Metodológicos posterior à Fundamentação Teórica, pois toda a metodologia e instrumentos utilizados apóiam-se em definições e conceitos definidos anteriormente.

O **Capítulo 3**, **Procedimentos Metodológicos**, mostra de forma detalhada o encaminhamento do processo de pesquisa, apresentando os instrumentos e técnicas aplicadas durante quatro etapas principais.

O **Capítulo 4**, **Conhecendo a Realidade: Ambiente e Usuário**, apresenta os resultados da pesquisa inicial em nove hotéis da Grande Florianópolis (**Visita Técnica e Exploratória**), e os apontamentos e comentários dos **Grupos Focais Com Imagens**, grupos estes, formados por pessoas com limitações e "deficiências".

O **Capítulo 5**, **Estudos de Caso**, apresenta os resultados da descrição de dois hotéis analisados na cidade de Florianópolis (*Ibis* e *Sofitel*), com aplicação da **Visita Técnica** e dos **Passeios Acompanhados**.

O **Capítulo 6**, **Contribuição: Estratégias, Diretrizes e Soluções**, contempla as contribuições da pesquisa, apresentando as **Estratégias Compensatórias**, o **Conceito e Diretrizes do Hotel Universal**, e **Soluções** para os problemas de acessibilidade encontrados nas Visitas Técnicas e Exploratórias, Grupos Focais Com Imagens e Passeios Acompanhados.

O **Capítulo 7**, **Discussões, Conclusões e Recomendações**, contêm discussões sobre os métodos e objetivos alcançados, comentários e reflexões sobre o tema de pesquisa, a síntese de resultados e aprendizado, assim como sugestões para futuras pesquisas.

1.3 AS QUESTÕES DE PESQUISA

O tema da pesquisa desenvolve os conceitos de acessibilidade e desenho universal nos hotéis, os quais serão explicitados no Capítulo 2. Pretende-se desenvolver uma análise qualitativa destes espaços e de que forma se podem propor alterações que os qualifiquem a receber pessoas com “deficiências”. O estudo de caso se dá em Florianópolis, capital turística do Estado de Santa Catarina. A partir do pressuposto que os hotéis não estão devidamente preparados para receber pessoas com “deficiências” e que é possível desenhar para todos, tem-se a hipótese de que é necessária a criação de diretrizes de projeto para hotéis acessíveis, pois os critérios e normas, hoje vigentes, não são suficientes para a configuração de ambientes verdadeiramente acessíveis. Assim, busca-se responder as seguintes perguntas de pesquisa: 1) Quais diretrizes para tornar os hotéis realmente acessíveis aos hóspedes independentemente de suas habilidades e capacidades? 2) Como é possível adquirir o conhecimento necessário para embasar estas diretrizes?

Para o desenvolvimento da pesquisa, é fator determinante conhecer as restrições e limitações que os espaços impõem aos usuários, não só aos chamados “deficientes”, mas também a todos que possuam dificuldades de realizar as atividades da vida diária, seja por situações temporárias, biotipo ou pela questão da idade. Apresento a seguir as questões centrais que norteiam esta pesquisa e que estão relacionadas ao uso dos espaços hoteleiros por todas as pessoas, considerando suas diferentes habilidades e dificuldades:

a) Quais diretrizes devem estar presentes em um hotel acessível de forma a facilitar seu uso, deslocamento, orientação e informação pelo hóspede independentemente de sua limitação?
b) Como maximizar as capacidades dessas pessoas e minimizar as barreiras que impedem o uso dos ambientes e equipamentos existentes nos hotéis, bem como na realização de atividades típicas do espaço hoteleiro?
c) Quais características arquitetônicas essenciais (*design*, *layout*, acabamentos, equipamentos, instrumentos e mobiliário) podem permitir o uso acessível e universal dos hotéis?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver diretrizes a partir do conceito de Hotel Universal, e indicar soluções de projeto, para novas edificações e para a adequação da hotelaria existente.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresento abaixo os objetivos específicos desta pesquisa:

a) Conhecer e descrever a situação de hotéis em Florianópolis em relação à acessibilidade espacial e à aplicação de leis e normas;

b) Aplicar e adaptar instrumentos de pesquisa que permitam obter informações sobre necessidades e expectativas de usuários com diferentes tipos de deficiências;

c) Identificar e entender as limitações e capacidades relacionadas aos diferentes tipos de “deficiências” e as restrições delas advindas na realização de atividades hoteleiras;

d) Analisar e avaliar, como estudo de caso aprofundado, dois hotéis de uma rede hoteleira em Florianópolis em relação à acessibilidade espacial.

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para que se construa um conceito de Hotel Universal e se definam diretrizes espaciais de acessibilidade, é necessário desenvolver, relacionar e aprofundar alguns conceitos para compreensão do problema de pesquisa. Em primeiro lugar, foi essencial conhecer os elementos centrais do objeto de estudo desta pesquisa: as restrições na realização de atividades no contexto dos hotéis.

Foi de significativa importância um aprofundamento sobre o que são as "deficiências" e as restrições ambientais para o entendimento de diferentes realidades, fugindo de preconceitos e idéias precipitadas sobre as reais capacidades desses indivíduos, e poder propor soluções com maior profundidade. No âmbito da pesquisa, aprofundando os temas da acessibilidade espacial e do desenho universal, espera-se criar subsídios para a construção de diretrizes a partir do conceito de Hotel Universal, advindo do desenho universal.

Para compreensão do tema como um todo, também foi importante desenvolver estudos sobre turismo e hotelaria, bem como apontamentos sobre o que se tem realizado no Brasil e no mundo em termos de turismo acessível. Por último, serão descritos e comentados os aspectos legais, hoje vigentes, que envolvem o tema da pesquisa.

2.1 DEFICIÊNCIA, RESTRIÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Analisando as condições gerais de toda pessoa, verificamos que todos, sem exceção, apresentam algum tipo de limitação, seja em suas capacidades físicas, mentais, motoras, psicológicas ou cognitivas. Os seres humanos são diferentes e têm também limitações, e isto faz com que, na diferença, procuremos respeitar e completar o outro em suas carências. Omote (1994) atenta para a questão das diferenças humanas, e como as pessoas reagem frente a estas diferenças de modo também diferente. A reação em relação ao outro dependerá de fatores sociais, econômicos e culturais do grupo ao qual se pertence. Um fator fundamental para a melhor compreensão do ser humano seria entender como as pessoas reagem a outras com variações humanas de características e comportamentos diferentes do padrão de normalidade. Estas, especialmente, chamam a atenção, e são tachadas e classificadas por suas "deficiências". Muitas vezes estas diferenças são encaradas como desvantagens e descréditos sociais, contudo, dependendo do contexto e das pessoas, a mesma característica pode ter o sentido de vantagem ou desvantagem.

Assim, segundo o autor, quem define se uma pessoa é ou não "deficiente" são as outras pessoas; os "deficientes" se tornam diferentes em função da resposta dos outros:

> *"Significa que a deficiência não é algo que emerge com o nascimento de alguém ou com a enfermidade que alguém contrai, mas é produzida e mantida por um grupo social na medida em que interpreta e trata como desvantagens certas diferenças apresentadas por determinadas pessoas. Assim, as deficiências devem, a nosso ver, ser encaradas também como decorrentes dos modos de funcionamento do próprio grupo social e não apenas como atributos inerentes às pessoas identificadas como deficientes".* **(OMOTE, 1994, p. 68-69).**

A "deficiência" e a "não-deficiência" fazem parte de uma mesma estrutura, pois são o reflexo do sistema em que estão inseridas. Esta diferença e separação de definição acabam gerando um tratamento excludente, fazendo com que essas pessoas "diferentes" fiquem distantes de usufruir serviços e bens comuns, produzindo um bloqueio à inclusão social. Assim, segundo Omote (1994), pode ser uma armadilha tratar as "deficiências" focalizando-se no indivíduo com limitações, sem investigar as pessoas que constroem o pensamento e o meio social. Os termos "pessoa com deficiência" e "pessoa com restrição" ainda são tema de debates e discussões em relação a seus significados. Isto porque uma pessoa pode sofrer restrição sem ser "deficiente" (como, por exemplo: um idoso pode apresentar baixa audição, ou seja, sofrer uma restrição para escutar, contudo esta não é oriunda de uma deficiência, e sim do processo natural de envelhecimento) e pode ser "deficiente" sem sofrer restrição (como, por exemplo: uma pessoa com miopia, que, devido ao uso de lentes, não possui nenhuma restrição).

A maior ou menor restrição dependerá dos recursos disponíveis para estas pessoas, sejam estes espaciais, como ambientes e espaços livres de barreiras ou de instrumentos, sejam as tecnologias assistivas e os produtos de consumo (detalhados no Capítulo 2.4), seja ainda suas condições de aceitação e inclusão social.

Dentre os fatores que causam as deficiências no Brasil, podemos destacar: a má nutrição de mães e filhos, a falta de assistência médica, as condições sanitárias freqüentemente precárias, infecções, acidentes de trabalho e de trânsito, anomalias congênitas, envelhecimento da população e a violência urbana. Como esta pesquisa procura entender as conseqüências advindas ou não das deficiências na vida das pessoas, é preciso conhecer profundamente as relações entre o meio ambiente e os indivíduos, e quais as restrições delas decorrentes.

Ainda dentro dos conceitos de deficiência e restrição, a Organização Mundial de Saúde (OMS - *WHO*) apresenta três definições conhecidas, que são estas: a ICIDH - *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (Classificação

Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações) de 1980, a ICIDH 2 de 1997 e a ICF– *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde) de 2001. Segundo Dischinger et. al (2006, p. 22), a ICF traz o seguinte conceito sobre deficiência:

> *d (disability) – deficiência – escala da atividade e participação. É a anormalidade ou perda de uma parte do corpo (ex.: estrutura) ou de uma função corporal (ex.: função fisiológica). As funções fisiológicas incluem as funções mentais. Com "anormalidade" se faz referência estritamente a um desvio significativo com respeito a uma norma estatística e deve ser usado apenas neste sentido.*

Comparando as três resoluções, observa-se uma evolução nos conceitos de deficiência e restrição. A ICIDH (1980) baseou-se nos conceitos de deficiência e incapacidade, sendo que esta abordagem tende a centrar-se nas limitações dos indivíduos, e não em como o projeto de ambientes adequados poderiam facilitar ou até mesmo suprir suas restrições. A ICDHI 2 (1997) partiu dos conceitos de deficiência, performance e participação não se prendendo às qualidades ou limitações dos indivíduos, mas nos recursos necessários para a criação de ambientes menos restritivos. Já a ICF (2001) descreve a vida dos indivíduos de acordo com sua saúde. Trata-se de uma classificação da saúde que descreve as funções e estruturas corporais, as atividades e habilidades e a participação (fatores contextuais – ambientais e pessoais). Por isso, o uso do termo "deficiência" acabou mudando, pois agora é mais importante entender porque as pessoas sofrem "restrições", ou melhor, enfrentam limitações, frente a ambientes e/ou equipamentos não inclusivos e estas limitações não estão necessariamente ligadas às "deficiências" que possuem como indivíduos. Segundo Araujo (1994, p. 131), em suas conclusões sobre o conceito de "deficiência":

1. *O conceito de deficiência reside na incapacidade do indivíduo para certas tarefas não na falta de qualquer capacidade física ou mental. A análise isolada não poderá ser feita; pelo contrário, a deficiência deve ser sempre correlacionada a tarefa ou atividade.*
2. *A relação entre tarefa e possibilidade de desempenho, regra para a configuração de deficiência, é a única forma de preservação do princípio da igualdade.*

Assim, o foco deve estar em como proporcionar que, estas tarefas e atividades, possam ser realizadas, eliminando ou atenuando as possíveis restrições. Observa-se que a palavra "restrição" está mais ligada a fatores externos à pessoa, pois um ambiente pode trazer restrição a uma pessoa. Já a palavra "deficiência" se relaciona com fatores fisiológicos, que a colocam em desvantagem em relação ao outro. Nesta pesquisa, será usado o termo "pessoa com restrição", ou melhor, "pessoa que enfrenta

ou sofre restrição", por considerar que o problema está no desenho de espaços e equipamentos e não diretamente no indivíduo. Segundo Dischinger (2005), esta mudança de termos revela uma modificação radical de postura analítica do problema, passando de uma visão mais centrada no indivíduo em si, e sua dificuldade, para uma avaliação relacional de contexto em que condições físicas, sócio-culturais e individuais constituem um todo no desenvolvimento de uma atividade. A utilização do conceito de restrição, neste caso, é crucial para substituir termos como "deficiência" e "deficiente" que automaticamente individualizam a situação.

No Brasil, os conceitos aplicados, apesar de tratados de formas diferentes, ainda baseiam-se no termo das "deficiências". As classificações existentes, não evoluíram nestes novos conceitos que evidenciam a participação. Todas as classificações, como a da Política Nacional de Educação Especial do MEC – Ministério da Educação e Cultura (1994), a da ABNT NBR 9050/94 e a do Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999, focalizam na deficiência. Já a ABNT NBR 9050/04 não traz nenhuma definição (nem mesmo sobre as "deficiências") ou evolução com relação às definições e conceitos sobre "deficiências" e/ ou restrições. Assim, nesta pesquisa buscou-se trabalhar com o conceito das restrições, pois estas, segundo Bins Ely e Dischinger (2001), não são apenas o resultado de alguma limitação na função corporal, mas também da interação entre as funções corporais do individuo e as demandas, costumes, práticas e organizações do meio em que está inserido. Além disso, como já explicitado, o termo restrição não se limita apenas às pessoas consideradas "deficientes". A partir desse entendimento, as autoras (2006) classificam as restrições em quatro categorias conforme a relação entre indivíduos e ambiente, considerando percepção, compreensão e ação, que serão adotadas também neste trabalho:

1. **Restrições sensoriais**: referem-se às dificuldades na percepção das informações do meio ambiente, devido à limitações nos sistemas sensoriais (auditivo, visual, paladar/olfato, háptico e orientação);
2. **Restrições psico-cognitivas**: referem-se às dificuldades no tratamento das informações recebidas (atividades mentais) ou na sua comunicação através de produção lingüística, devido à limitações no sistema cognitivo;
3. **Restrições físico-motoras**: referem-se ao impedimento ou às dificuldades encontradas em relação ao desenvolvimento de atividades que dependam de força física, coordenação motora, precisão ou mobilidade;
4. **Restrições múltiplas**: decorrem da associação de mais de um tipo de restrição de natureza diversa.

Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO) existem cerca de 450 milhões de pessoas no mundo com algum tipo de deficiência, representando, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, 10% da população. Contudo, segundo dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), o número de pessoas com deficiência no Brasil chega a 24,5 milhões, representando 14,5% da população. Esta diferença nos dados é justificada por Oliveira (2006, p. 34-35), que faz um comentário sobre o censo do IBGE (2000):

> *Acredita-se que essa diferença ocorreu devido a realização do censo ser por amostragem, o que não demonstra os números reais de deficientes e deficiências no país, e a possível ausência de critérios, ou até mesmo de esclarecimento das pessoas que realizaram a pesquisa, quanto às definições e classificações corretas das deficiências.*
>
> *Cabe salientar que o referido censo dividiu as deficiências físico-motoras em 2 tipos: a deficiência física – refere-se ao individuo que possui paralisia permanente total, das pernas, de um dos lados do corpo e a falta de membros – e a deficiência motora – refere-se a incapacidade ou dificuldade do individuo caminhar ou subir escadas.*

Ademais, este percentual também exclui milhões de pessoas que não são identificadas como “deficientes”, mas sofrem restrições frente à situações, e necessitam de cuidados especiais. Pode-se citar o exemplo dos idosos, que não são “deficientes”, mas enfrentam, na maioria das vezes, muitas restrições oriundas do processo natural de envelhecimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS – WHO) prediz que em 2025, 20% da população mundial será de idosos, Kalache et al (1987) complementa que em 2025 o Brasil irá dispor da sexta população mais idosa do mundo.

Os idosos configuram um grupo importante de análise, pois, devido às alterações próprias do envelhecimento, poderão ser muitas as restrições conseqüentes deste processo. Entretanto, estas alterações podem ser de grande ou pequeno grau. Segundo Paschoal (1996), isto irá depender de alguns fatores: constituição genética, hábitos e estilos de vida, meio ambiente, contexto sócio-economico-cultural e, até mesmo, do fato de nascer numa sociedade desenvolvida e numa família mais ou menos abastada. Mazo (2002) destaca algumas doenças que afetam grande parte dos idosos (e, no entanto, aparecem com certa freqüência em outras faixas etárias também) e que podem provocar inúmeras restrições. São elas: doenças artério-coronarianas e hipertensão; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), como asma, bronquite crônica e enfisema; artrose, artrite reumatóide e dores lombares; Mal de Parkinson e Alzheimer; depressão; diabetes, obesidade e osteoporose; desordens visuais e auditivas e incontinência urinária.

A compreensão das restrições conseqüentes de “deficiências”, doenças, envelhecimento, acidentes ou simplesmente de fatores temporários, facilita o

desenvolvimento de ações que possam amenizar as dificuldades das pessoas em suas atividades diárias, viabilizando a acessibilidade. Isto inclui as atividades relacionadas à habitação, transporte, saúde, trabalho, educação e lazer, incluindo o turismo. E para que isto ocorra, é necessário que o indivíduo utilize os canais perceptivos e sensoriais que melhor facilitem a sua relação com o espaço. Assim, é necessário abordar com mais detalhe os sentidos e a percepção, devido às limitações decorrentes na realização das atividades, já que não existem apenas restrições e barreiras de deslocamento, mas também barreiras de cognição e sensoriais, que englobam informação, comunicação e interação. Estas restrições, de maneira geral, são as menos aprofundadas e pesquisadas dentro da visão de acessibilidade espacial. E apesar de não serem foco específico da pesquisa devem ser comentadas. Gibson (1966) classifica os sistemas de percepção em cinco categorias:

1. Sistema Básico de Orientação[2];
2. Sistema Háptico[3];
3. Sistema Auditivo;
4. Sistema Visual;
5. Sistema Olfato-palativo.

Para o autor é importante variar a fonte dos estímulos sensoriais, ou seja, envolver diferentes canais perceptivos no processo de percepção, mas isto não quer dizer que um sentido sirva para confirmar o outro:

> *On this theory, information about the world can be obtained with any perceptual system alone or with any combination of perceptual systems working together. It is not required that one sense be validated by another, as vision is supposed to require confirmation by touch. It is not required that one sense get meaning from another, as visual sensations are supposed to get objective meaning by having been associated with tactual sensations. It is not implied that one channel of information is intrinsically more trustworthy than another.* **(GIBSON, 1966, p.55).**

Para Dischinger e Bins Ely (2004), a informação ambiental pode ser classificada em três tipos: Informação Arquitetônica (organização espacial, elementos referenciais, zonas funcionais e acesso visual), Informação Adicional (gráfica e sonora) e Informação verbal (transmitida por pessoas ou tecnologias disponíveis no ambiente).

[2] Responsável pelo equilíbrio, noção de coordenadas espaciais do corpo e ambiente e pelo movimento orientado; respondem a estímulos da gravidade e aceleração – unidades de recepção informação – órgãos do vestíbulo auditivo – (mecano-receptores).

[3] Responsável pela detecção do contato com a terra, estados da matéria, percepção de formas, solidez e viscosidade, peso, temperatura, texturas, posição do corpo e movimento; é estimulado pela deformação dos tecidos, configuração das juntas, estiramento de fibras musculares, temperatura (termo-receptores da pele); as unidades de recepção são a pele e juntas, músculos e tendões.

Duarte e Cohen (2005) colocam que a experiência dos espaços estrutura os padrões de identificação do sujeito com o meio ambiente. Portanto, é necessário que o processo cognitivo se desenvolva através da percepção e da apreensão do espaço para que o indivíduo possa conhecê-lo e ter a consciência da possibilidade de sua atuação sobre ele. Sob esta ótica, ainda segundo as autoras, para uma pessoa que sofre restrições, o processo cognitivo com relação à cidade, os valores, significados e interpretações atribuídos ao ambiente construído serão condicionados por suas diferentes posturas corporais e dificuldades.

Assim, pode-se compreender que, para que uma pessoa que enfrenta restrições possa criar experiências afetivas com os espaços e se identificar com a cidade em que habita, é preciso que ela seja capaz de se introduzir em seus espaços com seu corpo e seus sentidos, e que estes lhe permitam que sua experiência espacial se concretize de forma satisfatória. A impossibilidade de vivenciar o espaço, ou equipamento, da mesma forma que outro usuário representa uma barreira ao relacionamento; barreira esta que pode, em muitos casos, ser considerada maior do que os obstáculos físicos do espaço. Observa-se que pouco valor é dado aos processos perceptivos na criação de espaços. O foco da inclusão, quando existente, recai exclusivamente sobre os aspectos físicos, como a eliminação de barreiras arquitetônicas, construção de rampas e banheiros adaptados.

Além disso, as informações e o processo perceptivo devem se estabelecer de forma muito clara, pois, em se tratando do universo hoteleiro, que é um espaço de curta ou média permanência, onde, na maioria das vezes, o hóspede não tem qualquer conhecimento prévio sobre aquele ambiente, a má orientação e percepção podem dificultar ainda mais a apropriação e uso. É necessário compreender que a acessibilidade espacial deve abranger tanto o bom uso como a obtenção de informações através de todos os sistemas perceptivos. Por isso, é importante conhecer essas bases conceituais, que servem de justificativa na implantação de sistemas, tecnologias e produtos, e que ampliem essas capacidades em indivíduos com limitações em alguns dos sentidos.

2.2 ACESSIBILIDADE ESPACIAL

A acessibilidade é um termo que está vinculado à possibilidade e facilidade de acesso aos lugares, espaços e equipamentos. Um espaço acessível é aquele no qual qualquer pessoa consegue se deslocar, usar e obter informações necessárias a sua orientação. A acessibilidade engloba categorias com relação ao acesso à informação, acesso às diferentes atividades do cotidiano, acesso aos espaços e interação com as

pessoas, à autonomia, liberdade e individualidade. A acessibilidade favorece a participação efetiva de qualquer pessoa na sociedade, constituindo assim uma das práticas de cidadania. Para Bins Ely (2005), acessibilidade não é só um acesso físico; ela também está ligada às condições econômicas e culturais de uma sociedade. Sem acesso não há participação. A cidadania se espacializa através da acessibilidade.

Promover a inclusão e o acesso com segurança e autonomia aos equipamentos e ambientes, sem que seja preciso um conhecimento prévio, é a busca da acessibilidade. As barreiras físicas e sociais impõem um exílio forçado às pessoas que sofrem restrições. Os espaços acessíveis eliminam essas barreiras, permitindo o acesso de todos independente de suas capacidades e favorecendo o convívio em sociedade.

A inclusão das pessoas com limitações nos espaços e ambientes públicos e privados faz diminuir os preconceitos e permite que essas desenvolvam e compartilhem suas habilidades. A acessibilidade e a inclusão social são fatores essenciais para que se construa a cidadania (SASSAKI, 1997) e vai muito além da simples eliminação de barreiras, ou mesmo da colocação de rampas ou corrimãos. As barreiras são aqueles elementos, presentes no ambiente, que impedem, restringem ou dificultam a circulação, percepção, compreensão e apropriação dos espaços (BINS ELY, DISCHINGER, et al, 2001). Essas barreiras não são apenas as físicas; podem ser atitudinais (sociais e culturais), principalmente pelo desconhecimento do problema e das reais capacidades individuais do indivíduo que enfrenta restrições, bem como pela falta de informação, conscientização e conhecimento das leis; barreiras físicas (permanentes e dinâmicas), referentes às dificuldades no acesso, uso e circulação nos espaços abertos e edificados, bem como no deslocamento e uso do transporte; e barreiras de informação, quando não se têm dispositivos que auxiliam o processo de comunicação, orientação, percepção e compreensão dos espaços. O governo brasileiro apresenta a seguinte definição:

> *Acessibilidade diz respeito a locais, produtos, serviços ou informações efetivamente disponíveis ao maior número e variedade possível de pessoas independente de suas capacidades físico-motoras e perceptivas, culturais e sociais. Isto requer a eliminação de barreiras arquitetônicas, a disponibilidade de comunicação, de acesso físico, de equipamentos e programas adequados, de conteúdo e apresentação da informação em formatos alternativos.*
> **(BRASIL, 2005)**

Bins Ely e Dischinger, et al (2001) colocam que para poder ter acesso, e poder participar do que o lugar oferece, é necessário: 1) ter informação sobre os lugares e as atividades; 2) deslocar-se com conforto e segurança; 3) utilizar os equipamentos e ambientes sem que seja preciso ter conhecimento prévio de sua utilização. Segundo

Dischinger e Bins Ely (2006), pode-se analisar a acessibilidade em quatro componentes: orientação e informação, deslocamento, uso e comunicação, o que inclui a participação plena de todas as pessoas em todo e qualquer ambiente, seja qual for sua limitação. Estes componentes facilitam identificar, classificar e avaliar o nível de acessibilidade nos ambientes investigados. Oliveira (2006, p. 24) descreve em detalhes estes componentes da acessibilidade espacial, que podem ser observadas no Anexo I. Segundo a CORDE - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - (1998, p. 12), a acessibilidade é tratada de acordo as seguintes categorias (mais detalhadas no Anexo II):

a) O acesso como a capacidade de se chegar a outras pessoas;
b) O acesso às atividades humanas;
c) O acesso ao meio físico;
d) O acesso à autonomia, liberdade e individualidade;
e) O acesso ao sistema de transportes;
f) O acesso à informação.

O enunciado das categorias de acessibilidade pela CORDE e os componentes da acessibilidade de Dischinger e Bins Ely (2006) configuram um importante instrumento de pesquisa na avaliação dos espaços e equipamentos. Estes componentes (orientação, deslocamento, uso e comunicação) têm sido utilizados na análise das condições de acessibilidade dos edifícios públicos, realizada através de programa de fiscalização do Ministério Público de Santa Catarina, e orientaram a construção das Planilhas de Avaliação desenvolvidas em parceria com a UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina (DISCHINGER, BINS ELY, 2006). O conhecimento e entendimento destas categorias e componentes também contribuíram no processo de construção das diretrizes do Hotel Universal.

2.3 DESENHO UNIVERSAL

Como já comentado, a área de atuação que trabalha com a acessibilidade e a eliminação de barreiras é o desenho universal. Abaixo, seguem mais algumas definições:

> *"O Desenho Universal visa criar espaços capazes de transformarem-se em lugares para todas as pessoas e para cada uma delas, com suas diferenças biológicas, culturais, sociais e econômicas".* **(OLLE ANDERSON, 1995)**

> *O Desenho Universal não é uma tecnologia direcionada apenas aos que dele necessitam; é para todas as pessoas. A idéia do desenho universal é evitar a necessidade de ambientes e produtos especiais para pessoas com deficiência, no sentido que todos possam utilizar todos os componentes do ambiente e todos os produtos.* **(SASSAKI, 1997)**

Ao se projetar um hotel, considerando a rotatividade de hóspedes e as diferenças sócio-econômicas e culturais, não se pode deixar de lado as diferentes restrições enfrentadas e habilidades características de cada indivíduo. Como exemplo de diversidade pode-se encontrar no universo hoteleiro: cegos, surdos, mudos, daltônicos, anãos, obesos, cadeirantes, usuários de muleta ou andador, estrangeiros (não conhecedores da língua), grávidas, idosos, crianças, pessoas com baixa visão, pessoas muito altas, com reumatismo, com artrite, lesões nos braços, mãos, pernas, pés, doenças de coluna ou cardíacas, mães com criança de colo ou carrinho de bebê, mulheres grávidas, pessoas com membros engessados, cegos com cão-guia, pessoas com restrições mentais, pessoas com outras restrições físico-motoras, analfabetos, enfim, a lista de possibilidades, diferenças e necessidades especiais é quase infinita.

Segundo Dischinger et al (2004), o termo desenho universal foi criado pelo arquiteto americano Ron Mace[4], em 1985. Diversas denominações se aplicavam para o desenvolvimento de projetos inclusivos, tais como *"barrier-free design"*, *"inclusive design"*, "*social design*", *"adaptive environments"*, entre outros. No entanto, a partir da década de 1990, a denominação desenho universal tem sido a mais utilizada por não se restringir apenas à eliminação de barreiras físicas e não caracterizar projetos inclusivos como "adaptações" de projetos normais para pessoas com necessidades especiais. Os estudos nesta área de atuação começam a tomar força e significado principalmente após as guerras da década de 50 (Guerra da Coréia, Guerra do Vietnam e Guerras no Oriente Médio) e com os avanços tecnológicos, de higiene e na medicina. Milhares de soldados retornaram mutilados, com problemas de audição, cegos, e com muitos outros tipos de restrições, e necessitavam ser reinseridos e integrados em suas comunidades. Mas encontravam inúmeras barreiras físicas e sociais.

Isso tudo aliado ao aumento da expectativa de vida, diminuição da mortalidade infantil e, da sobrevivência de vítimas de inúmeras doenças, que, apesar das seqüelas decorrentes, necessitavam ser incluídas na sociedade, fez com que o assunto se tornasse cada vez mais debatido em várias partes do mundo. Segundo Mace (1999), o termo "universal" não é ideal porque nada pode ser verdadeiramente universal; sempre existirão pessoas que não poderão usar um item, qualquer que seja, como foi projetado. Porém, nós podemos quase sempre melhorar o *design* das coisas que fazemos para que sejam mais universalmente utilizáveis. De fato, "mais universal" ou "mais aproximadamente universal" são expressões que reconhecem uma hierarquia

[4] Professor do curso de Arquitetura da Universidade do Estado da Carolina do Norte, nos EUA, e também um dos fundadores do Centro de Desenho Universal - *The Center For UNIVERSAL DESIGN, College of Design*.

dentro do desenho universal. Por exemplo, as portas podem ser organizadas em uma hierarquia que as caracterizem como mais universais ou menos universais pelo trabalho necessário de operação, pois uma porta com sensor de chave magnética é mais prática de abrir do que uma com fechadura tradicional, a qual, já exige esforço e habilidades de coordenação motora fina.

Atualmente, no Brasil, a preocupação com a questão do desenho universal já alcança todos os setores da sociedade. Essas entidades têm produzido material bibliográfico, além de promover e colaborar em debates, eventos e conferências de nível nacional e internacional. Na esfera governamental, o CORDE e o CONADE – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência; são os órgãos federais responsáveis por reforçar a importância da acessibilidade, e desenvolver ações no sentido de defender os valores de igualdade e justiça social e assegurar o exercício dos direitos conquistados pelas pessoas portadoras de deficiência. O CORDE, juntamente com a ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – e a AMP – Associação Mineira de Paraplégicos –, promoveram uma nova edição da norma brasileira ABNT NBR 9050/94, a norma ABNT NBR9050/04, sendo esta última, o instrumento regulador oficial vigente. O Instituto Brasileiro de Turismo – IBT (antiga EMBRATUR – Empresa Brasileira de Turismo), também montou um manual a fim de estabelecer parâmetros de acesso ao portador de deficiência, não só ao hotel, mas aos locais turísticos em geral, e que também tem funcionado como instrumento regulador; porém é mais específico para as edificações e equipamentos de interesse turístico.

Além do poder público, muitas associações e entidades[5] têm se levantado no sentido de exigir não só a criação de leis, mas o seu cumprimento, bem como a capacitação e conscientização dos profissionais. Observa-se que, na prática, a situação ainda é um problema. As calçadas, praças, centros urbanos, escolas e instituições, bem como o comércio, serviços e transporte público em geral estão longe de oferecer condições de uso adequadas para as pessoas que sofrem restrições. Há uma distância significativa entre as ações das instituições e da pesquisa com as ações

[5] ONG's, como AMP, que já foi comentada, assim como APABB – Associação de Pais e Amigos de Pessoas Portadoras de Deficiências dos Funcionários do Banco do Brasil, a ABRA – Ação Brasileira para Acessibilidade, o CVI – Centro de Vida Independente, a AADF – Associação de Assistência ao Deficiente Físico, a AACD – Associação de Assistência à Criança Deficiente, têm trabalhado no sentido de promover o desenho universal. Em Florianópolis destacam-se a FCEE – Fundação Catarinense de Educação Especial, a APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Florianópolis, a ACIC – Associação Catarinense para Integração do Cego e a AFLODEF – Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos. Outras entidades, como o CREA – Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura, o IAB – Instituto dos Arquitetos do Brasil e o Ministério Público, também têm promovido eventos, palestras e cursos, visando conscientizar e capacitar o profissional a elaborar projetos que contemplem essas necessidades.

práticas do poder público. Assim, a criação de diretrizes de projeto deve estar assessorada por leis e por uma efetiva fiscalização que garanta a criação de espaços e tecnologias que sejam acessíveis e seguras a todos os usuários.

2.4 PRINCÍPIOS EM ACESSIBILIDADE ESPACIAL E DESENHO UNIVERSAL

Os conceitos de acessibilidade espacial e desenho universal apresentam algumas considerações e princípios fundamentais na formulação das diretrizes para Hotel Universal definido por esta pesquisa. Estas considerações e princípios também servem de parâmetros para a criação e avaliação de espaços e equipamentos que busquem ser verdadeiramente acessíveis. Ron Mace (1999) e sua equipe de pesquisa, do Centro de Desenho Universal, definiram sete princípios que caracterizam os objetivos e alvos do desenho universal. Esses princípios incluem desde o projeto de interiores, desenho de ambientes e equipamentos urbanos, projeto de edifícios, desenho de equipamentos e objetos, bem como o desenho de meios e produtos de tecnologia assistiva (detalhados ainda neste capítulo). Segundo Bins Ely e Dischinger et al (2001), os sete princípios do desenho universal (no Apêndice A, encontram-se mais detalhes) podem ser assim descritos:

Princípio 1. Uso eqüitativo;
Princípio 2. Uso flexível;
Princípio 3. Uso simples e intuitivo;
Princípio 4. Informação de fácil percepção;
Princípio 5. Tolerância ao erro;
Princípio 6. Baixo esforço físico;
Princípio 7. Dimensão e espaço para aproximação e uso.

Segundo Dischinger e Mattos (2003), o Conselho de Estado para Deficiência Norueguês, baseado nos sete princípios do desenho universal, propõe cinco princípios a serem aplicados diretamente na arquitetura:

Princípio 1. A edificação deve apresentar uso eqüitativo e acesso para todos os usuários;
Princípio 2. O desenho da edificação deve ser de fácil compreensão e utilização por todos os usuários;

Princípio 3. O desenho da edificação deve demandar baixo esforço psicológico e ser usado com eficiência e o mínimo de fadiga;

Princípio 4. Toda a edificação deve ser desenhada para o uso de todos os grupos de usuários, considerando-se as diferenças do tamanho dos corpos, postura ou mobilidade;

Princípio 5. O uso de materiais e as condições climáticas internas devem manter-se em níveis de conforto.

Alguns conceitos em Habitação Universal também são relevantes na configuração de hotéis acessíveis, já que estes também funcionam como um tipo de habitação, além de indicarem soluções aplicáveis a qualquer tipo de ambiente. Segundo Dischinger e Mattos (2003), a CMHC (*Canadá Mortage and Housing Corporation*) classifica as habitações destinadas a pessoas que sofrem restrições em 10 categorias:

1) Habitação Acessível – auxilia as pessoas a acessar, entrar e sair da edificação;

2) Habitação Adaptável – é uma casa acessível, mas prevendo a possibilidade de adaptações futuras;

3) Habitação Adaptada – é a habitação já adaptada para atender pessoas com necessidades especiais;

4) Habitação Livre de Barreiras – é desenhada para acomodar as necessidades específicas de usuários com características especiais (Por exemplo: habitação para o cego ou para o cadeirante);

5) Habitação para pessoas ambientalmente hipersensíveis – utiliza-se de técnicas e abordagens para minimizar ou eliminar fontes poluentes internas ou externas à edificação, combinadas com um eficiente sistema de ventilação, removendo ou diluindo até níveis aceitáveis os poluentes (Por exemplo: ambiente para pessoas alérgicas);

6) Habitação para 3º Idade – baseia-se no princípio de que os ocupantes vão envelhecer, e de que as habitações devem ser concebidas promovendo uma vida mais fácil para todos durante toda a sua existência;

7) Habitação sem níveis – tentar manter todos os cômodos essenciais no mesmo piso da entrada;

8) Habitação para Mobilidade – voltada, sobretudo, a pessoas que possuam dificuldades de locomoção (cadeirantes, muletantes, que usam bengala, dificuldades no caminhar);

9) Habitação Segura – combina os conceitos de ambientes livres de barreiras aos preceitos básicos de segurança no lar;

10) Habitação Universal – busca acomodar as necessidades funcionais de todos os indivíduos – crianças, adultos e idosos, com ou sem deficiência. É baseada na premissa de que um ambiente bem desenhado, considerando as necessidades especiais, é um ambiente melhor para todos os usuários. A utilização desta abordagem de projeto busca também diminuir a segregação social dos indivíduos portadores de deficiência e permitir o aumento da possibilidade de vida independente.

Estas categorias também apontaram indicativos na criação das diretrizes para Hotel Universal que se configuraram com esta pesquisa. Mace (1999) também destaca os principais princípios do desenho universal nas moradias:

1) Incluir o desenho acessível e livre de barreiras;
2) Não ser unicamente uma tecnologia assistiva (dispositivos de auxílio para pessoas com incapacidades. Ex.: cadeira de rodas, andadores, assento de bacia sanitária, etc.);
3) Evitar imagens clínicas, o uso de equipamentos médicos duráveis e características especiais segregadoras;
4) Incluir algumas características adaptáveis e ajustáveis;
5) Procurar produtos de consumo que sejam fáceis de usar e estejam comumente disponíveis no mercado;
6) Tornar as casas mais fáceis e mais seguras para todos no decorrer de suas vidas;
7) Antecipar necessidades futuras;
8) Auxiliar a vida independente, o cuidado com a saúde familiar e nas alterações do processo de envelhecimento;
9) Responder ao mercado comum de tendências e às necessidades humanas;
10) Criar um mercado com mais produtos universalmente utilizáveis, ou seja, de fácil uso.

Acrescentam-se a estas definições outros princípios também advindos da Habitação Universal, como Flexibilidade e Visitabilidade, além dos Níveis de Acessibilidade utilizados na avaliação de edifícios em geral. Apesar de o tema da habitação não ser foco da pesquisa, este aponta soluções importantes a serem investigadas e possivelmente aplicadas a situação hoteleira. Szücs (2005) destaca que a flexibilidade deve ser uma aliada presente desde a concepção do projeto e deve ser definida por estratégias que permitam a transformação durante o uso da habitação por seus usuários, sejam adequações imediatas ou mediatas. Segundo Digiacomo (2004), o objetivo da flexibilidade se resume em conseguir que o edifício acomode mudanças inevitáveis da vida dos ocupantes (usuários), sejam mudanças

tecnológicas, culturais ou sociais. Poderíamos acrescentar também as mudanças nas habilidades e capacidades desses ocupantes. Esses conceitos de flexibilidade favorecem a criação de parâmetros no desenvolvimento de espaços flexíveis, e isto, antes de tudo, também é promover a acessibilidade. Considerar os conceitos de flexibilidade, acessibilidade e desenho universal é indispensável na criação de ambientes inclusivos. Como exemplo de flexibilidade na hotelaria pode-se citar: *layout* flexível nas UH's, alturas e alcances reguláveis (prateleiras e armários), dispor papelaria de quarto e outros em Braille, assim como sistemas alternativos de comunicação para surdos, que poderiam ser disponibilizados na UH, de acordo com a necessidade do hóspede. Ou até mesmo sistemas mais complexos, como deslocamento de paredes (gesso acartonado/ *Drywall*) e inserção de barras e outros equipamentos que pudessem ser desmontáveis ou móveis.

> *"Flexibilidade é a capacidade de se adaptar a diferentes demandas ou situações, sem mudanças estruturais significativas."* **(SZÜCS, 2005).**

O conceito de visitabilidade também vem ganhando espaço dentro do tema. Segundo Flemming (2005), é uma filosofia que busca tornar todas as casas acessíveis:

> *Essas casas permitem às pessoas com limitações visitar amigos, manterem-se na comunidade onde possam criar vínculos e minorar os problemas relacionados ao isolamento. Trata-se de um movimento que pretende alterar as bases da prática construtiva, de maneira que todas as casas novas, projetadas ou não para proprietários com alguma deficiência, ofereçam condições de tornar as casas com fácil acesso para as pessoas que venham a adquirir dificuldades motoras.* **(FLEMMING, 2005).**

Estes conceitos também podem ser aplicados a outras edificações. O entendimento destes ajudará a construir as bases conceituais de um Hotel Universal.

A Prefeitura de São Paulo, em junho de 2005, instituiu os Selos de Habitação Universal e de Habitação Visitável para unidades habitacionais unifamiliares e multifamiliares já construídas ou em construção. O artigo 1º estabelece as seguintes diretrizes:

> *§ 1º. Os selos de que trata este decreto têm por finalidade incentivar, nas habitações existentes e nos novos projetos, a destinação de espaços que visem atender simultaneamente a todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, contemplando elementos ou soluções que assegurem a acessibilidade.*
>
> *§ 2º. O Selo de Habitação Universal será concedido quando a unidade habitacional possibilitar a acessibilidade ampla às suas dependências e o Selo de Habitação Visitável quando permitida a acessibilidade, pelo menos, à sala, cozinha e um sanitário.*

Este já é um importante passo no sentido de viabilizar que políticas públicas incentivem o projeto de habitações universais, não só na habitação de interesse social, mas visando todas as habitações. Este tipo de selo facilitaria em muito a compra e o aluguel de residências por pessoas que enfrentam restrições. No caso de hotéis e outras edificações turísticas, este tipo de selo também facilitaria o trabalho de empresas de turismo e turistas na localização de espaços que sejam acessíveis a pessoas com limitações, ou mesmo, poderia se ter abatimentos nos impostos destes empreendimentos. Outra iniciativa interessante é o experimento acadêmico, em Belo Horizonte, na criação de um programa de avaliação do uso ambiental do meio construído, através de 5 acessos-graus. Para o grupo de pesquisa do laboratório Adaptase da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais):

> *(...) a aplicação do símbolo internacional de acessibilidade ambiental em todo lugar, por si só, não expressa a suficiente consideração das necessidades de acesso de qualquer pessoa. (...) Assim, acessibilidade ambiental, ou design inclusivo, é entendida como um processo baseado no modo como pessoas sob efeito de deficiências variadas podem vivenciar o ambiente construído, de forma plena e completa. (...) a consideração de diferentes tipos e gravidade dos efeitos de uma deficiência para o estudo de barreiras arquitetônicas envolve o uso de um acervo de informações sobre as necessidades dos usuários para maior autonomia e independência. (...) Os diferentes acesso-grau indicam o quanto o design de um edifício pode estar impróprio em termos de atingir o máximo em acessibilidade ambiental.* **(GUIMARÃES, 1999, p. 126-128).**

Segundo a dinâmica de aplicação desses níveis, a exigência para novos edifícios seria de, no mínimo, acesso-grau 3; outros edifícios já construídos e/ou históricos onde não seja possível a plena adaptação teriam acesso-grau 1 ou 2. Todos podem alcançar pontuações mais altas, como acesso-grau 4 e 5, de acordo com as melhorias e novas tecnologias aplicadas na diminuição de barreiras.

Dischinger e Mattos (2003) também desenvolveram parâmetros de projeto para habitações que estão divididos em sete capítulos: Cozinha, Banheiro, Sala, Quarto, Serviço, Entrada e Detalhes. São traçados diagramas de inter-relações, complementados por textos explicativos, nos quais se pode encontrar respostas projetuais para os principais problemas de acessibilidade comumente encontrados nos ambientes. Praticamente todas as soluções propostas pelas autoras podem também ser aplicadas a edificações em geral.

Algumas outras iniciativas brasileiras também apontam princípios e soluções para projetos acessíveis, como a Universal Home®[6] (PERITO, 2006) do Brasil. A Universal Home® segue os princípios da “casa para a vida toda”, ou seja, adequado a qualquer fase da vida e de situações possíveis ao usuário. Outra iniciativa que aponta soluções é a do Núcleo de pesquisa Vida sem Barreiras da EDUVA - Escola de Design da

[6] Projeto da Arquiteta, Drª. Sandra Perito, diretora-presidente do Instituto Brasil Acessível.

Universidade Veiga de Almeida – RJ. Tem como objetivo pesquisar e sistematizar a forma como, em qualquer situação de deficiência ou limitação física permanente ou temporária, o ser humano consiga manter o mínimo de individualidade e independência em sua residência, com maiores chances de sobreviver à sua doença e/ou dificuldades. Em setembro de 2005, o Núcleo participou da Mostra Mastercasa-RJ com um ambiente chamado "Quarto da vovó" (fig. **1**, abaixo). Nele foram instalados detalhes já conhecidos para garantir a segurança do idoso no seu quarto, banheiro e a circulação entre eles. No mesmo local, foi instalada a loja *Bontempo* (loja de móveis planejados), que teve como proposta estender a exposição, e o "Quarto da vovó" permaneceu no local, sendo utilizado como laboratório pelos alunos.

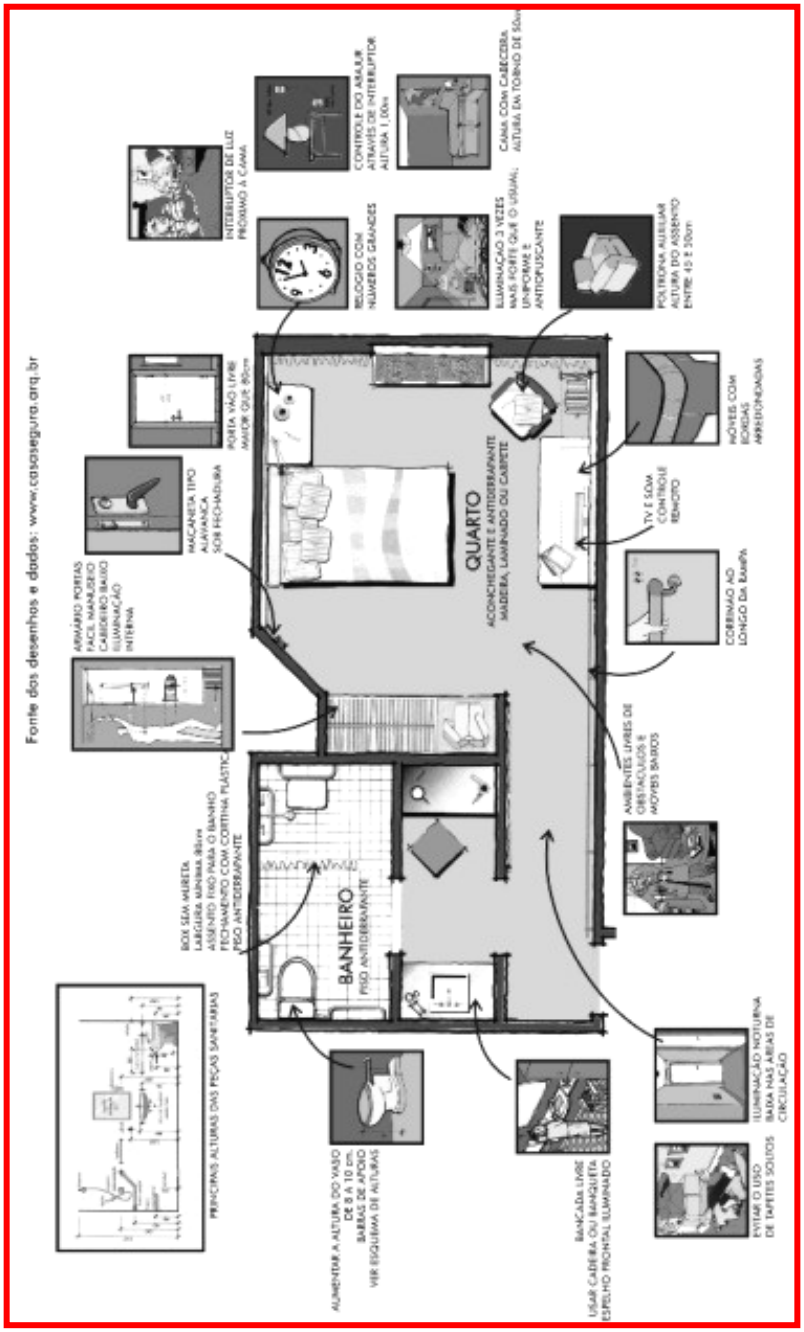


Figura **1**
Fonte: BARROS, 2004

Observa-se que há uma grande movimentação em torno do tema, contudo ainda no sentido de promoção de eventos, amostras, visitação e pesquisas. A própria Casa Cor® (exibição Brasileira de Decoração) de São Paulo (2005) lançou uma cartilha em parceria com o Instituto Brasil Acessível intitulada: Diretrizes para a criação de ambientes acessíveis. O objetivo da cartilha era o de incentivar os profissionais a criarem espaços visitáveis por toda e qualquer pessoa.

Sansvieiro (2004) também destaca alguns itens que, quando presentes, podem facilitar a hospedagem e estada do hóspede com deficiência visual:

> *a) Elevadores com mensagem de voz;*
> *b) Marcação em Braille, além da botoeira dos elevadores, também indicado nos batentes do andar;*
> *c) Quando possível, existência de piso tátil para direcionar ao apartamento;*
> *d) No frigobar, identificação dos itens em Braille, para facilitar a diferenciação de um refrigerante e de uma cerveja, por exemplo, ou mesmo locais determinados com inscrições em Braille no interior do equipamento;*
> *e) Papelaria de quarto como: tarifário e rota de fuga e demais itens de papelaria em geral com informações em Braille;*
> *f) Cardápio do Room Service (serviço de quarto) em Braille;*
> *g) Programação de TV dublada* (na língua do hóspede – nosso)*;*
> *h) Existência de informação do andar em Braille nos corrimãos das escadas;*
> *i) Possibilidade de alojamento de cão-guia;*
> *j) Conhecimento da equipe sobre como apresentar o hotel ao deficiente visual.*

As tecnologias assistivas e produtos de consumo também podem entrar como soluções coadjuvantes na criação de equipamentos e espaços acessíveis. Conforme Dischinger (2005), os itens de alta ou baixa tecnologia assistiva auxiliam as pessoas em atividades da vida diária, comunicação, educação, trabalho e recreação. Alguns exemplos de tecnologia assistiva são: cadeiras de roda, andadores, *Velcro* (pois não exige que a pessoa tenha uma coordenação-motora fina apurada para a sua utilização), roupas e brinquedos adaptados, computadores, softwares, cadeiras especiais, equipamentos de comunicação, lentes, próteses, aparelhos auditivos, entre outros.

> *"Tecnologia assistiva é qualquer item, peça de equipamento, ou sistemas de produtos comprado, modificado ou adaptado, que é utilizado para aumentar, manter, ou melhorar as capacidades funcionais de indivíduos com deficiências".* **(Assistive Technology Act of 1998 apud DISCHINGER, 2005)**

Dischinger (2005) caracteriza alguns tipos de tecnologia assistiva (TA), que podem ser observadas no Apêndice B. As tecnologias assitivas incluem sistemas como: o *Dos-Vox* e o *Jaws*, que são softwares aplicativos para pessoas com restrições visuais, que lêem os textos e mensagens do computador; LIBRAS, a Língua Brasileira de Sinais; Braille, alfabeto tátil de informação para os cegos; o *Closed Caption*, sistema

que traduz a língua falada em forma de legenda e possibilita aos surdos assistir as programações de TV, e o TDD, telefone que possui teclado para comunicação de surdos-mudos; os pisos- guia, tátil e de alerta, para o deslocamento seguro dos cegos em espaços públicos e calçadas; elevadores, plano vertical e inclinado para vencer pequenos desníveis. Todos estes inventos de tecnologias assistivas são indispensáveis na criação de ambientes acessíveis, e configuram soluções interessantes também aplicáveis aos hotéis.

2.5 A ATIVIDADE TURÍSTICA E HOTELEIRA

O mercado turístico está em crescente expansão. Segundo Squera (2006), no plano internacional, o turismo é a atividade econômica mais importante, em volume de recursos movimentados, logo após a indústria petrolífera e a indústria bélica. O turismo é o setor da economia que mais se expande em todo o mundo e, por conseqüência, aquele que mais gera empregos diretos e indiretos. De acordo com estatísticas do *World Travel and Tourism Council* (WTTC), com dados pesquisados no ano de 1999, o desempenho do turismo mundial alcança um faturamento de 4,5 trilhões de dólares. Em termos de movimento de turistas, o total é de 656,9 milhões e os empregos gerados perfazem um total de 192 milhões. Conforme Andrade *et al* (1999), este avanço se deve principalmente às novas dimensões alcançadas nas áreas de comunicação e transporte. As distâncias perderam os limites e as culturas mais diversas se aproximaram. Ele também acrescenta a estes fatores a internacionalização da economia, como mola propulsora do turismo de lazer e na geração de investimentos no setor. Essa expansão do mercado turístico incrementou o nicho de mercado dentro do setor.

Segundo Leite (2006), apesar de o mercado turístico ser visto como motor propulsor de desenvolvimento de certos locais (crescimento do comércio, fontes de renda e investimentos em infra-estrutura), por outro lado deixa também seus efeitos negativos, principalmente a alteração na paisagem e na vida dos habitantes locais. Entretanto, ao buscar-se um turismo sustentável, que garanta a qualidade de vida local e preserve seus recursos e paisagens naturais, muito se tem a ganhar.

Percebe-se que, atualmente, se fala muito em turismo rural, ecológico, da terceira idade, de inverno, de negócios, de estudos, entre outros. Isto vem reforçar o crescente aumento da qualificação, segmentação e especialização dos serviços oferecidos pelo mercado turístico, principalmente na hotelaria.

As pessoas que enfrentam restrições formam também um novo nicho de mercado. Em países mais desenvolvidos, já existem hotéis especializados no atendimento a

esse público. Mais do que promover a inclusão social e a circulação de pessoas, livre de barreiras, essenciais na sociedade, esses empresários têm descoberto uma fatia de mercado, principalmente quando se fala em terceira idade. Público que cresce em grandes proporções, principalmente nos países desenvolvidos, e que deseja desfrutar, da melhor forma, as oportunidades de lazer.

De acordo com o anuário estatístico do IBT (Instituto Brasileiro de Turismo) 2001, o faturamento no Brasil na área do turismo é de 3,9 bilhões de dólares, com a chegada de 5,1 milhões de turistas no país e 6 milhões de empregos gerados a partir desse setor. Conforme Squera (2006), em termos de emprego, um em cada dez trabalhadores brasileiros está vinculado ao setor turístico, de forma própria ou subordinada, em diversas prestações de serviço. A ABIH – Associação Brasileira das Indústrias de Hotéis, também revela alguns dados:

> *Segundo Eraldo Alves da Cruz, presidente da ABIH Nacional, entidade presente em 26 estados da federação, o setor hoteleiro representa hoje 0,4% do PIB Nacional e gera 520 mil empregos. O parque hoteleiro disponibiliza cerca de 25.500 meios de hospedagem em todo o país, sendo 18.000 hotéis e pousadas e 7.500 outros meios como motéis, pensões, alojamentos, etc.* **(ABIH, 2006).**

Santa Catarina se destaca no cenário nacional, pois duas cidades do estado, Florianópolis e Balneário Camboriú, estão entre as mais visitadas do país pelos turistas estrangeiros (Tabela **1**).

Principais cidades visitadas pelos turistas estrangeiros - 2000 Cidade	Porcentagem (%)
Rio de Janeiro	34,13
São Paulo	19,65
Florianópolis	18,69
Salvador	13,47
Foz de Iguaçu	12,94
Balneário Camboriú	6,60
Porto Alegre	5,90
Recife	5,75
Fortaleza	5,05
Búzios	4,00

Tabela **1. Principais Cidades Visitadas por Turistas Estrangeiros (grifo nosso).**
Fonte: Anuário Estatístico IBT 2001

O Estado oferece inúmeros atrativos aos turistas, em todas as épocas do ano. Festas, feiras, turismo rural, de inverno e, como não se pode deixar de destacar, a exploração turística das belezas naturais e praias do litoral, principalmente em Florianópolis, que atraem milhares de turistas todos os anos. Atualmente, Florianópolis

é considerada o maior pólo turístico do sul do país. Alguns dados da SANTUR – Secretaria de Turismo de Santa Catarina (2005) realçam a importância do setor turístico na cidade. O número de turistas que visitaram Florianópolis em 2006 ultrapassou a marca dos 588.000. Os principais emissores de turistas para o estado, já em 2006, foram a Argentina (63% dos turistas estrangeiros), o Chile (16% dos turistas estrangeiros), o Rio Grande do Sul (38% dos turistas nacionais) e São Paulo (14% dos turistas nacionais). A taxa de ocupação na rede hoteleira em 2006 foi de 67%. Os gastos dia/pessoa ficam na faixa de US$26, o que representou em 2006, uma injeção global média de US$15.600.000 por dia, na cidade. Segundo a mesma pesquisa, em 2006, 83% das pessoas que se dirigiram à cidade, vieram em busca de lazer e turismo, enquanto que 16% vieram a negócios.

Para a ABIH (2006), em Florianópolis, e no município vizinho, São José, a partir do início das atividades de novos centros de convenções, houve um acréscimo de 100% nos espaços para eventos, o que incentivou investimentos em novos empreendimentos hoteleiros. Também para a SANTUR, o turismo de negócios vem alavancando o investimento e o crescimento da capacidade hoteleira no Estado. A localização privilegiada, aliada às vantagens competitivas, como a qualidade de vida, as belezas naturais, a infra-estrutura hoteleira e a oferta de serviços de qualidade e segurança, transformaram Santa Catarina num dos destinos mais procurados do Brasil para a realização de eventos e negócios. Dados confirmados pelo censo 2006 da ABIH, sobre a satisfação dos hóspedes nos hotéis, mostram que 30,66% consideraram os serviços excelentes e 59,63% avaliaram como bom. Destacando que 95% pretendem retornar, confirmando mais uma vez a satisfação dos turistas e visitantes. No entanto, estes dados alertam para a importância de investimentos no setor. Tanto visando à qualidade dos serviços, transportes, infra-estrutura e hospitalidade, quanto ao potencial retorno financeiro.

Segundo a ABIH (2006), Santa Catarina conta hoje com mais de 251.000 leitos, sendo que a capacidade da rede hoteleira cresceu de 165 mil leitos para 250 mil, nos últimos quatro anos. Em Florianópolis, esse crescimento foi ainda maior, registrando aumento de 30% no mesmo período. O que representa, segundo a associação, a geração de 176.000 empregos diretos e indiretos na hotelaria catarinense. Atualmente, Florianópolis conta com uma rede de hotéis e pousadas divididas na região do Centro da cidade e, principalmente, nos balneários. A ABIH (2007) conta com 77 hotéis filiados na grande Florianópolis, estabelecidos nas praias de Canasvieiras (10), Ingleses (10), Lagoa da Conceição (4), Canto da Lagoa (2), Barra da Lagoa (3), Ponta das Canas (4), Jurerê e Jurerê Internacional (7), Daniela (1), Campeche (3), Joaquina

(1), Lagoinha (2), Armação (1), Cachoeira do Bom Jesus (3), Centro da cidade (12), João Paulo (1), Estreito (3), Capoeiras (1) e Municípios vizinhos (10).

Mapa **1** – Localização da cidade de Florianópolis.
Fonte: PMF, 2006.

1- Estreito
2- Capoeiras
3- Coqueiros
4- Centro
5- João Paulo
6- Cacupé
7- Stº. Antônio de Lisboa
8- Sambaqui
9- Daniela
10- Praia do Forte
11- Jurerê Internacional
12- Jurerê
13- Canasvieiras
14- Ponta das Canas
15- Lagoinha
16- Praia Brava
17- Cachoeira do Bom Jesus
18- Ingleses
19- Santinho
20- Barra da Lagoa
21- Lagoa da Conceição
22- Praia Mole
23- Canto da Lagoa
24- Joaquina
25- Campeche
26- Morro das Pedras
27- Ribeirão da Ilha
28- Armação
29- Lagoinha do Leste
30- Pântano do Sul
31- Naufragados

Mapa **2** – Localização das principais localidades da Grande Florianópolis.
Fonte: Autora.

Os percentuais de distribuição e hospedagem de turistas nos principais locais de Florianópolis (localização nos mapas **1** e **2** da página anterior) na temporada de verão, segundo a SANTUR (2001), configuram-se da seguinte forma: 22,02% em Ingleses; 19,84% em Canasvieiras; 19,13% em outros locais (soma dos que atingiram percentual menor que 2%); 10,43% no Centro e 7,21% em Jurerê; seguidos pelos balneários de Campeche, Cachoeira do Bom Jesus, Barra da Lagoa, Lagoa da Conceição, Armação e Ponta das Canas.

2.5.1 DEFINIÇÕES E DESCRIÇÕES DA HOTELARIA

O Instituto Brasileiro de Turismo (antiga EMBRATUR) é o órgão responsável por estabelecer o regulamento geral dos meios de hospedagem. De acordo com a deliberação normativa nº. 429, de 23 de abril de 2002, os meios de hospedagem oferecerão aos hóspedes, no mínimo: alojamento para uso temporário, em Unidades Habitacionais (UH) específicas para esta finalidade; os serviços mínimos necessários ao hóspede consistirão de portaria/recepção para atendimento e controle permanente de entrada e saída, guarda de bagagens e objetos de uso pessoal dos hóspedes em local apropriado; conservação, manutenção, arrumação e limpeza das áreas, instalações e equipamentos. Segundo o regulamento, a UH é o espaço, atingível a partir das áreas principais de circulação comum do estabelecimento, destinado à utilização pelo hóspede, para seu bem-estar, higiene e repouso. Quanto ao tipo, as UH's dos meios de hospedagem são as seguintes: quarto - UH constituída, no mínimo, de quarto de dormir de uso exclusivo do hóspede, com local apropriado para a guarda de roupas e objetos pessoais; apartamento - UH, no mínimo, igual ao quarto, porém servida por banheiro privativo; suíte - UH, no mínimo, igual ao apartamento, porém servida de sala-de-estar.

Todavia observa-se que cada hotel adota uma nomenclatura diferente na caracterização das UH's. Este tipo de nomenclatura, sem qualquer padronização torna difícil ao cliente identificar a que tipo de serviços terá direitos ao alugar determinada UH. Quanto à classificação, o Instituto Brasileiro de Turismo (IBT) é o único órgão responsável por emitir a simbologia de estrelas, através de um convênio com o INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia. Por muitos anos, não havia uma fiscalização e padronização com relação à classificação dos meios de hospedagem, e cada meio de hospedagem se auto-classificava. Após, a classificação por estrelas foi extinta pelo IBT, porém a instituição agora está adotando novamente as estrelas para classificação, mas dentro de uma nova matriz, com parâmetros diferenciados. Este trabalho de classificação é feito pela ABIH (associação que teve início na década de

80), e o certificado é emitido pelo IBT. Assim, através desse convênio, procurou-se restaurar a credibilidade do sistema de classificação, tanto para os empreendedores quanto para os consumidores.

A classificação está definida numa escala de valores de qualidade e quantidade de serviços oferecidos pela empresa ao hóspede. Quanto mais estrelas, maiores são as vantagens e itens de conforto oferecidos aos hóspedes. Pode-se classificar os meios de hospedagem em: luxo superior, 5 estrelas, 4 estrelas, 3 estrelas, 2 estrelas e 1 estrela. A classificação é feita através de uma matriz existente na deliberação normativa nº. 429, de 23 de abril de 2002. Segundo Silveira (2004), existem também outras formas de classificação privada conforme o padrão. Isto ocorre, por exemplo, quando hotéis, ou redes de hotéis, se associam e se classificam de acordo com parâmetros por eles estabelecidos. Entretanto, não podem utilizar o padrão de estrelas nesta classificação. Conforme Andrade (1999), também é comum classificar os meios de hospedagem conforme a sua localização, como, por exemplo, centrais ou de cidade, de praia, fazenda, de aeroporto; e também conforme a destinação, como por exemplo, de turismo, de negócios, de lazer, cassino, de convenções. Contudo, em um mesmo meio de hospedagem é comum se agruparem duas ou mais destinações.

Outros meios de hospedagem bastante comuns, além dos hotéis, são as pousadas, “campings”, “albergues”, “*Resorts*” e “*Spas*”. Estes também são fiscalizados e regulamentados pelo IBT. Os hotéis residenciais são bem comuns também, onde os hóspedes geralmente permanecem por mais tempo. Estes possuem características mais próximas da residência unifamiliar, sendo composto por ambientes de estar ou quartos conversíveis, banheiros padronizados e áreas de copa-cozinha (LEITE, 2006).

Segundo a ABIH (2006), o censo qualitativo da hotelaria brasileira, desenvolvido através de uma parceria entre a ABIH com o SEBRAE Nacional – Sistema Brasileiro de Apoio à Micro e Pequenas Empresas, com recursos do projeto Competitividade dos Pequenos e Médios Hotéis, foi concluído no início de 2006. O trabalho foi feito pela Editora *Abril*, que tabulou os dados obtidos em avaliações nos locais, realizadas ao longo de mais de 40 anos para a elaboração do Guia Quatro Rodas. Foram pesquisados 7.003 empreendimentos, totalizando 343.536 UH’s.

Nesta avaliação dos equipamentos e serviços disponíveis, foram examinados 188 itens, considerados existentes quando presentes na maioria absoluta (50% mais um) das UH’s. Alguns de maior presença são: lavanderia, chuveiro com aquecimento central, chuveiro elétrico, ducha higiênica, boxe de vidro temperado, colchão de molas, *room service* (serviço de quarto) e funcionários uniformizados. Entre os itens com menor disponibilidade destacam-se: canal de vídeo, camareira 24 horas, área de serviço nos aposentos, cama de casal, travesseiro para alérgicos, restaurante 24

horas, andar executivo e *check-in* aéreo. Na área de lazer, os itens mais presentes são: piscina (59,1%), sala de ginástica (17,6%), massagem (9,5%) e quadra de tênis (7,3%). Na área de eventos, as salas de convenções têm configurações diversificadas e estão relativamente bem equipadas, oferecendo cerca de 21 itens diferentes. Interessante observar que 7,4% dos empreendimentos aceitam animais e este índice é um pouco maior em hotéis pequenos: 8,6%. Com relação aos colaboradores internos, 19% dos funcionários de recepção falam o inglês e 12% têm o espanhol fluente.

Ainda é baixa a proporção de estabelecimentos que dispõem de trabalhadores treinados (18%). No entanto, em localidades onde o turismo de negócio tem forte participação, esse perfil é diferente. Na capital paulista, por exemplo, mais de 80% dos hotéis têm empregados treinados. A média em relação ao número de funcionário por UH é de 0,52, índice que aumenta quanto maior for a categoria do hotel. Apesar de relevante e interessante, nesta pesquisa, não foram levantados dados a respeito da acessibilidade ou uso desses espaços e equipamentos por pessoas que sofrem restrições.

2.6 TURISMO E HOTELARIA ACESSÍVEL

Turismo é lazer na essência, e, como tal, deve estar ao alcance de todas as pessoas, seja qual for sua etnia, crença, sexo, idade ou habilidades. O turismo também favorece o alívio das tensões do dia-a-dia, o equilíbrio psico-social do indivíduo e a prática do conhecimento, ao se vislumbrar novos lugares e culturas. Assim, é essencial a prática do turismo por todas as pessoas, principalmente aquelas com limitações, que, historicamente, foram excluídas da sociedade e hoje começam a ter sua cidadania resgatada.

Para Saeta e Teixeira (2003), o estímulo à inserção de pessoas que sofrem restrições no mercado de trabalho, gera, por conseqüência, um contingente de pessoas que passam a dispor de recursos e desejam aplicá-los também no lazer e no turismo. Entender e respeitar os direitos dos consumidores é uma questão de responsabilidade social e de oportunidade de negócios. Construir serviços de turismo especiais, para pessoas com limitações, consiste num aspecto imprescindível para satisfazer esses consumidores e reconhecer os seus direitos como cidadãos. Uma forma de agir socialmente responsável. A oportunidade de negócio não se esgota no atendimento da demanda, pois o exercício da responsabilidade social gera uma imagem da empresa que influencia o comportamento de recompra. Para os autores atender a este segmento pode representar uma oportunidade para estimular a fidelização de outros tipos de clientes.

Saeta e Teixeira recomendam que empresas desenvolvam pacotes de turismo de acordo com o tipo de deficiência, como também a criação de programas turísticos que incluam pessoas com "deficiência" em conjunto com "não-deficientes" e a comercialização de pacotes que tratem a pessoa com deficiência como cliente, além do treinamento dos funcionários para um melhor atendimento e a contratação de pessoas que enfrentam restrições como funcionários nessas empresas de turismo.

A prefeitura de São Paulo lançou, em outubro de 2001, o Guia São Paulo Adaptada 2001, dedicado à avaliação da acessibilidade da cidade para as pessoas com mobilidade reduzida. O guia foi elaborado por uma pessoa que, após se tornar cadeirante, precisou aprender sobre as adaptações existentes na cidade e adaptar-se a elas. Apesar de ser uma excelente iniciativa, o guia não avalia as condições de acessibilidade para outros tipos de restrições, como as psico-cognitivas e sensoriais.

Em uma entrevista realizada por Sansivieiro (2004) com o Sr. Howie Brown[7], chegou-se a conclusão que a melhor maneira de propiciar um bom atendimento a pessoas que sofrem restrições, é romper a ignorância pela convivência. Ou seja, incluindo estas pessoas nas equipes de trabalho das empresas hoteleiras e de turismo[8]:

> *"... quando se conhece, rompe-se a principal barreira que é a ignorância e rompendo a ignorância podemos acolher com naturalidade".*

Uma cidade hospitaleira deve superar as expectativas de seus hóspedes. Por isso, os serviços, principalmente os diretamente ligados ao turismo, devem, no mínimo, suprir as necessidades e expectativas de seus visitantes. Bem receber, bem indicar e orientar, bem informar, bem alojar são algumas características de uma cidade hospitaleira. Indicadores como legibilidade, identidade e acessibilidade devem estar presentes em todos os seguimentos do turismo e da hotelaria acessível nas cidades que buscam a inclusão. Algumas iniciativas já vêm ocorrendo no Brasil no sentido de promover a inclusão das pessoas que enfrentam restrições no lazer e no turismo. Segundo Paro (2005), a cidade de Itacaré (BA) já possui a estrutura necessária para que as pessoas com restrições físico-motoras desfrutem de todas as atrações e

[7] Gerente geral do hotel Sheraton Santiago (Chile), argentino de 42 anos, que, desde maio de 2000, utiliza cadeira de rodas motorizada.

[8] Pela Lei Nº 38, de 18/08/04, este já é um direito das pessoas com deficiências, através da cota de vagas para deficientes em empresas públicas e privadas (de 2% a 5%, dependendo do número de funcionários). Contudo, esta Lei, ainda enfrenta grandes barreiras: tipo de serviço exigido pela função, qualificação e especialização das pessoas com restrições, preconceito das instituições, reservando as vagas para deficientes nos setores que pagam os menores salários, e eliminação das barreiras no ambiente de trabalho.

belezas da cidade. Um cadeirante pode fazer trilhas, *rafting*, passeios de canoa e aproveitar praias e cachoeiras como qualquer outra pessoa não portadora de deficiência física. Apesar de uma excelente iniciativa, observa-se que as adaptações foram pensadas somente nas pessoas com limitações de mobilidade e que apenas um apartamento recebeu atenção especial. Para Paz (2005):

> *"(...) foi-se o tempo em que o cliente tinha que se adaptar ao produto/serviço oferecido pelo mercado. Hoje, quem não se adaptar às necessidades da demanda corre o sério risco de baixar suas portas... para sempre (...) Seja por qual forem os motivos das mudanças de atitude, elas trarão benefícios a curto, médio e a longo prazo. Como sempre, tudo é uma questão de nos acostumarmos com elas. Em breve, atender a estas necessidades especiais será considerado tão importante quanto atender a quaisquer outras. Afinal, um cadeirante ou alguém que não possui visão, audição ou fala também consome, também trabalha, também vota, também vive."*

Conforme Tada (2005), com relação ao transporte terrestre (trem e ônibus) na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, as principais estações estão preparadas e a maioria dos trens, têm acesso adaptado. Há a possibilidade de reservar lugares específicos e avisar antes sobre as necessidades do usuário. No Brasil, segundo o autor, alguns terminais rodoviários prometem procedimentos diferenciados, como permissão prévia para chegar com veículo próprio à plataforma de embarque. Existe ainda um Passe Livre para se viajar gratuitamente de um Estado a outro em ônibus ou trem, que é oferecido a pessoas com deficiência física, sem custo. Em Florianópolis, por exemplo, as Leis nº. 5185, de 1997, e nº. 3969, de 1993, dispõem sobre a gratuidade do transporte público municipal aos "deficientes físicos e mentais". Segundo Tada (2005), com relação a locação de carros, a situação é complicada, as locadoras mais conhecidas, como *Hertz* e *Avis*, não têm carro adaptado no Brasil. Mas conclui que, não é complicado arranjar um carro adaptado nos EUA, no Canadá e nos principais países da Europa.

Com relação aos hotéis, Tada destaca que os quartos adaptados para este tipo de hóspede possuem portas mais largas, há mais espaço para circular e itens como vaso sanitário e chuveiro adaptado, e realça que no Brasil a oferta ainda é pouca, e como já comentado, a lei dos 5% não é cumprida.

Andrea Schwarz[9], diz que não encontrou nenhum hotel, na capital paulista, corretamente aparelhado. Mas, a nova classificação de hotéis (que define o número de estrelas), em implantação, exige adaptações baseadas na ABNT NBR 9050/04. No exterior é mais fácil encontrar quartos adequados, mas Andrea destaca que é bom reservá-los com antecedência: lá fora, os turistas com deficiência física viajam muito mais do que aqui.

[9] Co-autora do Guia São Paulo Adaptada (Editora: O Nome da Rosa, 2001).

Um hotel alemão que trabalha exclusivamente no atendimento a pessoas com restrições motoras é o hotel *Haus Rheinsberg* (2006), figura **2**. Ele é totalmente voltado para o hóspede com deficiência física, a começar pela recepção: metade do balcão está na altura de uma cadeira de rodas. Janelas são automáticas e áreas de lazer são adaptadas para esse público. Alguns outros serviços disponíveis aos hóspedes são os passeios de canoa (fig. **3**), charrete, triciclo, bicicleta (fig. **4**) e também atividades esportivas como boliche (fig. **5**), hidroginástica (fig. **6**), basquete, bocha, arco-e-flecha, entre outros. As pessoas com restrições motoras têm acesso a todos os espaços do hotel. O bar é acessível ao cadeirante (fig. **7**), o restaurante tem espaço de circulação amplo entre as mesas (fig.**8**) e os quartos também estão adequados ao uso por um cadeirante (fig. **9**). O hotel apresenta três tipos de UH's adaptadas: o *single room* , o *small double room* (fig. **10**) e o big *double room*.

Figura **2**

Figura **3**

Figura **4**

Figura **5**

Figura **6**

Figura **7**

Figura **8**

Figura **9**

Destaque abaixo para a planta baixa da UH do hotel *Haus Rheinsberg,* a qual apresenta espaço de manobras e circulações generosas se comparada com o padrão brasileiro, que exige portas com vãos mínimos de 80 cm para quartos adaptados (ABNT NBR 9050/2004). Contudo, a porta de acesso à UH abre para dentro, o que não é recomendável (ABNT NBR 9050/04), pois dificulta a atividade de abrir a porta pelo cadeirante.

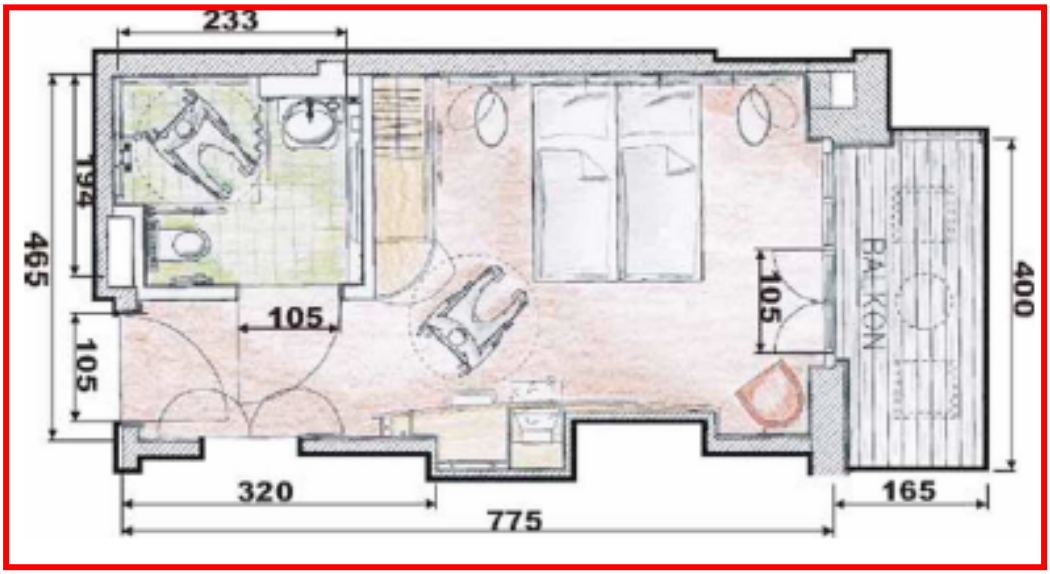


Figura **10**
Fonte das Figuras de **2** a **10**: Haus R., 2006

Segundo Tada (2005) as cidades mais bem preparadas para receber pessoas com deficiência física estão no exterior. Quem já foi aos Estados Unidos não reclama das cidades do país, que permitem maior independência. O autor, ressalta a afirmação do analista de sistemas Fabio Ricci, que é paraplégico e já viajou para o Japão e a Inglaterra, além dos EUA: *"A relação custo/benefício compensa"*. Tada também destaca o caso do jogador de basquete Fábio Souza, paraplégico, que gostou de Fortaleza, Brasília e Curitiba, sendo que na capital do Paraná, a maioria dos ônibus da Linha *Turismo* está adaptada. Tada ressalta a afirmação de Fábio Souza:

> *"O mercado turístico brasileiro não descobriu que o portador de deficiência física é um consumidor interessante, que até paga mais caro por um lugar com acessibilidade".*

No Brasil não existem agências especializadas no turismo para pessoas que sofrem restrições. Mas, existem agências que também trabalham com este tipo de clientes. Segundo Tada (2005), a *Ortega Turismo* de São Paulo prepara roteiros especiais para esse tipo de turista. Entretanto, a viagem para atender as pessoas com restrições físicas, fica mais cara, principalmente por causa da necessidade de contratar quem ajude na locomoção. Com a adição de itens como guias-acompanhantes, a viagem sai 40% mais cara do que um roteiro tradicional. De acordo com Araújo (2005), em Campinas (SP) e região, a *Hondatur* (agência de turismo), é uma das raras empresas do ramo com atendimento preferencial para as pessoas com deficiência.

Ana Lúcia Honda, proprietária da *Hondatur*, diz que este é um nicho de mercado inexplorado e ressalta que seu trabalho consiste, basicamente, em pesquisar hotéis e sugerir dicas de passeios acessíveis, que contem com equipamentos como rampas, elevadores, banheiros com barras de segurança e espaços mais amplos. Ela destaca:

> *"O grande problema é que tudo não depende apenas do meu trabalho, mas do receptivo, que nem sempre atende bem os deficientes"*.

Ana Lúcia comenta que no exterior, assim como nas grandes cadeias de hotéis internacionais, o respeito às diferenças é mais disseminado, ao contrário do que acontece no Brasil. A dificuldade ocorre mesmo quando há disponibilidade de locais para os viajantes com deficiência:

> *"Nos cruzeiros que passam pela costa brasileira, por exemplo, os navios têm em média quatro cabines adaptadas, mas as operadoras abrem a venda para passageiros comuns. Ou seja, não se importam. Quando consultamos, elas já estão ocupadas"*.

Segundo Araújo (2005), a mesma observação faz Laura Fernandes[10], sobre as facilidades no exterior. Cristiane Ecker Fornazieri[11], informa que a Cidadão Eficiente dá suporte para estabelecimentos que desejam se preparar para atender pessoas com restrições físico-motoras, elaborando diagnósticos das condições de acessibilidade e laudos de situações de risco (como incêndios), entre outros serviços. Outra frente em expansão são os roteiros especializados criados pela *Commissair*, projeto batizado de Férias sem Barreiras:

[10] Presidente da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) Cidadão Eficiente, em fase de constituição. Mantida pela Commissair Congressos, Eventos e Turismo, de São Paulo, da qual também é diretora, a Cidadão Eficiente, atua no desenvolvimento de projetos, na capacitação de pessoal e na consultoria para o mercado de viagens.
[11] Responsável pelo departamento de Relações Institucionais da OSCIP.

> *Por se tratar de uma fatia bastante expressiva do mercado, certas operadoras e agências estão procurando atender da melhor maneira esta clientela. Em nosso caso, estamos desenvolvendo pacotes com atendimento especial para Natal, no Rio Grande do Norte, Salesópolis, onde fica a nascente do Rio Tietê, para Joinville e o parque Beto Carrero, em Santa Catarina. Outro roteiro em formatação é o São Paulo Cultural Acessível, com pacotes de final de semana com hotel e entradas para o teatro, por exemplo.*

O gerente Executivo do *Campinas Convention & Visitors Bureau*, Rui Carvalho, comenta que está nos planos da associação justamente uma parceria com entidades como a Cidadão Eficiente:

> *"Aqui na cidade a maioria dos grandes espaços para eventos, que são o nosso foco, conta com adaptações para o público com deficiência. Mas existe um projeto de capacitar os que não prestam esse atendimento ainda, através dessas parcerias"*.

Destaca-se, com estes relatos, que todas estas iniciativas, apesar de pontuais, não só no caso do Brasil, já mostram uma mudança de pensamento e conscientização do mercado turístico com relação às pessoas com restrições físico-motoras. Observa-se, porém, que este movimento no setor turístico, necessita de uma urgente ampliação, de volume de oferta de número de quartos adaptados (ultrapassando as barreiras das leis), e na acessibilidade dos espaços e serviços comuns da hotelaria. Além, da consideração de condições de inclusão a outros tipos de restrições, como as cognitivas e sensoriais.

Segundo Bustani (2006):

> *Com o crescimento da Indústria Hoteleira, cabe colocar disponível, quartos que possam ser usados por qualquer cliente, independentemente de suas limitações. É importante observar que o hotel é uma empresa que funciona ininterruptamente e por isto mesmo todas as precauções no projeto devem ser extremamente esgotadas, para que não seja preciso alterações constantes. (...) Podemos dispor da tecnologia e do bom design para proporcionar aos hóspedes esta independência, quaisquer que sejam suas necessidades, como por exemplo: usar cartão magnético, colocar botoeiras no elevador em altura adequada e teclados em alto relevo ou Braille e sinalizadores visuais e sonoros, vencer desníveis por meio de rampas, prever iluminação, corrimão e barras de apoio, observar largura das portas e tipo de maçanetas, usar piso uniforme, sem saliências e antiderrapante, utilizar torneiras e misturadores do tipo alavanca ou monocomando, dispor de cadeira higiênica para banho, fazer escolha eficiente de cores, oferecer móveis ergonométricos, confortáveis, permitindo o uso apropriado pelo hóspede.*

Pequenas soluções podem prover muitas das necessidades das pessoas que enfrentam restrições. Os hotéis e outros equipamentos turísticos, só têm a ganhar, unindo esforços, a fim de tornar esses ambientes acessíveis. Observa-se que desde as UH's, passando pelos acessos, áreas comuns e serviços oferecidos, não é difícil, ou mesmo oneroso, promover uma hotelaria mais acessível. Por isso, é necessário um aprofundamento nos conceitos em acessibilidade e desenho universal, bem como uma

revisão das normas e leis, que estão aquém de oferecer acessibilidade integral, como podemos observar a seguir.

2.7 DISPOSITIVOS LEGAIS SOBRE LAZER, TURISMO, HOTELARIA E HABITAÇÃO ACESSÍVEL

As leis de acessibilidade no Brasil têm tratado especialmente da adaptação dos edifícios públicos. Como já comentado, muitos municípios, inclusive a cidade de Florianópolis, têm começado a exigir a adequação dessas edificações em benefício das pessoas com limitações, focando, em geral, na adequação de rampas, banheiros e corrimãos, ainda muito longe, contudo, de um ideal de acessibilidade.

Em termos de habitação, o Brasil também não apresenta legislação específica, mas já exige, em alguns estados, um percentual mínimo de unidades adaptadas nas habitações de interesse social, como por exemplo, em São Paulo, através da Lei Estadual 10.844, de 2001. Alguns países, como os Estados Unidos e o Japão, também têm legislações que promovem ações afirmativas, incentivando projetos inclusivos, e também no sentido de garantir uma porcentagem mínima de habitações adaptadas nos projetos financiados pelo governo. Na Suécia, a legislação é mais exigente no sentido de que todas as habitações financiadas devem permitir a sua adaptação às necessidades de qualquer pessoa; assim toda casa apresenta acessibilidade futura prevista e possui dimensões adequadas. Mesmo naquelas que possuem dois pavimentos, há a previsão de se ter, no pavimento térreo, uma unidade independente e adaptada à pessoa que sofre restrições. A única lei brasileira que favorece as pessoas com limitações, no sentido de viabilizar o uso da habitação, garante o direito ao apartamento térreo nos condomínios e a vaga de estacionamento, no entanto sem qualquer preocupação com as dimensões e qualificações dos ambientes internos.

Segundo a CORDE (1998), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela ONU (Organização das Nações Unidas) em 1948, coloca a igualdade como um dos princípios básicos humanos. Dentre os quais destaca-se o direito de ir e vir e a acessibilidade a todos os bens e serviços, incluindo os espaços urbanos e edificados. A Constituição da República Federativa do Brasil, coloca o lazer como direito de todos, no mesmo patamar da moradia, da educação, da saúde e do trabalho. É dever do Estado promover e incentivar o lazer. Por isso, a igualdade também está preconizada na Carta Magna (1988):

"Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, (...)".

A pessoa que enfrenta restrições deve possuir as mesmas oportunidades que qualquer pessoa. Segundo Maria Madalena Nobre[12] (2006), a necessidade de se eliminar barreiras arquitetônicas na rede hoteleira e em outros empreendimentos, já foi explicitada pela Constituição Brasileira, pelas Leis Federais 10.098/2000 e 10.048/2000, que tratam da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida no Brasil, e pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, dentre as quais, a mais importante é a ABNT NBR 9050. As duas Leis acima referidas foram regulamentadas pelo Decreto nº. 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Desde a Lei 7.853, de 24/10/1989, o assunto já estava regulamentado:

Artigo 2. V - Na Área de Edificações

a) A adoção e a efetiva execução de normas que garantam a funcionalidade das edificações e vias públicas, que evitem ou removam os óbices das pessoas portadoras de deficiência, permitam o acesso destas a edifícios, a logradouros e a meios de transporte.

No âmbito internacional, a ONU (1993), nas Regras Gerais Sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, destaca-se, na Regra 11 (Lazer e Desporto) o seguinte texto:

2-As autoridades de turismo, as agências de viagens, os hotéis, as organizações voluntárias e outras entidades envolvidas em organizar atividades recreativas ou oportunidades de viagem devem oferecer seus serviços a todas as pessoas, levando em consideração as necessidades especiais das pessoas com deficiência. Deve ser provido um adequado treinamento para ajudar neste processo.

Na Declaração de Cartagena de Índias, sobre Políticas Integrais para Pessoas com Deficiências na Região Ibero-Americana (Colômbia, em outubro de 1992), nos itens Esporte, Cultura e Lazer destacam-se:

É preciso eliminar obstáculos estruturais, técnicos, físicos e de atitudes que limitem a participação de pessoas com deficiência nas atividades culturais, recreativas e desportivas. Devem ser melhorados, particularmente, os acessos a cinemas, teatros, museus, competições desportivas, lugares turísticos e colônias de férias, que deverão ser adequadamente equipados.
Os guias turísticos e de atividades de lazer devem conter o máximo possível de informações sobre a acessibilidade dos meios de transporte, hotéis, restaurantes, e equipamentos culturais e desportivos.

[12] Consultora do Ministério do Turismo (Brasil).

Na Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência - Guatemala, 1999, o Artigo III, organizada pela OEA (Organização dos Estados Americanos) dispõe:

> (...) os *Estados Partes comprometem-se a:*
> *b) Medidas para que os edifícios**,** os veículos e as instalações que venham a ser construídos ou fabricados em seus respectivos territórios facilitem o transporte, a comunicação e o acesso das pessoas portadoras de deficiência.*

Segundo Araújo (1994), as pessoas com limitações têm o direito à diversão, como qualquer indivíduo. Não é possível imaginar a vida de qualquer pessoa sem o mínimo de lazer. Esse direito engloba, desde as práticas esportivas até a freqüência em locais públicos: cinemas, museus, teatros, estádios esportivos, restaurantes, hotéis, comércio, entre outros. Isto também compõe o direito à integração social das pessoas que enfrentam restrições.

Na legislação brasileira, os incisos VII e VIII do art. 46, da Seção V, do Capítulo VII, do Decreto nº. 3.298, de 21 de dezembro de 1999 estabelecem as seguintes medidas:

> *Art. 46 (...):*
>
> *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.*

As leis e normas que regulamentam a questão de acessibilidade nos hotéis brasileiros são: o Manual de Recepção e Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Empreendimentos e Equipamentos Turísticos - IBT; a Deliberação Normativa nº. 429, de 23 de abril de 2002, também do IBT, e a ABNT NBR 9050/ 04 – Acessibilidade de pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos, elaborada pela ABNT – Associação Brasileira de Normas técnicas. A Deliberação Normativa nº. 429, citada, traz algumas colocações importantes, das quais se pode destacar:

> *Art. 7º - Os padrões comuns a todos os meios de hospedagem são os seguintes:*
> *I) (...)*
> *II)Quanto aos aspectos construtivos:*
> *g) facilidades construtivas, de instalações e de uso, para pessoas com necessidades especiais, de acordo com a NBR 9050, em prédio com projeto de arquitetura aprovado pela prefeitura Municipal, como meio de hospedagem, após 12 de agosto de 1987. Em caso de projetos anteriores, o meio de hospedagem deverá dispor de sistema especial de atendimento.(...)*
>
> *Art.8º - Os contratos para reservas de acomodações e hospedagem deverão ser sempre consubstanciados por documentos escritos, constituídos de: (...)*

5º - os responsáveis pelos meios de hospedagem deverão garantir prioridade de ocupação a pessoas portadoras de deficiência, nas UH's adaptadas para seu uso. (...)

Art. 15º - Para os fins do artigo anterior, os meios de hospedagem afixarão:
e)a existência e quantidade de UH adaptada para pessoas portadoras de necessidades especiais. (...)

Art. 18º - Os meios de hospedagem que dispuserem de UH e áreas acessíveis a pessoas portadoras de deficiência deverão colocar, junto à entrada principal do estabelecimento, da placa com o Símbolo Internacional de Acesso a essa faixa de clientela.

O Manual do IBT apresenta em forma de caderno, considerações mais específicas sobre os meios de hospedagem, restaurantes, lanchonetes, bares, boates, cinemas, transporte e promoção de eventos; além de estabelecer padrões de dimensionamento das dependências e equipamentos, incluindo acessos e circulações, portaria/ recepção/ atendimento, quarto de dormir, sanitários, salas de reuniões, butiques, cabeleireiros, sauna, salão de ginástica, piscinas, lazer, estacionamentos, comunicação e sinalização, bem como outras áreas e equipamentos. Este manual tem como referência a ABNT NBR 9050/94, apresentando muitas das questões abordadas na ABNT NBR 9050/04. Segundo o Manual:

Todos os empreendimentos turísticos devem disponibilizar equipamentos e pessoal capacitado a assegurar a recepção e a acessibilidade a pessoas portadoras de deficiência. Para esse fim, é recomendável a disponibilização de cadeiras de rodas e de aparelhos de TV com closed caption, bem como sugerida a existência de funcionário na portaria/ recepção e postos de informação capaz de interpretar sinais; de aparelho do tipo TDD; de relógios em Braille e de jogos para deficientes visuais, de assentos portáteis elevados para uso do sanitário e para tomar banho e a permissão para entrada de cães-guia de deficientes visuais.

A ABNT NBR 9050/04 é uma norma mais abrangente, não sendo destinada apenas a empreendimentos e equipamentos turísticos (como o Manual do IBT), mas também estabelece padrões de dimensionamento dos ambientes e equipamentos. Esta norma dispõe que hotéis, motéis, pousadas e similares, auditórios, salas de convenções, salas de ginástica, piscinas, restaurantes, refeitórios, bares, locais de esporte, lazer e turismo, escolas, bibliotecas, locais de comércio e serviços, mobiliário, telefones, entre outros, devem ser acessíveis. E estabelece, para as unidades de habitação acessível, as seguintes considerações:

8.3.1.1 Pelo menos 5%, com no mínimo um do total de dormitórios com sanitário, devem ser acessíveis. Estes dormitórios não devem estar isolados dos demais, mas distribuídos em toda a edificação, por todos os níveis de serviços e localizados em rota acessível. Recomenda-se, além disso, que outros 10% do total de dormitórios sejam adaptáveis para acessibilidade.

8.3.1.2 As dimensões do mobiliário dos dormitórios acessíveis devem atender às condições de alcance manual e visual previstos na seção 4 e ser dispostos de forma a não obstruírem uma faixa livre mínima de circulação interna de 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Os armários devem atender a 7.4.2. Deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50 m que possibilite um giro de 360º, conforme figura 153. A altura das camas deve ser de 0,46m. (fig.**14**)

8.3.1.3 Quando forem previstos telefones, interfones ou similares, estes devem ser providos de sinal luminoso e controle de volume de som, conforme 9.2.2.

8.3.1.4 Os dispositivos de sinalização e alarme de emergência devem alertar as pessoas com deficiência visual e as pessoas com deficiência auditiva, conforme 5.7.3.

8.3.1.5 O sanitário deve possuir dispositivo de chamada para casos de emergência, conforme 7.2.1.

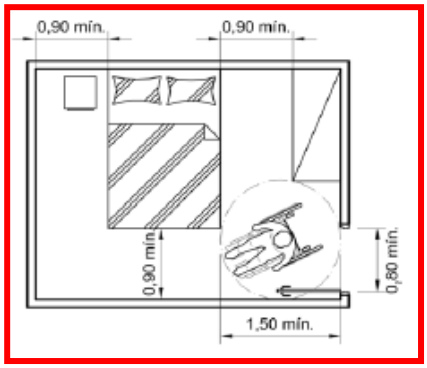


Figura **11**
Fonte: ABNT NBR 9050, 2004.

No dia 05 de abril de 2006, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania do Senado aprovou o substitutivo ao Projeto Lei 640/03, que obriga os hotéis e pousadas do País a adaptar pelo menos 10% dos apartamentos a “portadores de deficiência”. Agora este projeto está em tramitação no Senado Federal. Segundo o Diário do Senado Federal, a justificação da obrigatoriedade se dá pelo seguinte fato:

A Lei nº. 10.098, de 2000, dispõe sobre as normas gerais de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência, todavia contêm omissões quanto à obrigatoriedade de observância da acessibilidade por locais de uso público como hotéis, bares, restaurantes e similares. A gravidade da questão chegou-nos ao conhecimento por meio de um advogado portador de deficiência física que, por força da profissão, necessita viajar freqüentemente, não encontrando hotéis que ofereçam um mínimo de acessibilidade. Esse advogado narrou-nos o seguinte fato: necessitando comparecer a uma audiência no Superior Tribunal de Justiça, não encontrou, na Capital Federal, hotel com instalações sanitárias acessíveis. Para utilizar o banheiro, arrastou-se pelo chão, usando apenas as forças dos braços, como de costume. Despercebido que o friso de metal do carpete estava levantado, sofreu um corte na perna, não sentindo, todavia a dor do ferimento, por insensibilidade nos membros inferiores. Ao notar sangue espalhado pelo chão, tentou buscar socorro, mas não alcançou o telefone, até que desmaiou. Sofreu sério perigo de morte, até a chegada da camareira, que clamou por socorro. A pungente ilustração não nos deixa dúvida da premência em se promover a alteração da Lei de Acessibilidade, para tornar obrigatória a disponibilização de apartamentos acessíveis por hotéis e similares, assim como de instalações sanitárias adequadas, por bares, restaurantes e casas do gênero.

Observa-se assim, a falta de cumprimento das leis e a dificuldade dessas pessoas em encontrar hotéis acessíveis plenamente. Muitas vezes, não existe uma obrigatoriedade real, e sim recomendações de acessibilidade. Considera-se interessante ser como recomendado, mas, se não for, ninguém irá obrigar. Mesmo considerando o fato de os hotéis serem obrigados a apresentarem um número mínimo de unidades adaptadas, percebe-se que não é o que acontece na prática. Os 5% obrigatórios não são respeitados. Se pelo menos esse número fosse atendido, as pessoas com restrições físico-motoras, principalmente os cadeirantes, não encontrariam tantas dificuldades em se hospedar. Destaca-se, também, que boa parte dessas unidades e ambientes poderia ser flexível, ou adaptável em pontos fundamentais, principalmente para outras limitações que não exijam espaço extra de banheiro (como cegos, surdos, idosos, anões e muletantes).

Com relação ao Projeto de Lei supracitado, acredita-se ser inviável exigir 10%, se nem os 5% estão sendo respeitados. Além disso, considerando a população de pessoas com restrições em cadeira de rodas, ou que necessitem de banheiro amplo e adaptado, pode-se fazer uma projeção proporcional em cima da população mundial, que não passa de 5%. Muitos empresários não enxergam este grupo como um nicho de mercado, além de não conhecerem as restrições que espaços hoteleiros mal planejados podem impor a qualquer pessoa. Apesar de existirem leis e normas sobre a questão da acessibilidade aos equipamentos turísticos e hotéis, as informações encontram-se dispersas, sem que haja uma diretriz mais específica que atenda plenamente ao desenvolvimento de projetos turísticos inclusivos.

A própria norma ABNT NBR 9050/04, hoje vigente, ainda está longe de fornecer todos os parâmetros e medidas que considerem integralmente as necessidades das pessoas que enfrentam restrições, pois é limitada quase que exclusivamente às necessidades das restrições físico-motoras e não inclui todos os tipos de edificações e situações de uso. Além disso, utiliza parâmetros ergonômicos que podem ser questionados pela própria observação prática de espaços que contemplam praticamente todas as questões da norma, mas, ainda estão longe de serem acessíveis, como observado nas visitas e passeios realizados.

CAPÍTULO 03: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem metodológica desta pesquisa é essencialmente qualitativa consistindo numa combinação e compreensão de dois aspectos distintos, mas essencialmente interligados. Em primeiro lugar era necessário compreender a natureza das diferentes restrições, examinando as relações entre as dificuldades e habilidades na realização das atividades, bem como as condições ambientais que as afetam. Este conhecimento foi essencial para poder se desenvolver a segunda parte da pesquisa, objetivo central deste estudo, que é o estudo destas relações no ambiente hoteleiro, avaliando de que forma este pode se tornar acessível às pessoas que enfrentam restrições. Para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa foi necessária a criação de procedimentos que se baseiam em dois pontos centrais:

A. **Estudo das restrições – focado no usuário**: realizado através de Análise Teórica e Documental, Grupos Focais Com Imagens e Passeio Acompanhado.

B. **Estudo dos hotéis – focado no ambiente físico**: realizado através de Análise Teórica e Documental, das Visitas Técnicas e Exploratórias, Estudos de Caso e Passeio Acompanhado.

A necessidade de se construir e organizar os dados a partir de um ponto de vista diverso, ou seja, no entendimento das restrições e na avaliação dos hotéis, reside no fato de compreender o problema a partir do indivíduo que se hospeda. Entender como é possível fazer certa atividade e como o ambiente favorece ou limita este fazer torna-se essencial. Este questionamento ultrapassa os objetivos deste estudo pela sua importância e possível aplicação para outras pesquisas. Pois é extremamente amplo e abrange conhecimentos interdisciplinares de ergonomia, medicina, fisioterapia, fisiologia e psicologia. Assim, nesta pesquisa, as conclusões, apontamentos e recomendações ambientais são reflexos de uma visão arquitetônica (apesar das pesquisas e consultas em livros e a profissionais da área da saúde) e dos resultados das pesquisas e técnicas utilizadas nos levantamentos. Para atingir os objetivos traçados na pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos em quatro etapas:

a) **Etapa 1** : Investigações Iniciais através da Análise Teórica e Documental; Visita Técnica e Exploratória e Grupos Focais Com Imagens;

b) **Etapa 2**: Sistematização do Conhecimento;

c) **Etapa 3**: Estudos de Caso, através da Visitas Técnicas e Passeios Acompanhados;

d) **Etapa 4**: Análise e Síntese dos Resultados.

Na etapa 1, foi realizada uma investigação inicial sobre o tema e reconhecimento dos dois pontos centrais, aprofundando os conceitos de acessibilidade e desenho universal nos hotéis, conhecendo a realidade das pessoas que enfrentam restrições e dos empreendimentos hoteleiros com relação à acessibilidade. Na segunda etapa, estes conhecimentos foram sistematizados de forma a visualizar facilmente os resultados obtidos. Na etapa 3, estes resultados foram aprofundados nos Estudos de Caso, através das Visitas Técnicas e Passeios Acompanhados em dois hotéis, verificando incoerências normativas, bem como situações positivas e negativas na realização das atividades hoteleiras e possíveis soluções para os problemas detectados.

É importante destacar que cada etapa não foi realizada umas após a outra, na maioria das vezes duas ou três etapas estavam sendo desenvolvidas simultaneamente. Para uma melhor compreensão, os procedimentos podem ser visualizados através do esquema da próxima página (figura **12**), o qual ilustra os acontecimentos da pesquisa. Salienta-se que todas as etapas influenciam-se reciprocamente, interagem e foram reestruturadas de acordo com os avanços do trabalho. Por exemplo; uma descoberta na Análise Teórico e Documental pode ocorrer no final da pesquisa, influenciando o campo de propostas e análises.

Cada um destes instrumentos será brevemente descrito a seguir, contudo eles serão detalhados em seus capítulos correspondentes, distribuídos de acordo com a Estrutura da Dissertação, já apresentada.

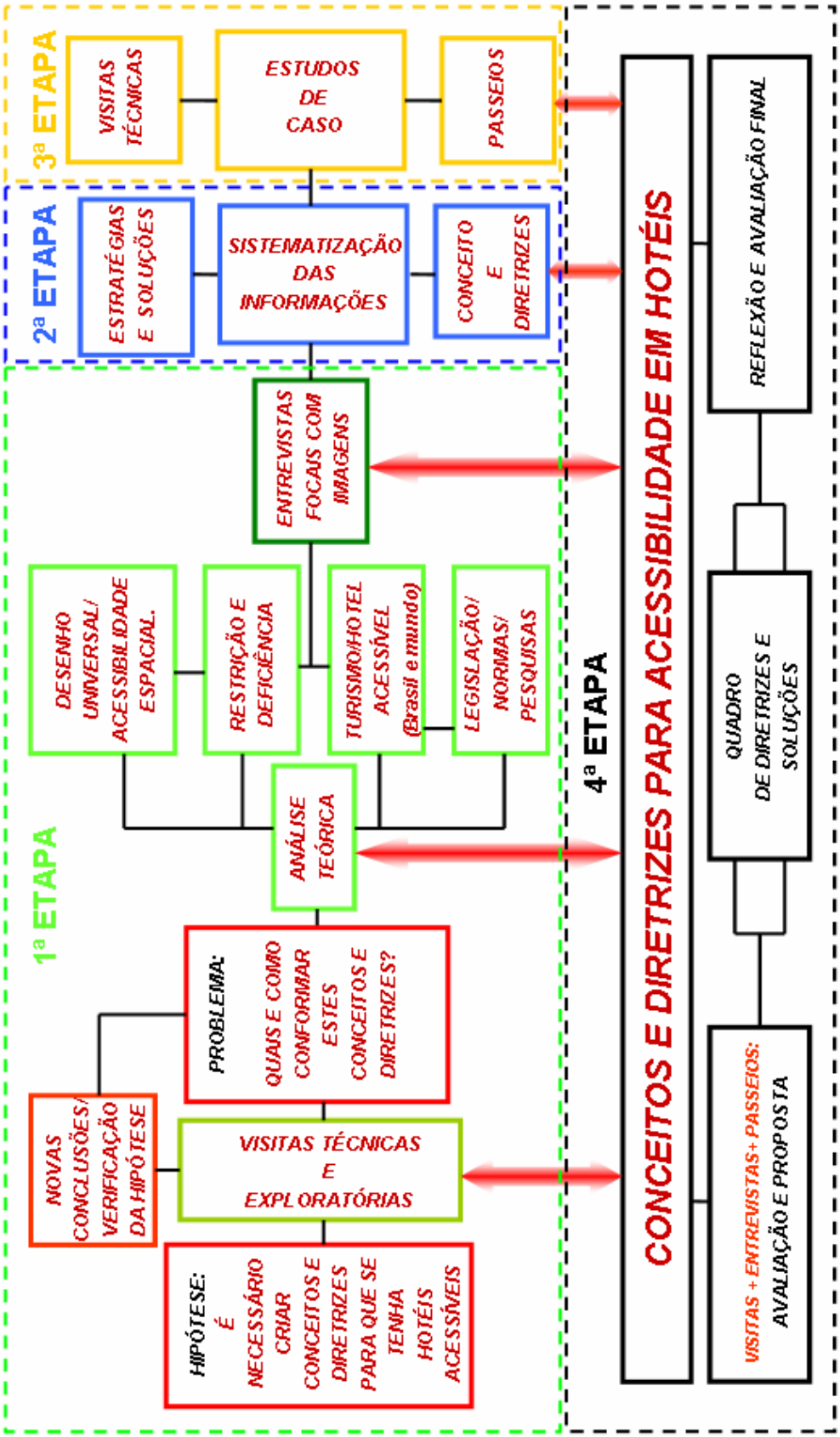


Figura **12** - Esquema gráfico dos procedimentos metodológicos da pesquisa
Fonte: Autora

3.1 ETAPA 1 – INVESTIGAÇÕES INICIAIS

3.1.1 ANÁLISE TEÓRICA E DOCUMENTAL

Consiste em estudos de aprofundamento dos conceitos de acessibilidade espacial e do desenho universal aplicados à realidade dos hotéis e das pessoas que enfrentam restrições. Os estudos teóricos das diferentes disciplinas foram desenvolvidos para a aquisição de conhecimento necessário ao entendimento do problema e à busca de soluções.

Para isto, foi necessária uma revisão de literatura, abordando temas sobre "deficiência" e restrição, além de uma síntese das leis, normas, estudos, tecnologias e exemplos existentes (no Brasil e no mundo) sobre acessibilidade no turismo e hotelaria. Esta fundamentação é o apoio para as investigações e também para os procedimentos realizados.

3.1.2 VISITA TÉCNICA E EXPLORATÓRIA

Consiste na verificação da hipótese inicial de inadequação dos hotéis centrais de Florianópolis à legislação e às reais necessidades da pessoa que enfrenta restrições. Teve como objetivo a identificação dos principais problemas de acessibilidade, através de registros, observações e descrições feitas dos hotéis. Para a realização da pesquisa de campo e levantamento de dados, as técnicas utilizadas foram as seguintes:

1. Levantamento pela lista telefônica dos hotéis centrais da grande Florianópolis e agendamento das visitas nos hotéis que concordaram em participar do estudo;
2. Criação de uma planilha de dados (Apêndice C) que foram colhidos durante as visitas, com a indicação do ano de inauguração do hotel, tipo e quantidade de UH's (Unidade de Habitação – quarto com banheiro), tipo e quantidade de UH's adaptadas, verificação das condições dos ambientes comuns (portaria/ recepção, acessos/ circulações, orientação/ informação, bar/ restaurante e áreas afins – convenções, banheiro social, piscina, etc.) e UH's adaptadas com relação à acessibilidade, tendo em vista a legislação e norma vigente (ABNT NBR9050/04);
3. Visita técnica, com preenchimento da planilha, registros fotográficos e observações.

Cabe ressaltar a dificuldade de acesso para a pesquisa por parte das gerências de alguns hotéis. Dos quinze hotéis com os quais se fez contato, apenas nove visitas

foram viabilizadas. Destaca-se também, que em alguns desses hotéis não foi permitido que se tirassem fotos, o que dificultou a avaliação dos resultados. Todos os hotéis que participaram desta etapa, localizam-se na região da grande Florianópolis. Dos nove hotéis, dois se localizam no bairro Estreito (parte continental da cidade), um na cidade de São José (município vizinho) e seis no Centro da cidade de Florianópolis (Ilha). Os procedimentos detalhados e resultados desta etapa da pesquisa podem ser analisados no Capítulo 3.

3.1.3 GRUPOS FOCAIS COM IMAGENS

O objetivo principal desta técnica é ampliar o conhecimento do problema, obtido através das etapas anteriores, aprofundando-o através do conhecimento da realidade da pessoa que sofre restrições, mudando o enfoque da incapacidade para o da capacidade dentro do universo das “deficiências”. Ou seja, mostrar que simples mudanças ambientais, bem como a aplicação de recursos e equipamentos, podem facilitar o uso, a comunicação, o deslocamento e a orientação das pessoas com limitações. Este procedimento foi desenvolvido a partir da utilização combinada de dois instrumentos: Entrevista com Grupos Focais (FREITAS e OLIVEIRA, 1998) e Avaliação de Ambientes Através de Imagens (REHAL e BIRGERSSON, 2005).

Segundo Freitas e Oliveira (1998), as entrevistas focais são realizadas em forma de discussão em vários grupos estruturados de acordo com o interesse da pesquisa, buscando traçar paralelos de comparações dentro de cada grupo e entre os grupos. Na pesquisa, por exemplo, constatou-se grupo de pessoas que enfrentam restrições motoras que são totalmente independentes e grupo de pessoas que precisam de auxílio na realização de quase todas as atividades. Através das respostas dos grupos, tem-se um diagnóstico mais preciso das reais dificuldades encontradas nas atividades do dia-a-dia hoteleiro. Além disso, possíveis soluções serão propostas por essas pessoas, a fim de suplantar essas barreiras. Os principais objetivos desse processo são: descobrir quais as reais habilidades, capacidades e dificuldades das pessoas com diferentes restrições nas atividades do dia-a-dia hoteleiro e identificar de que forma estas habilidades podem ser ampliadas e maximizadas, e as barreiras ultrapassadas a fim de facilitar o desenvolvimento dessas atividades.

Para a realização das entrevistas foi necessária a gravação, bloco de anotações, *laptop* e *data-show*. As entrevistas buscam não ultrapassar o tempo de uma hora e meia. Sempre se procura oferecer um lanche e ou uma lembrança, que sirvam para motivar e integrar as pessoas do grupo e o grupo com o pesquisador. Na aplicação das entrevistas, utilizou-se também a técnica aplicada por Rehal e Birgersson (2005),

que trabalha com o estudo da interpretação de imagens. Assim, através da interpretação de uma seleção de 45 imagens (Apêndice E e F) de atividades básicas da vida diária e de atividades dentro de um empreendimento hoteleiro, incluindo as atividades de lazer, pode-se entender melhor aquelas dificuldades. O processo começa quando cada entrevistado seleciona duas ou mais imagens. Após, cada um mostra a imagem escolhida ao pesquisador, que é projetada na parede, de forma que todos possam visualizá-la (as imagens só não foram projetadas no caso do grupo com cegos). Posteriormente, o entrevistado começa a traçar comentários sobre aquela atividade, como, por exemplo: sobre do que se trata aquela imagem, como é sua experiência naquele tipo de atividade, se consegue ou não realizar a atividade, de que forma realiza a atividade ou por que não consegue realizar a atividade. Depois, os outros integrantes realizaram comentários complementares, ao falar sobre suas experiências no desenvolvimento da mesma atividade, resultando, também, em propostas de soluções.

As primeiras entrevistas foram realizadas com dois grupos: um grupo de 4 pessoas com paralisia cerebral, do Centro de Recuperação Neuro-motora (CRNM), e um grupo de 12 pessoas com deficiência mental, da Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE). Sendo que nestes dois grupos iniciais foram utilizadas imagens de atividades do cotidiano, não necessariamente relacionadas com os hotéis, pois os entrevistados não tinham experiência de hospedagem em hotéis (Apêndice E). Já no grupo da ASGF (Associação de Surdos da Grande Florianópolis), grupo da AFLODEF (Associação Florianopolitana de Deficientes) e grupo da ACIC (Associação Catarinense de Integração do Cego), foram usadas imagens (45 imagens, Apêndice F) relacionadas exclusivamente a atividades hoteleiras, sendo selecionadas pessoas para as entrevistas que se hospedam em hotéis freqüentemente. No caso da ACIC, trabalhou-se com o uso de palavras-chave em Braille[13] que descreveram sucintamente a atividade da imagem na própria ficha da figura (Apêndice G).

Observa-se que o número de integrantes por grupo foi bem variado, de 3 até 12 integrantes, isto porque, nas duas primeiras entrevistas, não foram selecionados indivíduos que habitualmente utilizam o espaço hoteleiro e a pesquisadora ficou refém da boa-vontade e disposição dos interessados em participar, os quais, muitas vezes, dependiam de terceiros para se locomoverem até o local da entrevista. Já nas entrevistas seguintes, o fator experiência habitual em hotéis foi primordial na seleção

[13] Sistema de escrita e leitura para cegos, que consiste na combinação de seis pontos em relevo permitindo obter 63 combinações diferentes, representando as letras do alfabeto, sinais de pontuação, números, notações científicas e musicais. O Sistema Braille foi desenvolvido por Louis Braille (1809-1852), músico e professor francês que perdeu a visão aos 3 anos de idade. No Brasil a adoção do sistema deu-se em 1854. (ABEDEV, 1968)

do grupo, o que limitou significativamente o número de pessoas, principalmente com o grupo da ACIC – Associação Catarinense para a Integração do Cego. Os resultados destas entrevistas foram levados a um fisioterapeuta e a uma terapeuta ocupacional, os quais trabalham com pessoas que sofrem restrições, a fim de validar as informações obtidas com a aplicação da técnica.

3.2 ETAPA 2 – SISTEMATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

A partir do conhecimento adquirido na etapa anterior, começou-se a esboçar e sistematizar os dados para uma melhor compreensão do tema. Assim, foram inicialmente criadas tabelas de maximização das habilidades das pessoas com restrições, denominadas posteriormente de Estratégias Compensatórias. Este resultado foi uma surpresa de pesquisa pois a pesquisadora buscava apenas sintetizar os conhecimentos até então adquiridos, e acabou desenvolvendo um novo olhar sobre o tema. Assim, dentro do contexto das restrições, destacaram-se as habilidades dos indivíduos, pois, quando o meio ambiente é favorável, estas pessoas têm suas capacidades maximizadas, tirando-se o foco da dificuldade ou patologia.

Conjuntamente a estas estratégias também foram esboçados os primeiros conceitos e diretrizes para hotéis acessíveis. Tanto as estratégias, quanto os conceitos, diretrizes e soluções, apresentadas como resultados desta pesquisa, no Capítulo 6, foram sendo construídas e confirmadas de acordo com as novas observações e reflexões desenvolvidas, tanto nos levantamentos, quanto na avaliação dos resultados da aplicação dos instrumentos.

3.3 ETAPA 3 – ESTUDOS DE CASO

3.3.1 VISITA TÉCNICA

Consiste em uma descrição detalhada dos dois hotéis escolhidos para a aplicação do método do Passeio Acompanhado. A visita consiste em: levantamento das instalações hoteleiras selecionadas (projeto arquitetônico, fotos e croquis), identificando programa de necessidades do hotel, número e tipos de quartos (dimensões – quarto padrão/ básico e adaptado), zoneamento das funções por pavimento, serviços oferecidos, disponíveis e terceirizados, bem como áreas comuns.

Destaca-se que os estudos iniciais (Etapa 1 – Visita Técnica e Exploratória) foram aproximações teórico-práticas ao tema, sendo verificadas, em mais detalhes, nesta etapa. A comparação dos dados obtidos é interessante, pois trabalhando com dois

hotéis de uma mesma rede, um econômico e outro de nível superior, pôde-se montar um quadro comparativo de acessibilidade, destacando-se pontos positivos e negativos dos hotéis, avaliando o resultado pelo nível de acabamento, serviços e conforto oferecido aos hóspedes. Além disso, os hotéis selecionados têm seus projetos aprovados, um em 2002 (vigência da ABNT NBR9050/94 – Norma Brasileira: acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos) e outro em 2006 (vigência da ABNT NBR9050/04), podendo-se avaliar também, através da aplicação de normas distintas a evolução das mesmas quanto ao atendimento dos requisitos de acessibilidade.

O objetivo final desta avaliação, realizada conjuntamente aos Passeios Acompanhados, não é verificar se o hotel está ou não adaptado, e sim, a partir dos pontos destacados, identificar soluções que possam caracterizar o hotel como acessível, no conceito mais amplo definido nesta pesquisa.

3.3.2 PASSEIOS ACOMPANHADOS

Após a definição do estudo de caso, realizaram-se os Passeios Acompanhados, ou seja, visitas acompanhadas aos empreendimentos hoteleiros escolhidos (estudo de caso), com alguns possíveis usuários que sofrem restrições. A técnica do passeio acompanhado, desenvolvida por Dischinger (2000), propicia uma visão mais precisa da realidade, através do estudo de cenários baseados em situações reais de uso do espaço em estudo. O procedimento consiste em acompanhar possíveis usuários escolhidos, dentro de um percurso, onde se traçou uma seqüência de atividades a serem desenvolvidas pela pessoa. Durante o passeio, o pesquisador deve acompanhar e, somente quando necessário, ajudar o visitante na realização das atividades. O pesquisador grava o passeio, identificando os eventos significativos ocorridos, registrando o mesmo através de fotos e desenhos, para sua posterior descrição e análise. Para a realização do passeio acompanhado, são estabelecidas, em forma de roteiro, as atividades que serão desenvolvidas, pela pessoa dentro do ambiente a ser avaliado.

É necessário também encontrar pessoas disponíveis para realizar a visita, nesta pesquisa, foi interessante realizar-se o passeio com dois representantes de cada restrição, para comparação de opiniões e necessidades diferentes: dois cegos, duas pessoas com baixa visão, dois surdos, dois cadeirantes, dois idosos, duas crianças, dois muletantes, uma mãe com bebê de 1 ano e meio, uma pessoa com 2,00m de altura e duas outras com restrição psico-cognitiva (deficiência mental e com síndrome de Down). Como resultados, foram verificados problemas que ficaram despercebidos

durante as Visitas Técnicas e Exploratórias e os Grupos Focais Com Imagens. Foram também avaliadas as soluções encontradas nas etapas anteriores e os Requisitos Ambientais da Tabela desenvolvida pela pesquisa. Os dados foram complementados através de simulações feitas durante o passeio ao entrevistado.

3.4 ETAPA 4 – ANÁLISE E SÍNTESE DOS RESULTADOS

A partir dos levantamentos das Visitas Técnicas e Exploratórias, Grupos Focais Com Imagens e Passeios Acompanhados, foi construído um quadro comparativo com definição de diretrizes que buscam solucionar os problemas encontrados (Capítulo 6). Foram propostas soluções de projeto para todos os ambientes comuns aos hóspedes, desde a unidade de habitação padrão e a unidade adaptada, até as áreas afins e coletivas dos empreendimentos visitados. Também foram propostas possibilidades de soluções de projeto caracterizadas pelo uso de alternativas e soluções, que, muitas vezes, poderão resultar em investimentos simples de equipamentos e de tecnologias assistivas.

Nesta etapa, a identificação de soluções de projeto permitiu a realização de uma análise crítica e reflexiva, tanto dos instrumentos de análise elaborados, como das diretrizes de projeto desenvolvidos, além de sintetizar e facilitar a compreensão para quem lê a pesquisa, identificando também aspectos a corrigir ou complementar, assim como a confirmação dos resultados obtidos nas etapas anteriores (Capítulo 6 e 7).

CAPÍTULO 4: CONHECENDO A REALIDADE: AMBIENTE E USUÁRIO

4.1 INVESTIGANDO A ACESSIBILIDADE NOS HOTÉIS

4.1.1 VISITA TÉCNICA E EXPLORATÓRIA

Para preservar a identidade dos hotéis visitados, a pesquisa identificou cada um deles com um código alfabético. A tabela **2** (abaixo) apresenta, em ordem cronológica, o ano de inauguração dos hotéis visitados, a quantidade e o tipo de UH's, e a quantidade e o tipo de UH's adaptadas. Observa-se, pela tabela, que alguns hotéis mais antigos não dispõem de UH adaptada; o que não se justifica, devido ao enunciado da Deliberação Normativa nº. 429, segundo o qual, em caso de projetos

anteriores a 1987, os hotéis deverão dispor de um sistema especial de atendimento a pessoas com necessidades especiais. Sendo que os hotéis I e D, destacados com asterisco (*), estão em processo de construção de unidades adaptadas. Com relação à tipologia das UH's, foi usada a mesma classificação do IBT para identificação, sendo que nenhum hotel apresentou a tipologia quarto. Os hotéis R e P são do tipo apart-hotel, por isso só possuem unidades do tipo "O", que não se configura nem como apartamento e nem como suíte, já que possuem ambiente de cozinha integrada à sala. Os hotéis F e M possuem outros tipos de UH's mais completas, às vezes com sala, ante-sala, dois quartos, sala de jantar, entre outros, na mesma unidade.

			QTD UH's			QTD UH's Adap.		
Hotel	Ano	QTD	A*	S	O	A	S	O
F	1976	99	88	9	2	-	-	-
I	1980	89	89	-	-	*-	-	-
D	1982	82	80	2	-	*-	-	-
R	1984	60	-	-	60	-	-	1
B	1985	108	97	11	-	2	-	-
C	1991	100	95	5	-	1	-	-
P	1996	88	-	-	88	-	-	2
S	2002	198	198	-	-	2	-	-
M	2004	262	216	44	2	2	-	-

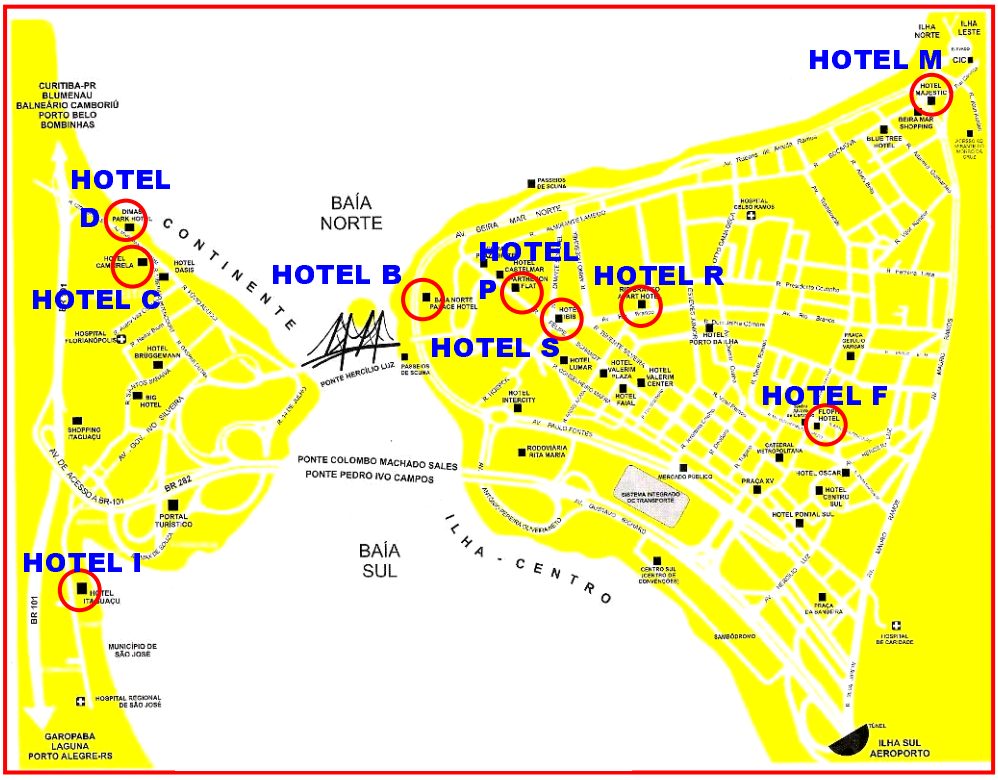
***A -apartamento/ S -suíte/ O -outro tipo**
Tabela **2. Data da inauguração, número de UH's e de UH's adaptadas dos hotéis.**
Fonte: Autora

Quanto à denominação utilizada pelos hotéis para classificar a tipologia das UH's, não há uma padronização. Várias são as definições usadas para identificar o que uma unidade oferece em vantagem a outra em um mesmo hotel. Muitas vezes, são apenas diferenças na decoração, nos serviços e na paisagem vista da janela que caracterizam a UH. Algumas das denominações encontradas foram: *apartamento standard, apartamento superior, apartamento luxo, apartamento superior casal, apartamento executivo casal, suíte júnior, suíte executiva, suíte máster, suíte presidencial, apartamento duplo,* entre outros.

Apesar da não existência de UH adaptada nos hotéis F, I e D, estes foram incluídos na pesquisa, pois I e D estão construindo a unidade adaptada sem a preocupação de

reformas e adaptações nas outras áreas do hotel, e também para se estabelecer um comparativo com o hotel F, que não possui UH adaptada e nem pretende se adaptar a essa necessidade. A partir dessa pesquisa inicial, também já se identificam as incoerências com a norma e o manual do IBT, os quais salientam a necessidade de adaptação mesmo em hotéis anteriores à lei, onde pelo menos um dormitório seja adequado ao uso por pessoa com necessidades especiais. A exigência de 5% do número total de unidades só entrou em vigor a partir de 2004. E todos os hotéis visitados tiveram seus projetos aprovados antes desta lei (ABNT NBR 9050/04).

O estudo foi feito a partir do reconhecimento de ambientes e pontos comuns dos hotéis, assim cada tópico a seguir tratará as observações de forma descritiva e comparativa. O levantamento ficou dividido conforme a planilha de dados preenchida na visita, onde se observa com mais detalhe os acessos e circulações, a portaria e a recepção, o bar e o restaurante, as áreas afins, as questões de orientação e informação, as UH's adaptadas e o banheiro das UH's adaptadas. Aqui serão destacados os principais problemas encontrados e algumas recomendações preliminares. Em vermelho destacam-se os pontos negativos e em verde os pontos positivos observados. O mapa abaixo identifica a localização dos hotéis visitados dentro do perímetro central da Grande Florianópolis. Dos nove hotéis, apenas um, hotel I, se localiza no município vizinho a Florianópolis, na cidade de São José.



Mapa **3** - Perímetro Central da Grande Florianópolis com a localização dos hotéis visitados.
Fonte: Autora

4.1.1.1 RESULTADOS DA VISITA TÉCNICA E EXPLORATÓRIA

Os resultados serão apresentados de forma sintética no corpo do trabalho. No Apêndice D, encontra-se todo o levantamento de forma detalhada.

a) Acessos e Circulações

Entre os problemas encontrados destacam-se as circulações, muitas vezes, com largura abaixo do estabelecido por lei, o que dificulta o acesso autônomo do cadeirante e as manobras necessárias no abrir e fechar da porta. Um hotel apresentou acesso por rampa, contudo muito íngreme. Em outros hotéis, o acesso se dá pela entrada de veículos, pois a entrada principal é por escadas. Isto é perigoso e impede o uso do acesso principal a pessoas com restrições de locomoção, criando uma clara segregação ao uso. Em um dos hotéis visitados só existia acesso através de escada, não havendo entrada secundária. Tal fato inviabiliza o acesso independente. Neste caso só com a ajuda de outras pessoas é possível chegar efetivamente à recepção do hotel. Um único hotel apresentou rampa e um outro ascensor inclinado, resolvendo o problema em questão.

Figura **13** – Rampa estreita e com inclinação inadequada

b) Portaria e Recepção

No geral, o espaço de recepção é amplo e livre de barreiras. Aqui o principal problema detectado foi com relação ao balcão de recepção. Observa-se que em todos os hotéis há uma dificuldade de acesso tanto de cadeirantes, quanto de crianças e anãos, devido à altura do balcão de recepção. Apenas em um hotel havia uma parte rebaixada, porém sem profundidade livre mínima necessária para aproximação. Outras observações importantes são: em nenhum hotel existe qualquer informação sobre a disponibilidade de quartos adaptados, ou qualquer informação em Braille ou intérprete de LIBRAS. Somente em um hotel foi informada a existência de cadeira de

rodas à disposição do hóspede. Observa-se, assim, uma total indiferença ao cumprimento da legislação.

Figura **14** – Recepção com parte do balcão rebaixado

c) Bar e Restaurante

Os espaços de bar dos hotéis apresentam o mesmo problema de uso do balcão de recepção. Os restaurantes chamaram atenção pela proximidade entre mesas e mesmo o *design* destes móveis, dificultando muito o acesso não só de cadeirantes, mas de outras pessoas, como obesas e acompanhadas de carrinho de bebê. O que seria facilmente resolvido com uma distribuição de *layout* com mais espaço entre mesas.

Figura **15** – Espaço mínimo de circulação entre as mesas

d) Áreas Comuns

Aqui destaca-se a falta de cuidado com o acesso aos espaços de uso comum. No caso da piscina muitos hotéis apresentam acesso somente por escadas. Em um hotel a piscina tinha opção de acesso por escada e por rampa, contudo não apresenta banheiro adaptado no nível da piscina. Identificam-se também dificuldades no acesso às salas de convenções ou reuniões. Gerando segregação no uso. Outro problema diz respeito aos banheiros sociais nas áreas comuns. Na grande maioria não possuem banheiro adaptado. Apenas dois hotéis apresentaram banheiro adaptado na área comum e de fácil acesso, mesmo assim não apresentando todos os dispositivos necessários.

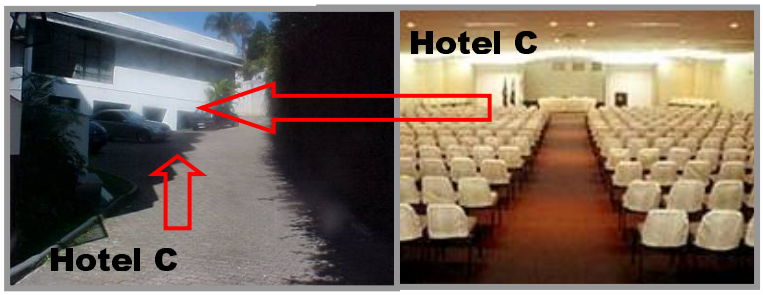


Figura **16** – Acesso, por rampa, à sala de convenções, que, apesar de acessível, ocorre pela entrada de serviço.

e) Orientação e Informação

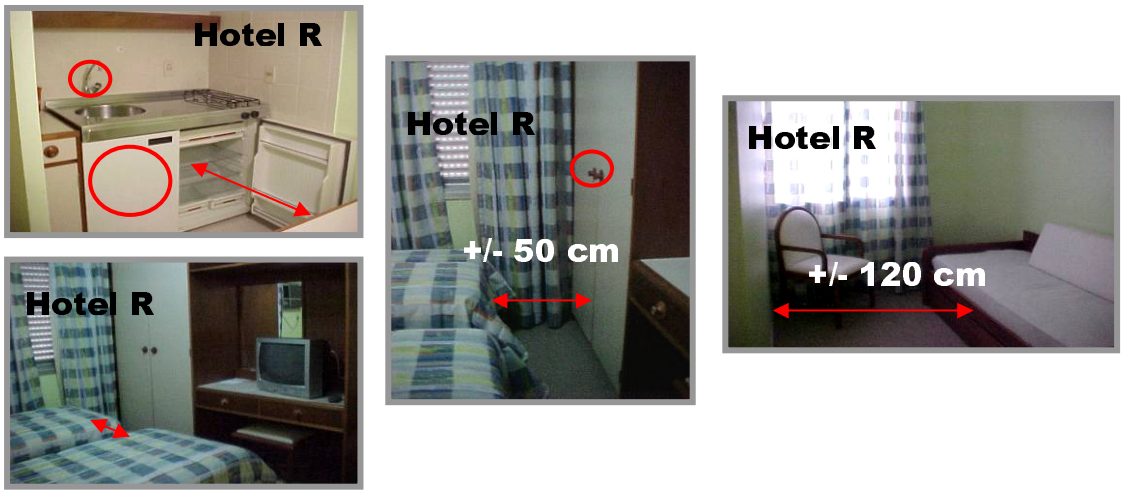
Com relação a este item, encontrou-se diferença no sistema de comunicação visual em um mesmo hotel, o que pode confundir qualquer pessoa que esteja se deslocando dentro da edificação. É necessário que todo o hotel adote a mesma tipologia no sistema de comunicação visual e informação. Alguns hotéis se destacaram na parte de comunicação. Encontraram-se dentro da cabine do elevador de alguns hotéis, algumas informações interessantes ao hóspede. Dois outros hotéis possuíam um quadro de informações com curiosidades sobre o hotel e a cidade. Com relação aos comandos do elevador, existem hotéis que ainda não apresentam o número em braile junto ao botão de indicação do andar. Apenas um hotel possuía elevador com mensagem de voz, essencial para deficientes visuais. Vale ressaltar a necessidade de aprimoramento do sistema de informação e isto inclui cores, fontes, simbologias e uso de material não reflexivo, como explicitado na norma. Na identificação dos apartamentos, destaca-se um hotel que usa definição de cor por andar e outro a identificação do apartamento através de uma diferença na textura do piso.

No geral o sistema de orientação e informação aplicado é muitas vezes pouco visível e confuso. A inexistência de piso tátil, piso guia, piso alerta, serviços e outras informações em Braille, mapas táteis ou TDD, sistemas de comunicação eficientes, entre outros, também dificulta a orientação de pessoas com restrições.

Figura **17** – No mesmo hotel, dois estilos diferentes de comunicação visual por placas

f) Unidade de Habitação Adaptada - dormitório

Dos nove hotéis estudados, três não tinham unidade adaptada, dois não deixaram realizar o registro por fotos e em um não foi possível fazer a visita ao apartamento adaptado, pois estava ocupado por hóspede, sendo este indivíduo sem nenhuma restrição. Assim, a pesquisa ficou restrita aos apartamentos adaptados de três hotéis. Um hotel apresentou-se mais bem adaptado (hotel S). Destaca-se o espaço para manobras ao lado da cama, bem como a facilidade de acesso aos equipamentos. Com relação ao mobiliário, a altura de cabideiros e prateleiras facilitam o uso. Um outro hotel apresentou-se menos adaptado (hotel R). Principalmente devido aos espaços de manobra, praticamente inexistentes (figuras **18** a **21**). A ante-sala existente no dormitório apresentava maior espaço de circulação, entretanto por ser um apartamento adaptado deveria possuir espaço suficiente para manobras em todos os ambientes, principalmente no quarto. Nesta UH, a cozinha não apresenta espaço de aproximação para a pia ou espaço de manobra suficiente. Outras questões merecem destaque como a altura excessiva do armário e cabideiro; o puxador do armário com desenho inadequado (bola) e registro da torneira da pia da cozinha de difícil empunhadura (rosca).



Figuras **18, 19, 20 e 21** – Fotos da UH adaptada do hotel R, espaços mínimos em total desacordo com a norma

O terceiro hotel (hotel M) apresentou-se também ineficiente. Dentre os pontos positivos, pode-se destacar o espaço para manobra contíguo ao vão da porta, espaço para manobra em frente à cama e fácil acesso a TV e frigobar. Um ponto interessante é que o primeiro andar é reservado para clientes com alergia, sendo totalmente anti-séptico, incluindo forrações e outros materiais de acabamento. Dentre os pontos

negativos destacamos o espaço lateral à cama insuficiente. No caso, além de não ter a dimensão exigida, sobrepõe-se à abertura da porta do armário. O armário também é muito alto, inviabilizando o uso do cabideiro e outras prateleiras mais altas. Outro ponto negativo é com relação ao aparelho de TV, disposto no quarto de qualquer jeito, com a fiação aparente e solta, favorecendo um acidente físico ou elétrico. Um dos hotéis onde não havia apartamento adaptado apresentou maior espaço interno, tanto no dormitório, quanto no banheiro. Assim, sendo realizada uma adaptação de acordo com a norma, esses apartamentos ficariam muito melhor do que outros que dizem oferecer dormitório adaptado.

Em um outro hotel (hotel P), no qual não foi permitido se fazer o registro por fotos, a única modificação observada foi o rebaixamento do balcão que divide a cozinha da sala. Sendo observados os mesmos problemas com relação ao armário do quarto. Na cozinha, a altura do microondas e armários aéreos também é excessiva, além disso, o espaço entre o balcão e os equipamentos da cozinha (fogão, pia e frigobar) é muito estreito. Também é inexistente a área de aproximação abaixo da pia. Assim, percebe-se que existe um grande equívoco no que se refere ao apartamento adaptado. Tanto pelo desconhecimento da norma, quanto pela ignorância quanto ás reais necessidades da pessoa com restrições. Praticamente todos os que se dizem adaptados, não estão realmente adaptados.

g) Unidade de Habitação Adaptada - banheiro

Em um dos hotéis, o banheiro da UH adaptada se destaca na aplicação estrita da norma (hotel S). Destaque para o lavatório suspenso, torneira mono-comando, barras, cadeira para banho, vaso adaptado, espelho inclinado, espaço interno livre e porta abrindo para fora. O banheiro social adaptado da área comum do mesmo hotel, também se destaca em relação aos demais.

Em outro hotel, muitas foram as inadequações encontradas (hotel R). Além de o ambiente ser muito estreito, a porta que dá acesso ao banheiro dificulta o uso pelo cadeirante. Observa-se ainda a altura excessiva de prateleiras, espelho sem inclinação, comando do lavatório e do chuveiro inadequado a pessoas com problemas motores nas mãos, altura do vaso muito baixa e ausência de cadeira de banho, além de uma barra instalada no vaso-sanitário que acaba atrapalhando ainda mais o uso, como mostram as figuras a seguir.

Figuras **22, 23 e 24** – Fotos do banheiro da UH adaptada do hotel R
Fonte das figuras de **13 a 24**: Autora

O banheiro do apartamento adaptado do terceiro hotel (hotel M) também se mostrou adequado. Destacam-se apenas a ausência da cadeira de banho e do adaptador de altura do vaso. Com relação às outras questões, se mostrou bem adequado.

4.1.1.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA VISITA TÉCNICA E EXPLORATÓRIA

Com este levantamento inicial, verificou-se a inadequação dos hotéis visitados em vários pontos, não só às reais necessidades do público que sofre restrições, mas aos hóspedes em geral. Nota-se, também, o não cumprimento da norma ABNT NBR 9050 (94 e 04), do Decreto nº. 3.298, da Deliberação Normativa nº. 429 (IBT), bem como o não uso das instruções do manual do Instituto Brasileiro de Turismo – IBT (Capítulo 2.4.4). Paralelamente a isto, percebe-se que estas leis e normas vigentes, como já comentado, estão longe de oferecer acessibilidade integral e universal a todas as restrições. Há, portanto, a necessidade de se criarem diretrizes que qualifiquem esses espaços. Observam-se inúmeras barreiras de deslocamento, dificuldade de orientação e no uso dos equipamentos e serviços oferecidos pelos hotéis.

Segundo o site HOTELINSITE (2007), Florianópolis conta com 26 hotéis que possuem UH's adaptadas, totalizando 41 unidades adaptadas. Contudo, vários hotéis pesquisados nesta etapa de investigação inicial que possuíam UH's adaptadas não estavam nesta relação, além de que, muitos que constam na relação do site com mais de uma unidade adaptada, possuem apenas uma UH acessível. Assim, apesar de existirem as UH's adaptadas no mercado hoteleiro, os dados existentes sobre o número de quartos acessíveis estão incorretos, além de serem em pequeno número, verificando-se, também, a falta de qualidade desses espaços, bem como dos

ambientes em geral dos hotéis. As soluções apresentadas pelos hotéis, em especial nas unidades adaptadas, são parciais, sempre deixando a desejar em muitos outros aspectos da acessibilidade, além da quase que inacessibilidade dos ambientes de uso comum. Sem contar que as soluções praticamente excluem outras restrições que não as físico-motoras. A partir destas constatações, foi construído o seguinte raciocínio de hipóteses que nortearam a pesquisa:

1. Os hotéis, em boa parte, não estão acessíveis plenamente;
2. Mesmo em hotéis onde as leis e normas são aplicadas, ainda verificam-se problemas de acessibilidade;
3. É necessário criar diretrizes de acessibilidade para hotéis, pois as normas e leis existentes não são suficientes na composição de ambientes hoteleiros acessíveis;
4. Conhecendo e investigando os diferentes tipos de restrições e “deficiências”, pode-se construir diretrizes que qualifiquem os espaços hoteleiros ao uso dessas pessoas;
5. Através da criação de situações de uso por pessoas que enfrentam restrições em espaços hoteleiros, pode-se aprofundar e verificar as diretrizes propostas;
6. A partir dessas diretrizes, pode-se propor soluções de projeto para a construção e requalificação dos hotéis.

4.2 CONHECENDO AS NECESSIDADES DAS PESSOAS QUE ENFRENTAM RESTRIÇÕES

4.2.1 ENTREVISTAS COM GRUPOS FOCAIS COM IMAGENS

Para facilitar a visualização dos dados, serão apresentados apenas os resultados desta pesquisa, sem a identificação da atividade (foto) escolhida e, por questões de ética, só foram identificados os entrevistados diretamente envolvidos nas associações.

Serão destacadas todas as questões levantadas e não apenas aquelas que forem comuns à maioria. É importante salientar que, dependendo do grau e tipo de lesão, dentro do mesmo grupo, o que é habilidade para um pode ser uma dificuldade para outro. Serão apresentadas as habilidades e dificuldades encontradas nas vivências, seja no cotidiano ou em hotéis, de cada grupo. Também serão referendadas observações que o próprio grupo destacou, seja em forma de soluções ou idéias, algumas vezes sutilmente percebidas, nas questões levantadas nas entrevistas.

Como já comentado, é necessário enfatizar que os resultados aqui apresentados são transcrições da interpretação de dados por uma profissional da área da

arquitetura, que embora tenha vivências pessoais na temática das diferenças, não possui formação na área da saúde. É importante salientar, que estes relatos, são considerações das opiniões e vivências dos próprios entrevistados, agregados à vivências e observações da própria pesquisadora. A seguir, apresenta-se uma tabela que identifica o grupo, suas características gerais e as imagens usadas na entrevista:

IMAGENS DE ATIVIDADES	***GRUPO***	***RESTRIÇÂO***	***CARACTERÍSTICA***	***INSTITUIÇÃO***
COTIDIANO	GRUPO 1	Físico-motora	Paralisia cerebral ou lesão cerebral	**CRNM**
	GRUPO 2	Psico-cognitiva	Deficiência mental leve	**FCEE**
HOTELEIRAS	GRUPO 3	Físico-motora	Paraplegia, encurtamento de perna e tendão ou sem membros	**AFLODEF**
	GRUPO 4	Sensorial	Surdez	**ASGF**
	GRUPO 5	Sensorial	Cegueira	**ACIC**

Tabela **3. Caracterização dos Grupos Focais Com Imagens.**
Fonte: Autora

GRUPO 1: ENTREVISTA COM O GRUPO DO CENTRO DE RECUPERAÇÃO NEURO-MOTORA (CRNM)

O grupo foi formado por 4 participantes, sendo 3 com paralisia cerebral (2 homens e 1 mulher) e 1 com uma lesão cerebral (homem), estes na faixa de 20 a 30 anos de idade. Todos os participantes apresentam capacidade mental normal, alfabetizados, estudam, trabalham ou realizam outros tipos de atividades ocupacionais. Neste grupo, foram utilizadas imagens de atividades do cotidiano (Apêndice E), por não terem, os participantes, experiência de hospedagem em hotéis. A seguir, destacam-se as habilidades e dificuldades dos entrevistados, a partir da análise dos comentários da entrevista:

HABILIDADES	***DIFICULDADES***
1. Têm raciocínio lógico apurado; 2. Com esforço e prática, conseguem realizar tarefas de precisão, mas com certa dificuldade; 3. Trabalham bem com um dos lados do	1. Em se comunicar e expressar o pensamento; 2. Falta de coordenação motora-fina; 3. Geralmente, um lado do corpo é mais prejudicado;

corpo; 4. Facilidade de memória visual (figuras e objetos); 5. Com algum tipo de apoio (corrimão, parede, balcão), conseguem se deslocar melhor e realizar outras atividades; 6. Podem realizar atividades diversas e rotineiras, dependendo do grau da lesão; 7. Trabalham melhor com objetos maiores; 8. Movimentos com os membros se tornam mais fáceis na água.	4. Não conseguem realizar tarefas de precisão (ex.: amarrar sapatos e descascar frutas); 5. Dificuldade em realizar tarefas que exijam os dois lados do corpo ao mesmo tempo; 6. Dificuldade de memória para letras e números, dependendo da lesão; 7. Os movimentos do corpo são mais lentos que o normal; 8. Dificuldades de equilíbrio; 9. Pouca força e agilidade nos membros inferiores (vencer degraus e levantar as pernas é difícil); 10. Membros superiores com alcance limitado; 11. Fragilidade na musculatura e dificuldade em esticar os membros; 12. É difícil pinçar e selecionar pequenos objetos; 13. Fadiga rápida da musculatura.

Tabela **4. Habilidades e dificuldades do Grupo 1 (CRNM).**

Observações quanto às atividades do dia-a-dia:

a. Necessidade do uso de apoio (parede, barras, muletas, entre outros.) para deslocamento, subir e descer escadas, trocar de roupas, tomar banho e atividades gerais;
b. A memória visual deve ser explorada, pois requer menos esforço mental;
c. Cadeiras e poltronas devem estar sempre à mão; evitar longos percursos;
d. Auxiliar e minimizar as dificuldades nas atividades de coordenação motora-fina (descascar frutas, cozinhar, amarrar sapatos, abotoar camisa, abrir torneiras, utilizar cartões magnéticos, abrir garrafas, xampus e perfumes, celular/telefone – teclas pequenas);
e. Realizar as atividades sempre sentados em cadeiras, evitar atividades de joelho ou no chão;
f. Informações claras, letras grandes e de fácil percepção;
g. Facilitar o alcance de objetos e o uso de equipamentos, pela limitação motora;
h. Interessante o uso de comandos de voz e/ou sensores.

GRUPO 2: ENTREVISTA COM O GRUPO DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (FCEE)

O grupo foi formado por 12 integrantes, homens na faixa de 18 a 40 anos de idade, que participam do curso de reciclagem, capacitação e orientação para o trabalho de jovens e adultos com deficiência mental leve. A grande maioria é alfabetizada, trabalha (ou está sendo encaminhado ao mercado de trabalho), estuda e realiza outros tipos de atividades ocupacionais. Como no grupo anterior, foram utilizadas imagens de atividades do cotidiano (Apêndice E), por não terem experiência de hospedagem em hotéis. A seguir, destacam-se as habilidades e dificuldades dos entrevistados, a partir da análise dos comentários da entrevista:

HABILIDADES	***DIFICULDADES***
1. Grande senso de humor; 2. Grande espontaneidade e vontade de ajudar; 3. Capacidade e habilidade motora normal; 4. Facilidade em realizar atividades seqüenciais simples; 5. Com prática e treino, realizam muitas atividades, até mesmo aquelas que exigem um pouco de raciocínio lógico; 6. Demonstram comportamento afável ao relacionar-se; 7. Não demonstram vergonha ou receio de se expressar ou falar o que pensam.	1. Têm capacidade mental abaixo do padrão; 2. Dificuldades em atividades de raciocínio lógico ou que exijam especialização; 3. Aparentam medo de desenvolver atividades que lhes causem risco, isto, quando conseguem detectar o perigo ou são desconhecidas; 4. Dificuldade em lidar com números e dinheiro; 5. Fácil dispersão; 6. Dificuldade de concentração; 7. Algumas vezes, demonstram não ter noção de perigo; 8. Dificuldades em realizar algumas tarefas, pois as próprias famílias não ensinam a atividade ou têm medo de estes não conseguirem realizá-la com sucesso; 9. Dificuldade em interpretar certos símbolos e placas.

Tabela **5. Habilidades e dificuldades do Grupo 2 (FCEE).**

Observações quanto às atividades do dia-a-dia:

a. Ideal trabalhar com uma rotina de atividades, a fim de facilitar o trabalho/atividade e o ganho de experiência;
b. Facilidade no uso do computador (com treino), e atividades variadas, como arrumar cama, varrer, lavar louça, entre outros;
c. Boa parte não utiliza certos utensílios, pois podem causar acidentes, como: faca, tesoura, ferro de passar roupas, martelo, entre outros;
d. Quase todos não sabiam amarrar o cadarço do sapato.

GRUPO 3: ENTREVISTA COM O GRUPO DA ASSOCIAÇÃO FLORIANOPOLITANA DE DEFICIENTES FÍSICOS (AFLODEF)

A entrevista foi realizada com 6 pessoas, em três encontros distintos, devido à dificuldade de conseguir agrupar todos os indivíduos interessantes para a pesquisa no mesmo dia e horário. A primeira entrevista foi realizada com 2 homens que possuíam encurtamento de perna e de tendão (tornozelo), na faixa dos 30 anos de idade, e praticam natação na UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina, e também viajam frequentemente a trabalho. A segunda entrevista, com 3 homens cadeirantes (lesão medular), de 26, 40 e 51 anos, que participam do time de basquete da AFLODEF e viajam pelo estado de SC e Brasil, participando de várias competições. A última foi realizada com Anselmo Alves, 29 anos, que não possui os membros superiores e inferiores, devido a uma anomalia congênita. Este é Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Ordem dos Advogados do Brasil, subseção do Estado de Santa Catarina e atleta para-olímpico (mais de 150 medalhas) que participará dos jogos em julho de 2007, na natação (modalidade peito).

Todos trabalham e/ou estudam, 2 são casados e 2 possuem curso superior. Destaca-se que, neste grupo, já foram utilizadas como recurso as imagens de hotéis (Apêndice F), devido à experiência e uso habitual do espaço hoteleiro pelos entrevistados. A seguir, destacam-se as habilidades e dificuldades dos entrevistados, a partir da análise dos comentários da entrevista:

HABILIDADES	***DIFICULDADES***
1. Membros superiores com capacidades normais de força, agilidade e alcance; 2. Conseguem vencer desníveis e se deslocar tranqüilamente com o uso	1. Locomoção e deslocamento devido as barreiras existentes nos espaços; 2. Dificuldade de deslocamento com as próprias forças por longos percursos (encurtamento de perna);

de prótese (quando é possível); 3. Têm autonomia para se vestir, tomar banho e alimentar-se; 4. Locomoção e deslocamento através de cadeira de rodas, muletas, próteses ou apoios (barras e paredes).	3. Sem membros superiores (braços e mãos), dificultando movimentos como utilizar teclados pequenos ou sistemas de giro; 4. Não conseguem vencer escadas e grandes desníveis; 5. Dificuldade em alcançar objetos em locais e prateleiras altas; 6. Certos tipos de piso dificultam o deslocamento (areia de praia, carpetes fofos, pedriscos, entre outros); 7. Ao passar por espaços estreitos, deve-se considerar cadeira de rodas e muletas.

Tabela **6. Habilidades e dificuldades do Grupo 3 (AFLODEF).**

Observações e comentários quanto às atividades hoteleiras:

a. Muitos hotéis não apresentam a opção “não perturbe” na porta do quarto, o que atrapalha o cadeirante, ou pessoa com dificuldade de locomoção, quando este quer descansar ou realizar atividades íntimas;
b. Corredores muito longos, aliados a um sistema de orientação confuso, fazem com que se caminhe muito, sem achar o ambiente desejado;
c. Balcões de atendimento não são rebaixados, dificultando *check-in* e *check-out,* assim como balcões de atendimento em geral (recepções, bar, lanchonete, lojas, bancos, caixas eletrônicos, entre outros);
d. Espaço dos quartos quase sempre reduzido, dificultando manobras e deslocamentos;
e. Deve existir serviço de quarto e funcionários preparados para atender ao público que sofre restrições. Estes, muitas vezes, não sabem como lidar com a pessoa que sofre restrição, têm boa-vontade, mas falta treinamento;
f. Piscina, salão de festas e reuniões, e outros espaços comuns, muitas vezes inacessíveis (escadas);
g. Considerar que o cadeirante sozinho (independente) é diferente do cadeirante (independente) com acompanhante, que é diferente do cadeirante que precisa de acompanhante (dependente), característica de outros tipos de lesões, como tetraplégicos;
h. Restaurante sem espaço suficiente de circulação entre as mesas, e *buffet* alto dificultando o alcance e visualização dos alimentos. Para pessoas sem as

mãos é preciso funcionário para servir o prato (o entrevistado Anselmo, consegue se alimentar sozinho com o antebraço – colher).

i. Considerar, nos banheiros, mais espaço e portas largas (abrindo para fora), destacando a inviabilidade do uso dos banheiros de aviões e ônibus pelos cadeirantes e outros pessoas com restrições físicas (usam coletor urinário para longas viagens);
j. Favorecer sempre a autonomia;
k. Utilizar iluminação por sensor de presença seria uma solução interessante;
l. Maçanetas em alavanca;
m. Misturadores em alavanca, por sensor ou de pressão (jamais arredondados);
n. Observar que, muitas vezes, só a posição funcional dos móveis, liberando espaço interno da unidade, e a largura das portas já resolveria grande parte das barreiras encontradas; assim todos os quartos poderiam ser usados por cadeirantes, o que seria muito interessante e abriria possibilidades de uso de outros quartos com vistas e localizações diferentes dentro do hotel;
o. As escadas são os maiores vilões para os cadeirantes, com relação à acessibilidade espacial. Para outras pessoas com restrições físicas, que conseguem caminhar já é preciso o apoio do corrimão;
p. Armários não são usados, pela altura de cabideiros e pelo espaço estreito de passagem entre o armário e a cama. Preferem deixar as roupas na mala sob alguma cômoda ou cadeira.
q. Interruptores e controles, freqüentemente na cabeceira da cama e em locais altos, dificultam o acesso quando não se está deitado. Observar, também, a existência de controles de ar-condicionado que não sejam por botões de giro (para quem não tem as mãos é inviável);
r. Muitos pedem auxílio de funcionários para fazer algumas alterações de disposição de *layout* e objetos, quando entram no quarto e percebem as dificuldades de uso;
s. Os problemas se estendem às proximidades dos hotéis: a estrutura físico-urbana não está preparada, problemas com as calçadas, desníveis, acessos e mobiliário-urbano.

GRUPO 4: ENTREVISTA COM O GRUPO DA ASSOCIAÇÃO DE SURDOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS (ASGF)

A entrevista foi realizada com 8 pessoas, um grupo bem heterogêneo quanto à idade e ao sexo: 3 homens e 5 mulheres, todos na faixa dos 25 aos 45 anos. A

entrevista contou com a presença de Sandra Lúcia Amorim, 43 anos, pedagoga e Presidente da Associação dos Surdos da Grande Florianópolis. Para a realização da entrevista, foi necessária a contratação de uma intérprete de LIBRAS, para fazer a interlocução e traduzir os comentários e apontamentos do grupo. Destaca-se que, quase no fim da entrevista, chegaram mais 4 pessoas, 1 rapaz e 3 moças. Como a entrevista estava sendo realizada na sede da ASGF, a qual possui espaço reduzido, e onde haveria uma reunião, logo após a entrevista, não havia como controlar este fluxo de pessoas. O ideal é que não houvesse interrupções, entretanto esses novos participantes, também contribuíram significativamente com seus comentários. Neste grupo, também foram utilizadas como recurso as imagens de hotéis (Apêndice F), pela experiência e uso habitual do espaço hoteleiro pelos entrevistados, seja a trabalho, lazer ou atividades da própria associação. A seguir, destacam-se as habilidades e dificuldades dos entrevistados, a partir da análise dos comentários da entrevista:

HABILIDADES	***DIFICULDADES***
1. Capacidades físico-motoras normais; 2. Podem se comunicar por mensagem de texto digital (ex.: celular, TDD, MSN, e-mail, ORKUT, etc.), escrita manual, LIBRAS; 3. Muitos lêem lábios; 4. Baseiam-se muito pelas informações visuais e escritas; 5. São sensíveis à vibrações e à luz (pisca-pisca); 6. Alguns são oralizados, conseguem falar, mas com dificuldade; 7. Quando o interfone tem vídeo, conseguem uma melhor comunicação.	1. Comunicação e informação; 2. Não possuem o sentido da audição, o que dificulta o processo de percepção; 3. Alguns possuem limitações físico-motoras não podendo se comunicar por libras (não foi o caso de nenhum dos entrevistados, contudo este tipo de restrição foi comentado, pelo grupo); 4. Alguns são analfabetos; 5. Alguns não lêem lábios; 6. Não conseguem usar telefone tradicional; 7. Não percebem barulhos, chamados ou outros sinais audíveis de alerta; 8. Não conseguem se comunicar por portão eletrônico ou interfone (principalmente os não oralizados).

Tabela **7. Habilidades e dificuldades do Grupo 4 (ASGF).**

Observações e comentários quanto às atividades hoteleiras:

a. A maior dificuldade é a da comunicação; receber e passar informações é bem complicado, como perguntar onde fica o hotel ou dizer ao taxista o endereço do hotel;
b. Na recepção é outro problema: *check-in* e *check-out* ficam difíceis também pelo problema da comunicação, a pessoa fala e, ao mesmo tempo, está fazendo outra coisa, olhando pra baixo, ou outro lado, não possibilitando a leitura dos lábios. Geralmente, se faz todo o processo através da escrita;
c. Para se ter o serviço de despertador, teria que ser utilizada campainha luminosa, despertador vibrador e/ou funcionário que entrasse no quarto para acordar o surdo. A melhor opção é a campainha luminosa, pois a pessoa pode não estar na cama (no caso do vibrador), ou estar tomando banho ou trocando de roupa, o que torna a entrada do funcionário um problema quanto à privacidade. A associação desses sistemas seria interessante, como também deixar um celular com vibrador com o hóspede, e na hora certa, ligar para o número e despertá-lo. Observam a mesma dificuldade quando viajam de ônibus, pois nas paradas, quando estão dormindo, não são avisados;
d. Dificuldade com o serviço de quarto. O ideal seria uma campainha luminosa, mensagem de texto por telefone, TDD ou outro sistema digital para poder se comunicar com recepção, bar, restaurante e outros serviços de quarto, sem ter que sair e descer até à recepção toda a vez que precise de algum serviço;
e. Bar e restaurante com cardápio explicando os ingredientes dos pratos e com desenho ou fotografia do prato, pois muitos não sabem ler ou têm vocabulário restrito; por exemplo: sabem o que é Coca-Cola, mas não sabem o que é refrigerante, ou são nomes desconhecidos de pratos regionais ou internacionais;
f. Falta capacitação dos funcionários para repassar informações e lidar com os surdos: como abrir e fechar portas, iluminação, opções de passeio e turismo na cidade, serviços disponíveis, entre outros. Destacam que a rotatividade dos funcionários de hotéis, muitas vezes, inviabiliza essa capacitação;
g. Preferem realizar passeios e viagens com outros surdos, pois os ouvintes não interagem com eles e nem sabem como fazê-lo. Além das dificuldades do guia em passar informações, seria necessário intérprete de LIBRAS em grupos de passeios com surdos;
h. Seria interessante placa na porta, indicando se há algum surdo hospedado, a fim de facilitar alerta no caso de situações de risco e o serviço de quarto ao hóspede, que, por suas limitações deve ser diferenciado.

GRUPO 5: ENTREVISTA COM O GRUPO DA ASSOCIAÇÃO CATARINENSE PARA A INTEGRAÇÃO DO CEGO (ACIC)

A entrevista foi realizada com 3 pessoas, sendo que todas trabalham na ACIC: Adilson Ventura, 63 anos, Presidente da ACIC, Marcilene Aparecida Alberton Guisi, 37 anos, pedagoga, Coordenadora Pedagógica da Reabilitação (ACIC) e Denise Pacheco, 42 anos, pedagoga, Coordenadora Pedagógica da Profissionalização (ACIC). Todos os 3 entrevistados possuem cegueira total. Adilson perdeu a visão aos 13 anos de idade, Denise aos 7 anos e Marcilene possui cegueira congênita (nasceu com a restrição). Neste grupo, foram utilizadas como recurso as fichas com imagens de hotéis, através de textos explicativos em Braille (Apêndice F e G), pela experiência e uso habitual do espaço hoteleiro pelos entrevistados, seja a trabalho, estudo, lazer ou nas atividades da própria associação. A seguir destacam-se as habilidades e dificuldades dos entrevistados, a partir da análise dos comentários da entrevista:

HABILIDADES	***DIFICULDADES***
1. Capacidades físico-motoras normais; 2. Podem se comunicar tranqüilamente, verbalmente e por sistemas digitais (celular, – softwares que lêem as mensagens; pode-se, assim, usar MSN, e-mail e ouvir qualquer informação do computador); 3. Baseiam-se nas informações táteis, verbais, e sensoriais (cheiros e sons); 4. Utilizam telefone e teclados normalmente (teclados de acordo com a ABNT/ padrão universal = telefone tem um ponto no número 5 e teclado tem um traço na letra F e outro na J); 5. Deslocam-se bem, seja por rampas ou escadas com a ajuda da bengala e corrimão; 6. Com o cão-guia, o deslocamento fica mais tranqüilo, pois não se precisa tatear com a bengala os possíveis obstáculos; o cão mesmo já desvia dos perigos.	1. Falta de informação é o principal problema; 2. Não possuem o sentido da visão, o que dificulta o processo de percepção espacial e deslocamento; 3. A cegueira de nascença produz maiores restrições na percepção espacial; 4. Locais com muitas pessoas, coisas e mobiliário dificulta o deslocamento; 5. Objetos pendentes ou pendurados podem representar perigo; 6. Dificuldade em identificar notas de dinheiro (cada um utiliza um método que, às vezes, pode falhar; contam muito com a honestidade de outras pessoas: notas diferentes em bolsos diferentes, colocar em ordem na carteira).

7. Para identificar cores, memorizam o modelo da roupa e/ou textura. Alguns guardam roupas separadas por cabide, em ordem ou em sacos com etiquetas em Braille. Hoje já existe um aparelho que identifica a cor quando aproximado da roupa.	

Tabela **8. Habilidades e dificuldades do Grupo 5 (ACIC).**
Fonte das tabelas de 3 a 8: Autora

Observações e comentários quanto às atividades hoteleiras:

a. O primeiro passo quando um cego chega ao hotel deve ser o de algum funcionário oferecer o braço e levá-lo até o balcão da recepção;
b. A maior dificuldade é a da informação. Os hotéis não possuem informações em Braille, como: tarifário, horários, tolerâncias, número da recepção, equipamentos e serviços disponíveis no hotel, funcionamento dos equipamentos do quarto (TV, iluminação, ar-condicionado, telefone), descrição do que existe no quarto e sua posição, passeios, pontos turísticos, entre outros;
c. Na recepção é outro problema: *check-in* e *check-out* ficam difíceis também pelo problema da informação. A pessoa cega necessita de todas as informações possíveis e muitos funcionários acham que a pessoa cega é incapaz de entender as suas afirmações;
d. Para facilitar a sua estada, é interessante disponibilizar um funcionário que o conduza desde a recepção até o apartamento, para fazer um reconhecimento do hotel, apresentando também todos os outros ambientes (restaurante, bar, piscina, convenções, academia, sauna), descrevendo sua localização, equipamentos disponíveis e acessos;
e. O hotel deve ter informações em Braille e pictogramas em relevo em todas as portas de quartos, ambientes e banheiros sociais, além de piso-guia (indicando principais acessos e caminhos) e mapa tátil. Alguns cegos conhecem as “letras em tinta” (letras e números da forma que são conhecidos pelas pessoas que enxergam) e outros, com baixa visão, lêem; por isso, também é interessante trabalhar com o nome dos ambientes em letras grandes, contrastantes com o fundo e também em relevo;
f. Mesmo que o hotel possua (o que não ocorre) indicações em Braille, piso-guia ou mapas táteis, é importante que o funcionário apresente os espaços e coordenadas gerais do hotel (estrutura físico-espacial). Reconhecer um local

pela primeira vez é difícil, além do que, para ficar passando a mão e tateando todas as portas e painéis de informação, é necessário dispor de muito tempo e pode ser inconveniente em algumas situações;

g. Principalmente para cegos de nascença ou que perderam a visão muito cedo (ainda crianças), os mapas táteis são de difícil interpretação, pois estes indivíduos não desenvolveram a percepção espacial em três dimensões e fica difícil, através de um mapa em duas dimensões, projetar isto para a realidade concreta. Contudo, é essencial que estes elementos também estejam presentes, pois muitos, que adquiriram a cegueira já jovens ou adultos, conseguem interpretar e utilizar com tranqüilidade os mapas táteis-remissíveis (mapas em forma de planta baixa em relevo que indicam os caminhos, distâncias e ambientes existentes);

h. No restaurante (café-da-manhã, almoço e jantar) e bar, é necessário cardápio em Braille e pessoa que sirva o prato (no caso de *buffet*), o cego, e até mesmo a pessoa com baixa visão, não tem como se servir sozinho;

i. Elevadores com botoeira em Braille e sistema de voz, além de batente em Braille indicando o pavimento de referência;

j. Seria interessante o hotel dar assessoria, designando alguém para levar a pessoa em algum local próximo de primeira necessidade, como farmácia ou banco;

k. Acham pouca a quantidade, por hotel, de quartos adaptados existentes para o “deficiente”. Mudanças simples de mobiliário já resolveriam muitas das dificuldades dos cadeirantes e cegos, tornando todos os quartos acessíveis;

l. Os cartões magnéticos das portas dos hotéis deveriam ser chanfrados em um dos cantos, para facilitar a inserção correta no dispositivo. Assim como cartões de banco e crédito.

CAPÍTULO 5: ESTUDOS DE CASO

Enfatiza-se que nesta pesquisa se estará aprofundando os aspectos de acessibilidade pela ótica do usuário hóspede e/ou visitante do hotel, avaliando os espaços por eles utilizados e de acesso comum destes ao hotel. Não serão analisados os ambientes de serviço e administração hoteleira, bem como atividades relativas aos funcionários e à gerência. Não que estes não sejam de interesse, mas simplesmente pela delimitação de tema do trabalho desta pesquisa. Destaca-se que os dois hotéis possuem em seu quadro de funcionários pessoas que enfrentam restrições.

5.1. VISITA TÉCNICA

O estudo de caso foi realizado nos hotéis *Ibis* e *Sofitel* de Florianópolis, da rede internacional de hotéis e *flats* (apart-hotéis) *Accor Hotels*. A rede está presente em mais de 4.000 endereços em todo o mundo, incluindo América do Norte, América Central, América do Sul, Europa, África, Oriente Médio, Ásia e Austrália. No Brasil e na América do Sul são mais de 130 endereços. A rede oferece 6 tipos de hotéis e *flats* (apart-hotéis), que diferenciam-se no tipo e qualidade dos serviços, ambientes e equipamentos disponíveis.

Os hotéis da rede estão assim classificados: *Sofitel* (5 estrelas), *Novotel* (4 estrelas), *Mercure* (4 estrelas), *Ibis* (3 estrelas) e *Fórmule I* (2 estrelas). Já o *Parthenon*, que é um apart-hotel e não um hotel convencional (como os acima citados) tem classificação de 3 estrelas. Sendo que, durante o andamento da pesquisa, a rede *Accor* renomeou alguns de seus hotéis e acabou com a tipologia *Parthenon*. Muitos hotéis que antes eram da linha *Sofitel* migraram para a linha *Mercure*, surgindo 3 desmembramentos da linha *Mercure*: *Mercure Grand Hotel* (ambientes requintados/ característica dada pela *Accor*), *Mercure Hotel* (ambientes agradáveis/ característica dada pela *Accor*) e *Mercure Apartments* (antiga linha *Parthenon*).

Florianópolis conta hoje com 4 hotéis da rede *Accor*: *Ibis Florianópolis* - Centro, *Mercure Apartments Florianópolis Lindacap* - Centro, *Mercure Apartments Florianópolis* – Itacorubi (bairro de Florianópolis) e *Sofitel Florianópolis* - Centro. Os hotéis da linha *Mercure* (antigo *Parthenon*), de Florianópolis, por serem hotéis residenciais (apart-hotel, com cozinha e sala) não foram foco desta pesquisa, que se deteve nos hotéis convencionais como objeto de estudo.

A justificativa da escolha dos hotéis *Ibis* e *Sofitel* de Florianópolis, como explicitado no método de pesquisa, está no fato de pertencerem à mesma rede de hotéis (*Accor*) e serem, através do resultado da Visita Técnica e Exploratória, o hotel *Ibis* (hotel S) apresentou-se o mais preparado a receber pessoas que sofrem restrições. Apesar de a visita não ter sido previamente realizada no *Sofitel*, - mesmo porque este só foi inaugurado em dezembro de 2006 (data, em que a etapa da Visita Técnica e Exploratória I, já havia sido concluída, realizada em agosto de 2005) - acreditou-se, por ser da mesma rede e manter o mesmo padrão internacional *Ibis*, que esta linha 5 estrelas da *Accor* teria, no mínimo, as mesmas condições de acessibilidade do *Ibis*.

Outra questão é a possibilidade de construção de um quadro comparativo no quesito acessibilidade e qualidade dos serviços, ambientes e equipamentos disponíveis, por serem hotéis de nível econômico diferenciado, e de comparação das benfeitorias de acessibilidade, aprovadas na vigência de duas normas diferentes.

Sendo que, da primeira para a segunda norma, houve uma evolução nos princípios de acessibilidade, contudo, como já comentado, verificados ainda insuficientes e não adotados plenamente nos hotéis investigados nas visitas. Além disso, por serem hotéis de padrão internacional, e avaliados, neste trabalho, como os mais preparados e indicados a receber pessoas que sofrem restrições, pode-se aprofundar a questão em pontos muitas vezes esquecidos em hotéis com muitos problemas de acessibilidade. Esta qualidade dos hotéis *Ibis* e *Sofitel* também serviu de justificativa e facilitou a permissão da gerência para uma avaliação mais completa dos empreendimentos. A seguir, mapas de localização e um quadro comparativo de informações sobre os dois hotéis avaliados:

Mapa **4** - Perímetro Central de Florianópolis, com o recorte da localização dos hotéis avaliados.
Fonte: IPUF

Mapa **5** - Recorte da localização dos hotéis avaliados dentro do Perímetro Central de Florianópolis.
Fonte: Autora

HOTEL ***ITEM***	***IBIS*** ★ ★ ★	***SOFITEL*** ★ ★ ★ ★ ★
Inauguração	Novembro de 2002	Dezembro de 2006
Aprovação de Projeto e Habite-se	Aprovação: 15/08/02 Habite-se: 24/09/02	Aprovação: 29/03/06 Habite-se: sem
Construtora	Magno Martins	Meridiana (Carlos Hoepcke + Magno Martins)
Diária (base do levantamento de preços: Abril de 2007)	R$ 95,00 a R$ 105,00/ apartamento para uma (cama casal) ou duas (2 camas solteiro) pessoas. (café da manhã: R$ 9,00/pessoa)	R$ 400,00* a R$ 2.044,00/ apartamento para uma (cama casal) ou duas (2 camas solteiro) pessoas. (café da manhã: R$ 35,00/pessoa) * com reserva: R$ 260,00
Tipo	• Hotel 3 estrelas • Econômico	• Hotel 5 estrelas • Luxo (1º hotel 5 estrelas do Estado de Santa Catarina)
Endereço	Av. Rio Branco, 37 - Centro/ 88015-200 - Florianópolis - SC - Tel.: (48) 32160000	Av. Beira Mar Norte, 2034 - Centro/ 88015-701 - Florianópolis - SC - Tel.: (48) 32026100
Localização	• A 5 minutos do Terminal Rodoviário Internacional Rita Maria • A 21 km do Aeroporto Internacional Hercílio Luz	• Em frente ao Mar • A 15 km do Aeroporto Internacional Hercílio Luz
Propósito Final	Hotel de Convenções, negócios e turismo.	Hotel de Convenções, negócios e turismo.

HOTEL ***ITEM***	***IBIS*** ★ ★ ★	***SOFITEL*** ★ ★ ★ ★ ★
Áreas	• Terreno: 1.727,17 m². • Total Construída: 9.063,30 m².	• Terreno: 859,20 m². • Total Construída: 7.833,590 m².
Porte	Pequeno Porte*: 198 unidades de habitação (UH's) * até 200 unidades.	Pequeno Porte: 115 unidades de habitação (UH's)
Unidades de Habitação (UH's)	• Unidades Padrão: 196 unidades, sendo *single* (cama casal) ou duplo (duas camas de solteiro). • Apartamento Adaptado: 2 unidades[14], uma no 1º pavimento e outra no 2º pavimento. • 9º ao 11º pavimento para fumantes.	• Tipos de Unidades: 1. Apto. *Classic** = 43 unidades. 2. Apto. Superior *King* = 20 unidades. 3. Apto. Superior *Twing* = 24 unidades. 4. Apto. *Deluxe* = 22 unidades. 5. Suíte Executiva = 2 unidades. 6. Suíte Presidencial = 1 unidade. • Apartamento Adaptado = 3 unidades[15] (2 Superiores *Twing* + 1 *Classic* - todos no 3º pavimento.) • 6º ao 8º e 14º para fumantes * Apartamentos visitados

[14] Pela norma deveriam ser 10 unidades (5% do total de UH's).
[15] Pela norma deveriam ser 6 unidades (5% do total de UH's).

HOTEL ITEM	IBIS ★ ★ ★	SOFITEL ★ ★ ★ ★ ★
Serviços e outros	Apto. Studio 1 e 2 dormitórios (podem ser conjugados) Apto. "deficiente" físico Apto. para não fumantes TV a cabo, parabólica ou satélite Tomada para *laptop* *Menu express* (refeições rápidas a qualquer hora/ 24 horas – servidas no bar e/ou restaurante) Estacionamento = 98 vagas (pago à parte) *Business Center* = 1 computador Salas de eventos = 1 Apto. climatizado *Wire-less* (Internet sem fio – pago à parte) Acesso à Internet (Internet à cabo – pago à parte) Bar Restaurante: A *Boa Mesa* (de acesso ao público)	Apto. Studio 1 e 2 dormitórios Apto. "deficiente" físico Apto. para não fumantes TV a cabo, parabólica ou satélite Tomada para *laptop* *Menu express* (servidas no bar, restaurante e/ou quarto) Estacionamento = 25 vagas (pago à parte) *Business Center* = 2 computadores Salas de eventos = 5 Apto. climatizado *Wire-less* (pago à parte) Acesso à Internet (pago à parte) Bar Restaurante: *Galia* (cozinha francesa e mediterrânea, de acesso ao público externo) Serviço de quarto Calefação

HOTEL ***ITEM***	***IBIS*** ★ ★ ★	***SOFITEL*** ★ ★ ★ ★ ★
Serviços e outros		Vista panorâmica Piscina *Fitness center* – academia de ginástica (terceirizada, pago à parte e de acesso ao público externo) Sauna *Spa* – massagem e terapias (terceirizado, pago à parte) Traslados (terceirizado, pago à parte)
Fotografia da Fachada	 Figura **25** Fonte: Autora	 Figura **26** Fonte: Autora

Tabela **9. Tabela comparativa entre os hotéis *Ibis* e *Sofitel*.**
Fonte: Autora (informações repassadas pelos hotéis e Prefeitura de Florianópolis)

5.1.1 HOTEL IBIS: PLANTAS, FOTOS E COMENTÁRIOS

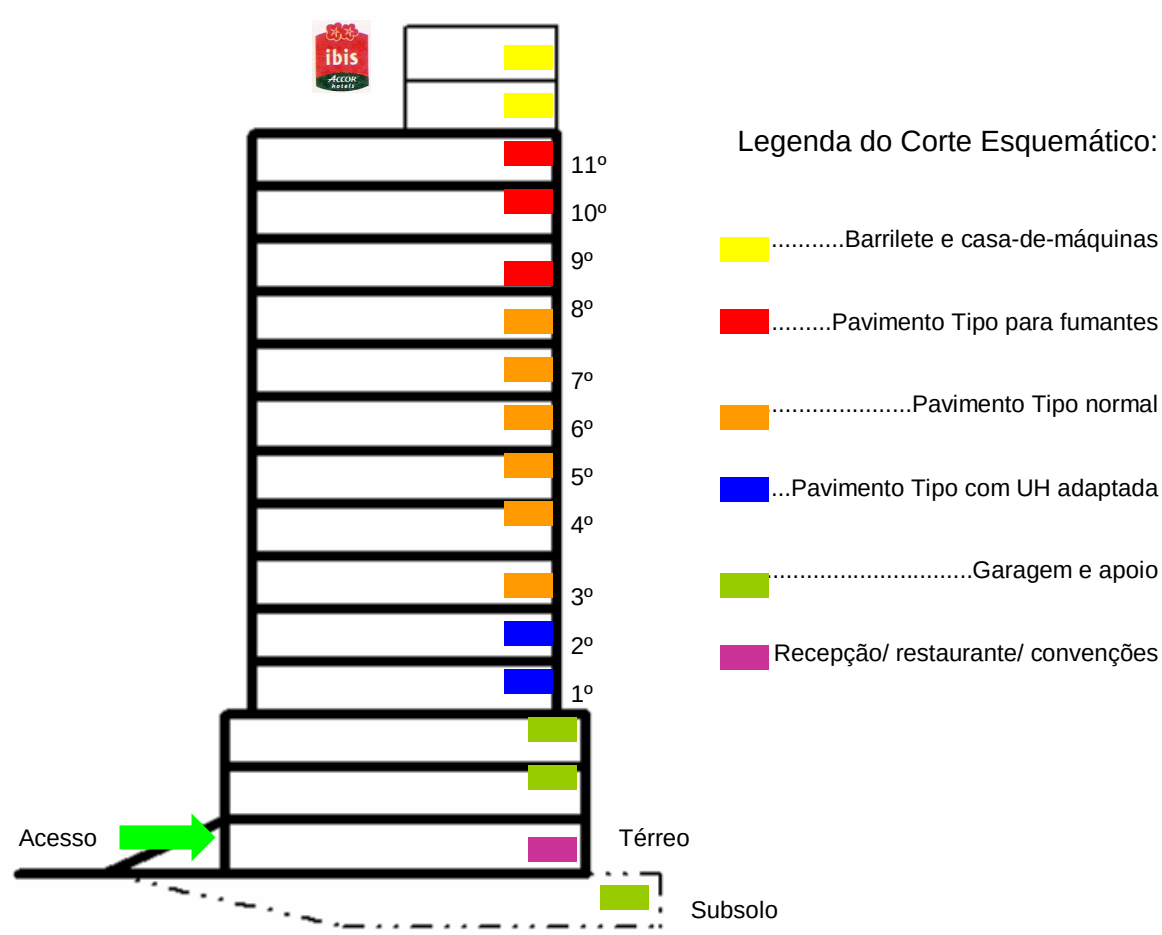


Figura **27** – Corte Esquemático do hotel *Ibis.* (Escala: 1/400)

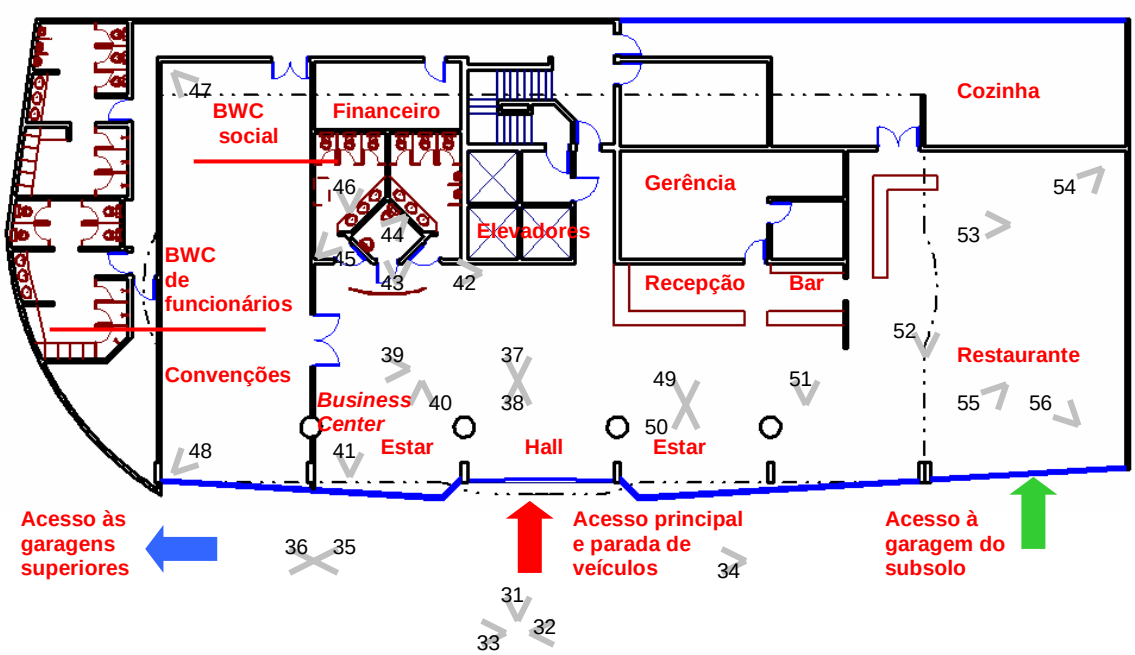


Figura **28** – Planta Baixa Pavimento Térreo: *Ibis.* (Escala: 1/300)

Obs.: Simbologia de direção das fotos tiradas no local, a abertura do "V" indica a direção da foto:

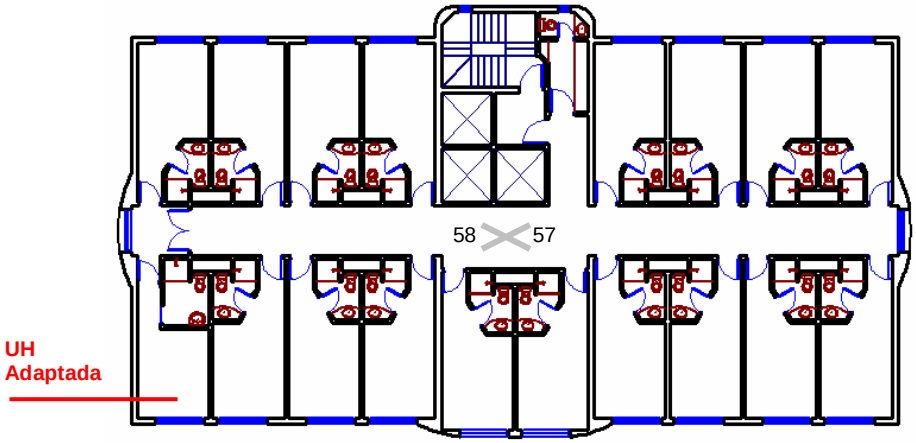


Figura **29** – Planta Baixa Pavimento Tipo com UH adaptada: *Ibis.* (Escala: 1/300)

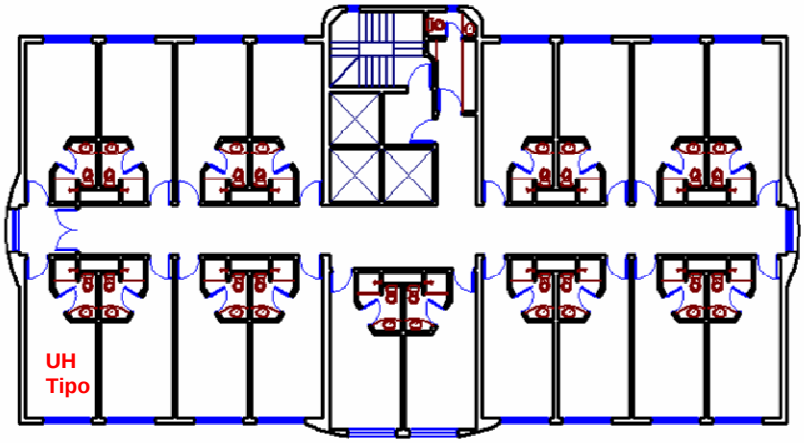


Figura **30** – Planta Baixa Pavimento Tipo e fumantes: *Ibis.* (Escala: 1/300)

Não serão apresentadas as plantas dos pavimentos garagem, pois o hotel fornece manobrista, com espaço de parada, para embarque e desembarque, na porta do hotel. Como não é um espaço de uso do hóspede, acredita-se desnecessária a apresentação destes pavimentos. Através das fotos verifica-se a ambiência do hotel, bem como se pode supor o tipo de usuário e o respectivo nível de renda que o empreendimento objetiva atender. Destacando que boa parte desses ambientes já foi descrita e apresentada na Visita Técnica e Exploratória, na Etapa 1, no caso do *Ibis*. Todas as fotos, inclusive as do *Sofitel*, também ajudarão na compreensão dos ambientes visitados pelo Passeio Acompanhado, sendo adiante referendadas. Abaixo seguem as fotos registradas, de acordo com o número correspondente nas plantas.

Figura **31** – Acesso em rampa

Figura **32** – Vista direita, aclive

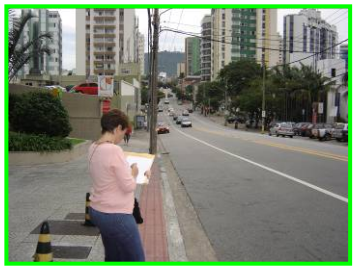


Figura **33** – Vista esquerda, Declive

Destaca-se nestas fotos (figs. **32** e **33**), que os equipamentos urbanos, especialmente as calçadas têm problemas de acessibilidade, como por exemplo, poste fora do piso alerta e calçada sem rebaixamento de meio-fio para pedestres nas travessias e faixas (dificultando a circulação de cadeirantes, mães com carrinho de bebê, entre outros). Na porta de acesso ao hotel (fig. **31**), observa-se a existência de rampa com leve inclinação, que é um ponto positivo de acesso ao empreendimento, contudo sem nenhum tipo de piso-guia direcional.

Ainda na área externa a edificação, destacamos os acessos de veículos, que permitem o desembarque na porta do hotel (figs. **34** e **35**).

Figura **34 e 35** – Acesso e saída de carros

Figura **36** – Acesso garagem superior

As áreas comuns internas são amplas, não apresentando barreiras físicas. Contudo observam-se também a falta de piso-guia direcional, informações táteis e painéis remissíveis.

Figura **37** – *Hall* de acesso aos elevadores

Figura **38** – Vista do acesso do hotel, de dentro para fora

Figura **39** – Acesso à sala de convenções

Figura **40** – *Business center*, espaço com computador

Figura **41** – Estar de acesso ao hotel

Figura **42** – Acesso aos banheiros

O hotel apresenta banheiro adaptado *unisex* (figs. **43** e **44**), separado dos banheiros masculinos e femininos, o que é interessante no caso do uso por pessoa que sofra restrições e necessite de auxílio por pessoa do sexo oposto, não causando constrangimentos no uso do espaço.

Figuras **43 e 44** – Banheiro social adaptado

Figura **45** – Banheiro social feminino

Figura **46** – Banheiro social Feminino

Figuras **47 e 48** – Sala de convenções, vistas internas

Figura **49** - Recepção

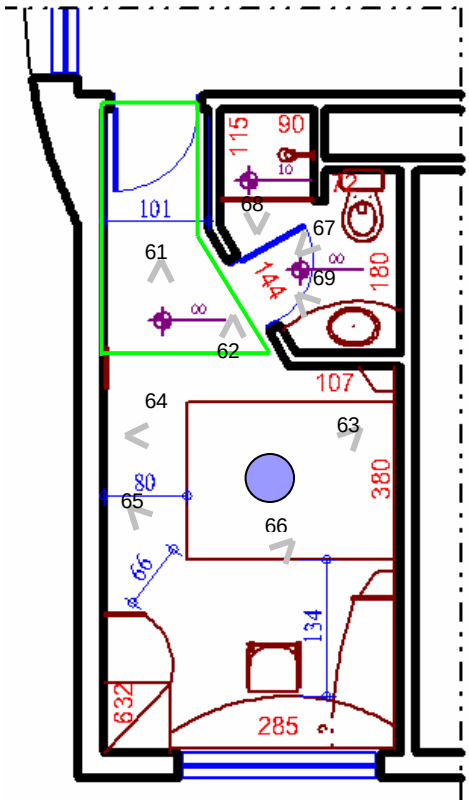
Figura **50** – Estar, próximo ao bar

Figura **51** - Bar

Figuras **52, 53 e 54** – Restaurante com espaços amplos, boa distância entre mesas e cadeiras, o que facilita o deslocamento por todos os usuários dentro do ambiente.

Figuras **55 e 56** – Ambiente separado do salão geral do restaurante

Figuras **57 e 58** – Circulação do andar Tipo, fotos a partir do elevador, lateral esquerda e lateral direita



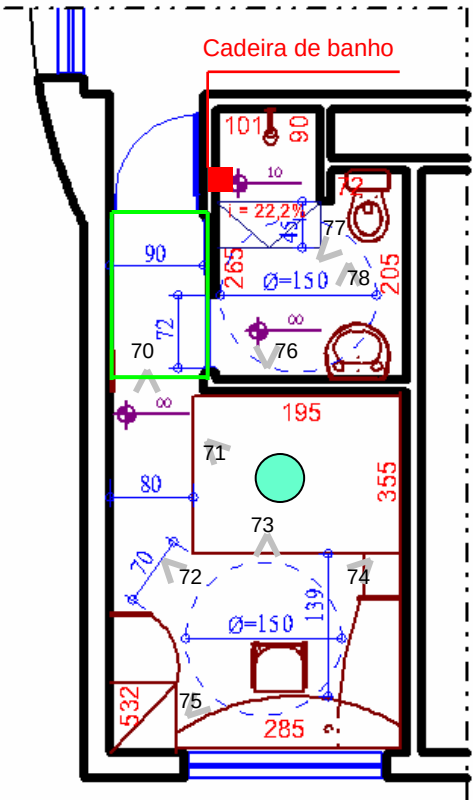


Figura **59** – UH Tipo

Figura **60** – UH Tipo adaptada

Escala: 1/75 – medidas em cm (vermelho e azul)

As UH's destacadas na página anterior foram as unidades analisadas do hotel *Ibis*, pela Visita Técnica e Passeio Acompanhado. Foram colocadas medidas, para facilitar a verificação dos resultados, que serão avaliados posteriormente.

Observa-se já que, pelas medidas e *layout* das UH's, alguns problemas já são detectados, especialmente na UH adaptada: estreitamento de circulação, entre cama e mobiliário, e da porta de acesso ao banheiro. Com relação ao espaço de manobras necessário, pela ABNT NBR 9050/94, de 150 cm, este, pode ser considerado adequado, pois a mesa (figs. **60** e **72**) não impede o movimento, por se situar em altura que permite a passagem da cadeira de rodas por baixo dela. No banheiro, o espaço de manobras fica com pequena parte em cima de um desnível (rampa, i = 22,2%). Além de estar fora do máximo permitido para situações excepcionais, - que é de 12,5%, segundo a NBR9050/94 - parece atrapalhar um pouco, tanto o banho, quanto o movimento da cadeira de rodas. Além disso, não existe boxe, ou cortina para reter a água de espalho do banho. Outro destaque é que, apesar de a porta de acesso à UH abrir para fora, não existe espaço lateral ao acesso de 60 cm, que já é recomendação da ABNT NBR 9050/94. O ideal seria que a porta abrisse direto sobre a circulação.

Essas análises serão mais aprofundadas no próximo capítulo, entretanto já foram adiantadas algumas questões relativas ao dimensionamento e uso dos espaços pela avaliação da visita. Com relação às áreas foi construída a seguinte tabela:

ÁREA (m²) * não foi descontado o mobiliário fixo	***UH TIPO***	***UH TIPO ADAPTADA***
Área útil de circulação (destacada com linhas em verde na planta)	3,05	1,59
Área útil de quarto	10,83	10,12
Área útil de banheiro	3,16	4,32
Área útil total	**17,04**	**16,03**

Tabela **10. Tabela de áreas das UH's do hotel *Ibis*.**
Fonte: Autora

A partir da análise destes dados e da visualização das plantas das unidades, percebe-se que, mesmo a UH adaptada possuindo menor área útil (devido à redução da circulação interna, que virou externa), conseguiu-se resolver bem a necessidade, através da disposição de *layout*, falhando em poucos pontos, já comentados. Assim, pode-se deduzir que a viabilidade para a execução de UH's adaptadas, muitas vezes, pode estar apenas na questão de distribuição de móveis e equipamentos. A não ser no caso do banheiro, que já exige maiores dimensões, pela necessidade de inserção da área de manobras. Abaixo, seguem fotos das UH's analisadas:

Figura **61, 62 e 63** – Observar passagem estreita entre cama e parede, e entre cama e móvel da TV

Figura **64, 65 e 66** – Mobiliário praticamente idêntico ao da UH adaptada

Figuras **61 a 66** – UH Tipo (dormitório)

Figuras **67, 68 e 69** – Banheiro da UH tipo, dimensões bem compactas

Figura **70** – Observar passagem estreita entre cama e parede, e cama e móvel

Figura **71 e 72** – Mobiliário igual ao da UH Tipo

Figura **73, 74 e 75** – Mobiliário e equipamentos iguais ao da UH Tipo

Figuras **70 a 75** – UH Tipo adaptada (dormitório)

Figuras **76, 77 e 78** – Banheiro da UH Tipo adaptada, espaço amplo
Fonte das figuras **27 a 78**: Autora

Destaca-se que, com exceção do banheiro, o mobiliário é totalmente igual nas duas unidades, inclusive altura de cabideiro, prateleiras, mesa e cama.

5.1.2 HOTEL SOFITEL: PLANTAS, FOTOS E COMENTÁRIOS

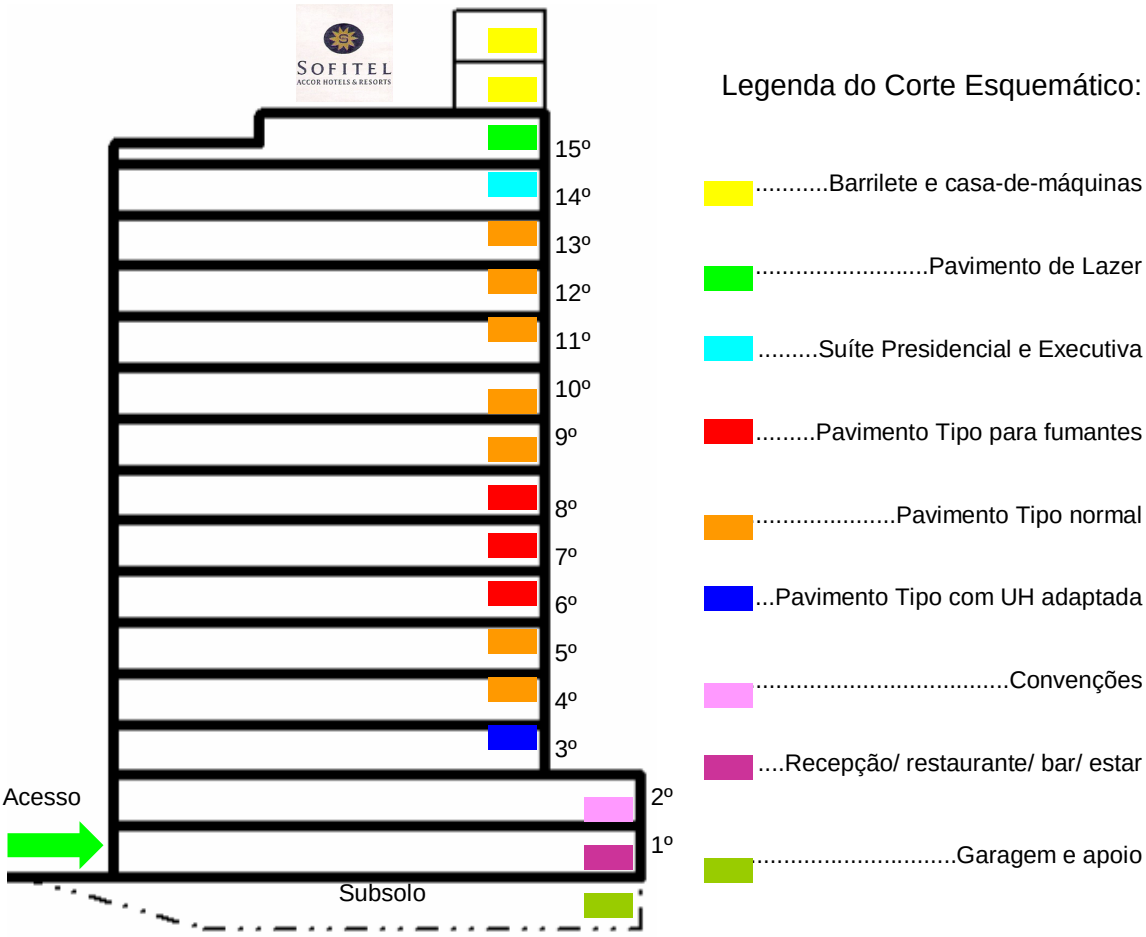


Figura **79** – Corte Esquemático do hotel *Sofitel.* (Escala: 1/400)

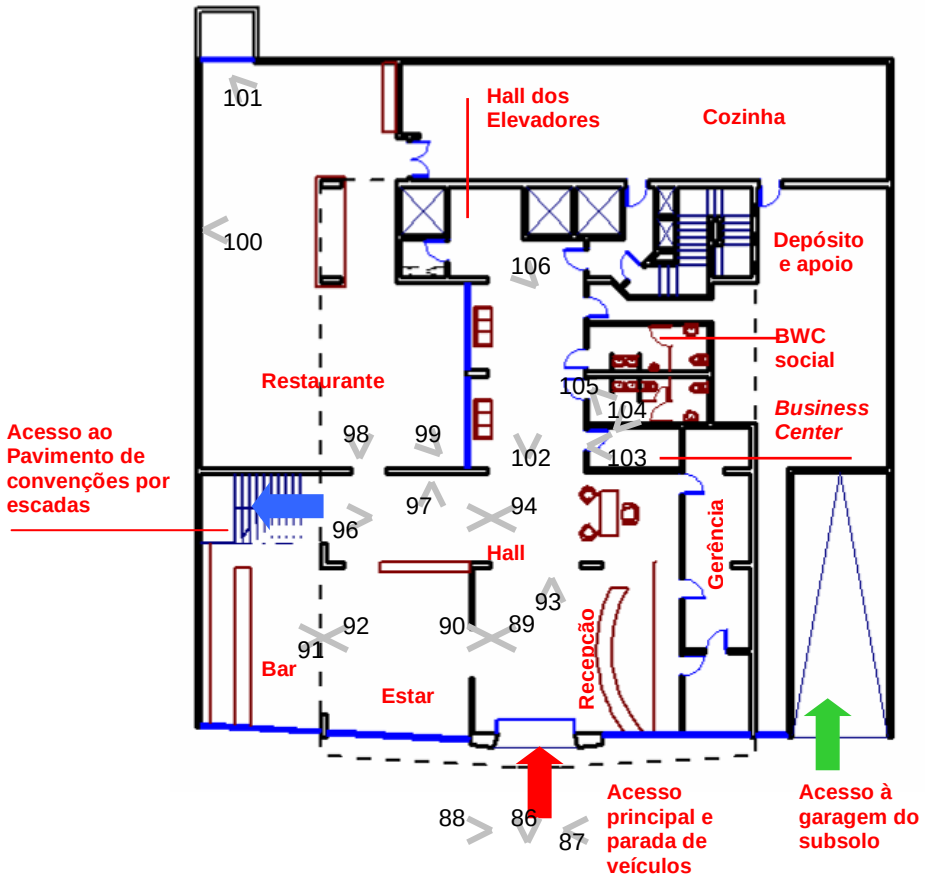


Figura **80** – Planta Baixa 1º Pavimento (Térreo): *Sofitel.* (Escala: 1/300)

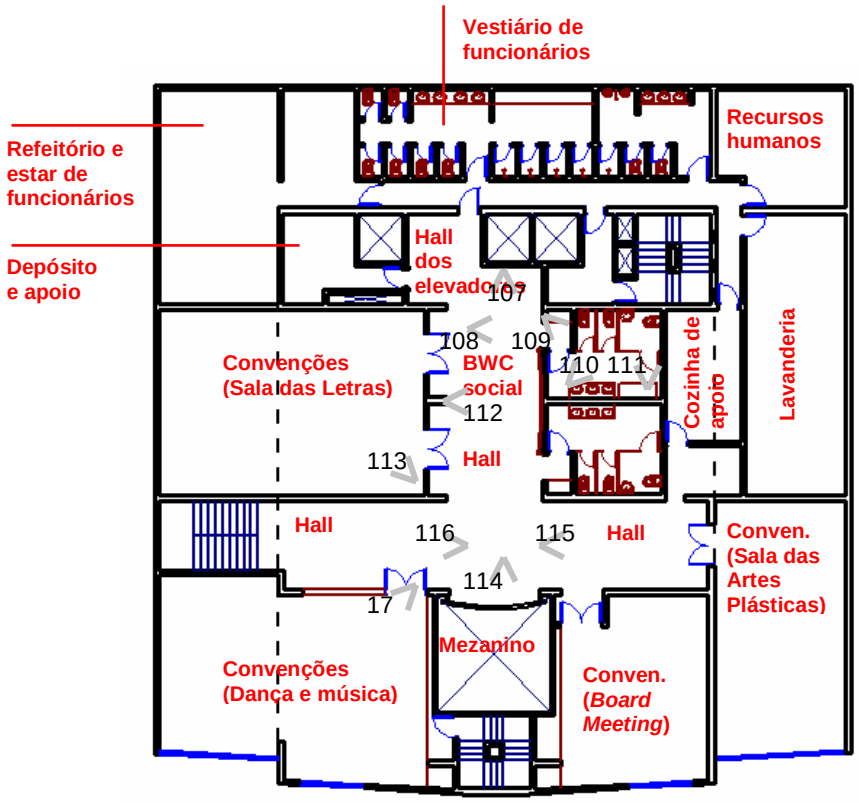


Figura **81** – Planta Baixa 2º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)

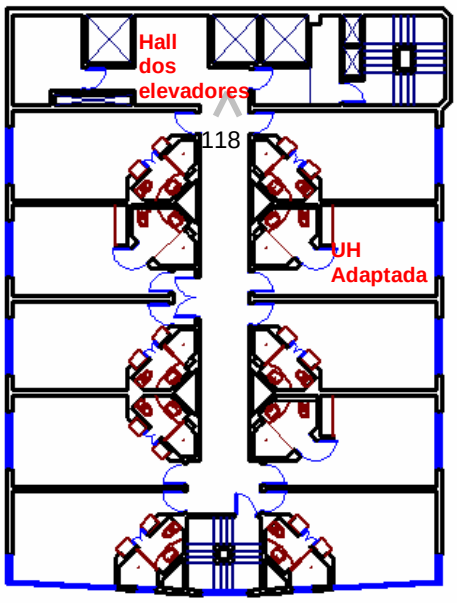


Figura **82** – Planta Baixa 3º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)

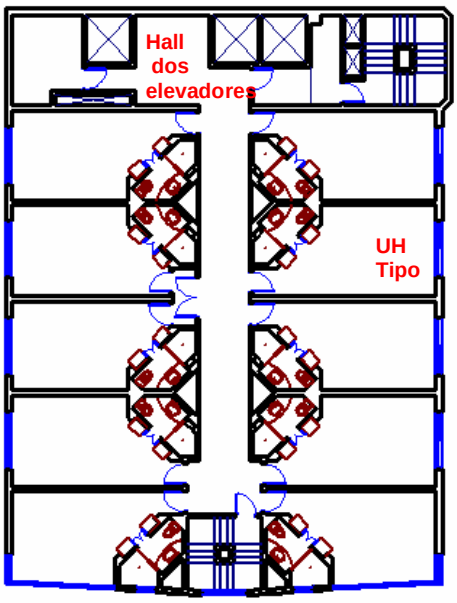


Figura **83** – Planta Baixa Pavimento Tipo: *Sofitel.*

Pavimento não visitado

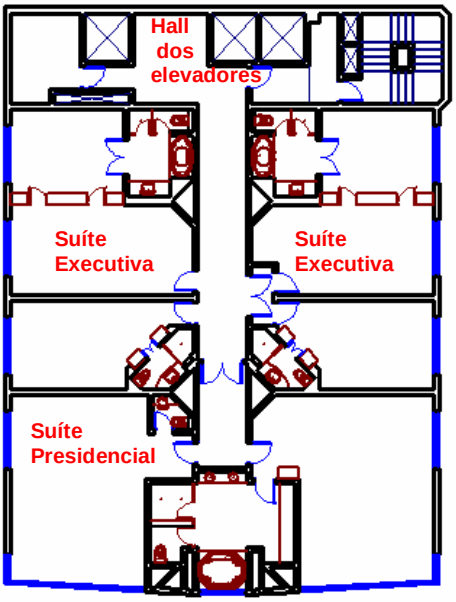


Figura **84** – Planta Baixa 14º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)

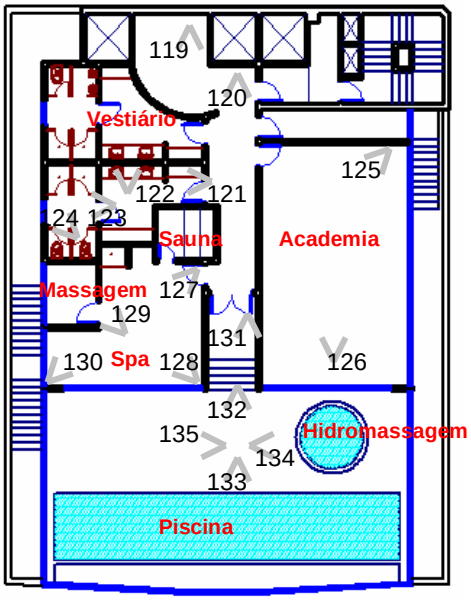


Figura **85** – Planta Baixa 15º Pavimento: *Sofitel.*

Não serão apresentadas as plantas dos pavimentos garagem, pelo mesmo motivo de não terem sido apresentadas as do hotel *Ibis*. O 14º Pavimento não foi visitado pela pesquisa, por se tratar de UH's diferentes do padrão das UH's oferecidas pelo hotel,

sabendo-se que em toda a pesquisa estar-se-á analisando somente as unidades padrão Tipo. A seguir, as fotos registradas nas plantas, de acordo com o número correspondente.

Figura **86** – Acesso ao hotel, por escada ou rampa

Figura **87 e 88** – Vista lateral direita e esquerda da rua de acesso ao hotel

Destaca-se nestas fotos (figs. **87** e **88**), que os equipamentos urbanos, especialmente as calçadas têm problemas de acessibilidade, como por exemplo, calçada sem piso-guia ou de alerta para postes, placas e floreiras. Na porta de acesso ao hotel (fig. **86**), observa-se a existência de escada e rampa com leve inclinação, que também é a mesma para desembarque dos veículos, que é um ponto negativo de acesso ao empreendimento, pois há sobreposição do fluxo de pedestre com o de veículos, além de não possuir nenhum tipo de piso-guia direcional, como no caso do *Ibis*.

As áreas comuns internas são amplas, não apresentando barreiras físicas. Contudo observam-se também a falta de piso-guia direcional, informações táteis, painéis remissíveis (como no *Ibis*). Os sistemas de comunicação direcional e de informação não são claros e falta um maior destaque visual.

Figura **89** – Recepção, Conjugada ao acesso

Figura **90 e 91** – Estar e bar conformando o mesmo ambiente

Figura **92** – Estar, foto com vista para a recepção

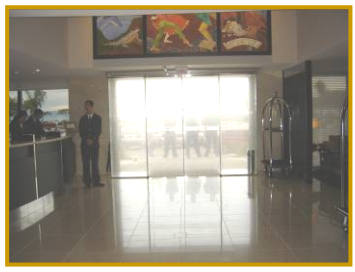


Figura **93** – Vista do acesso, de dentro para fora do hotel

Figura **94** – Atendimento por mesa, ao lado da recepção

Figura **95** – *Hall* de integração, restaurante, bar, estar e escada de acesso às convenções

Figura **96** – Escada, detalhe do piso e espelho em mármore

Figura **97** – Estar, visto a partir do *Hall* do restaurante

Figuras **98 e 99** – Restaurante com espaços Amplos

Figura **100** – Balcão de *buffet*

Figura **101** – Restaurante, observar acabamentos, iluminação e flores

Figura **102** – *Hall* dos banheiros, dando acesso aos elevadores

Figura **103** – *Business center* com dois computadores

Figuras **104 e 105** – Banheiro térreo com boxe adaptado, detalhe da iluminação indireta

Figura **106** – *Hall* dos elevadores

Figura **107** – *Hall* convenções, saída dos elevadores

Figuras **108 e 109** – Acesso e entrada do banheiro social (convenções)

Figuras **110 e 111** – Banheiro e cabine adaptada (convenções)

Figura **112** – Aparador, detalhe que as flores (naturais) são trocadas dia sim, dia não

Figura **113** – Sala das Letras

Figura **114** – Mezanino, vista da recepção e acesso

Figura **115** – *Hall* convenções, vista esquerda ao mezanino

Figura **116** – Hall convenções, vista direita ao mezanino

Figura **117** – Dança e Música

Figura **118** – Circulação do Pavimento Tipo

Figura **119** – Recepção do pavimento de lazer

Figura **120** – Circulação do lazer, ao fundo o acesso à piscina

Figura **121** – Armário do vestiário

Figura **122** – Lavatório do vestiário

Figura **123 e 124** – Circulação dos boxes e boxe do chuveiro no vestiário

Figuras **125 e 126** – Academia de ginástica e musculação

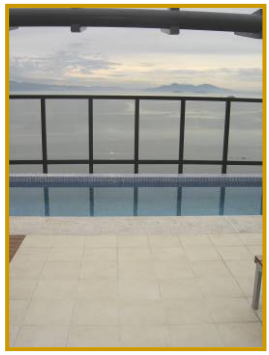
Figura **127** – *Spa*

Figura **128** – *Spa*, vista da massagem e sauna

Figura **129** – Sala de massagem

Figura **130** – *Spa*

Figura **131** – Acesso piscina, só por escada



Figuras **132 e 133** – Vista frontal da área externa e da piscina (em raia): visão de infinito e acabamento em pastilha de vidro

Figura **134** – Vista esquerda da área externa, detalhe da banheira de hidromassagem

Figura **135** – Vista direita, acesso à piscina por escada de concreto

Por estas fotos, verifica-se a ambiência do hotel, bem como tipo de usuário e respectivo nível de renda que o empreendimento objetiva atender.

As UH's, destacadas a seguir, foram as unidades analisadas dentro do hotel *Sofitel*, pela Visita Técnica e Passeio Acompanhado. Também foram colocadas medidas, para facilitar a verificação dos resultados, que serão avaliados adiante. Observa-se que, pelas medidas e *layout* das UH's, não foram detectados problemas

de acessibilidade para o cadeirante (restrição físico-motora) dentro de qualquer um dos quartos.

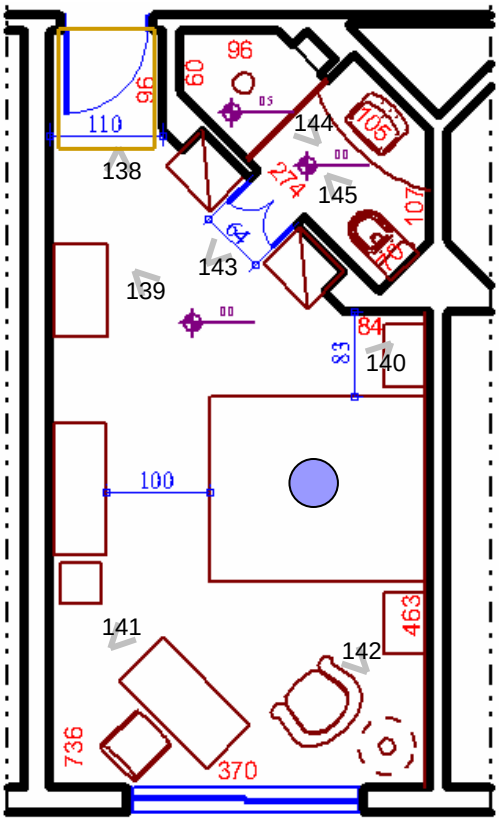


Figura **136** – UH Tipo

Escala: 1/75 – medidas em cm

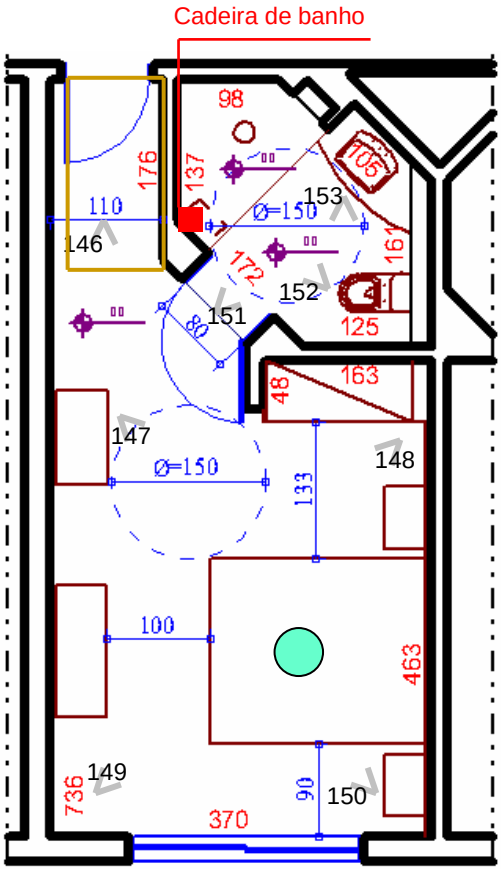


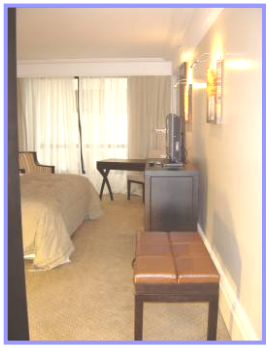
Figura **137** – UH Tipo adaptada

Contudo, na UH Tipo, a porta de acesso ao banheiro inviabilizaria o seu uso pela restrição do acesso. Destaque para a porta de acesso da UH adaptada, abrindo para dentro do quarto, não possuindo espaço de recuo lateral (60 cm). O ideal é que esta abra para fora, direto no corredor do pavimento. Com relação às áreas, foi construída a seguinte tabela:

ÁREA (m²) * não foi descontado o mobiliário fixo	***UH TIPO***	***UH TIPO ADAPTADA***
Área útil de circulação (destacada com linhas em verde na planta)	1,06	1,94
Área útil de quarto	21,16	18,59
Área útil de banheiro	3,54	4,98
Área útil total	**25,76**	**25,51**

Tabela **11. Tabela de áreas das UH's do hotel *Sofitel*.**
Fonte: Autora

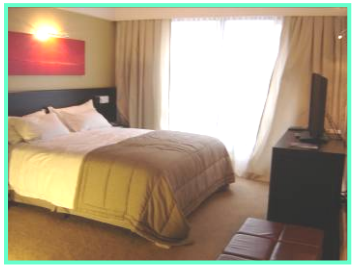
A partir da análise destes dados, e da visualização das plantas das unidades, percebe-se que as UH's têm praticamente o mesmo valor de área útil. Entretanto, como no caso do *Ibis*, a área de dormitório da UH adaptada fica mais reduzida, para compensar o acréscimo de área no banheiro. Além disso, a quantidade e a disposição de mobiliário mudam da UH Tipo para o da UH Tipo adaptada, a fim de que se ganhe espaço de circulação para a cadeira de rodas, no dormitório. Abaixo, seguem fotos das UH's analisadas:



Figuras **138, 139 e 140** – UH Tipo (dormitório), bom espaço de circulação

Figuras **141 e 142** – UH Tipo (dormitório), mesmo mobiliário, disposição e padrão da UH adaptada (apresentando poltrona e mesa à mais que a UH adaptada)

Figuras **143, 144 e 145** – Banheiro da UH Tipo, acesso e espaços compactos



Figuras **146, 147 e 148** – UH Tipo adaptada (dormitório), bom espaço de circulação

Figuras **149 e 150** – UH Tipo adaptada (dormitório), mesmo mobiliário e padrão da UH Tipo, contudo não possuindo poltrona e mesa

Figuras **151, 152 e 153** – Banheiro da UH Tipo adaptada, acesso e espaços mais amplos
Fonte das figuras **79 a 153**: Autora

Destaca-se que, com exceção do armário, o mobiliário é totalmente igual nas duas unidades, inclusive altura de mesa-de-cabeceira, cômoda e cama. O banheiro é completo, assim como o do *Ibis,* apresentando barras, lavatório rebaixado, espelho inclinado, cadeira para banho e assento elevado no vaso sanitário, destaque para o telefone de emergência (destacado em vermelho) ao lado do vaso.

5.2 PASSEIOS ACOMPANHADOS

Para realizar os Passeios Acompanhados foram escolhidas, preferencialmente, pessoas que não tivessem participado dos Grupos Focais Com Imagens. O uso de pessoas diferentes teve como objetivo o cruzamento e confirmação de informações entre os dois métodos (passeios e grupos focais).

Além disso, apesar de terem sido selecionados 2 possíveis hóspedes de mesmas restrições, procurou-se características diferentes, como idade, sexo, gravidade da restrição e experiência em freqüentar espaços hoteleiros (número de vezes que já se hospedou). Esta última informação é interessante, no sentido de que a vivência anterior traz maior facilidade de interação com o espaço hoteleiro, mesmo não conhecido, pois já se tem conhecimento de procedimentos, serviços e outras questões comuns existentes em empreendimentos de hospedagem. Assim, foi perguntado quantas vezes a pessoa se lembrava de ter se hospedado (hotel ou pousada). Os dados são aproximados, a não ser quando a resposta foi “nenhuma” (0). Não foi levado em conta o padrão do tipo de hospedagem, nem se a experiência de hospedagem ocorreu antes ou depois de começar a conviver com a restrição, ou, ainda se possuía acompanhante, ao se hospedar, para lhe auxiliar nas atividades.

Para a realização dos passeios, foram levados os indivíduos de restrições afins, no mesmo dia. Por exemplo: foram levados os dois cadeirantes no hotel *Íbis*; enquanto um esperava no *Hall* de estar do hotel, o outro fazia o passeio; após os dois eram levados até ao *Sofitel*, e, também, enquanto um esperava no *Hall* de estar, o outro fazia o passeio. O único passeio realizado simultaneamente foi o com os surdos, pois o **S2** não era oralizado e como a **S1** era oralizada (surdo que consegue se comunicar verbalmente, apesar da dificuldade de locução), esta serviu de intérprete e ao mesmo tempo realizou o passeio, tecendo também os seus comentários.

Os passeios foram filmados através de câmera digital, com memória de 2Gb. Após a realização da primeira parte do passeio no dia (hotel *Ibis*), os filmes eram repassados para a memória do *laptop*, assim, a máquina era liberada, para poder registrar os passeios da segunda parte, no *Sofitel*. Em todos os passeios, foi realizado o mesmo percurso. Apenas os cadeirantes tiveram um percurso diferenciado no *Sofitel*, pois não puderam entrar no ambiente da piscina (ático - parte exterior), onde o acesso era feito por escadas, e também não puderam descer as escadas do andar de convenções, tendo que usar o elevador. Todos os participantes foram levados de carro até aos hotéis, sendo desembarcados na porta de acesso de cada hotel.

As características dos visitantes podem ser observadas a seguir:

CÓDIGO DA PESSOA	SITUAÇÃO	RESTRIÇÃO	CONVIVIO COM A RESTRIÇÃO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	VEZES EM HOTÉIS
F	Cadeirante	Físico-motora	Ao nascer	F	41	Superior incom.	**40**
M	Cadeirante	Físico-motora	Ao nascer	M	24	Superior completo	**6**
F	Muletante	Físico-motora	4 anos	F	29	2º grau completo	**8**
M	Muletante	Físico-motora	Ao nascer	M	16	2º grau incompleto	**10**
A	Biotipo alto	Físico-motora (estatura)	Quando jovem	M	37	Pós-graduação	**20**
B	Mãe com bebê	Físico-motora (considerar bebê de colo)	Primeiro filho	F	32	Superior completo	**12**
6	Criança	Físico-motora (estatura) / Psico-cognitiva	Dado irrelevante	F	6	Em alfabetização	**0**
10	Criança	Físico-motora (estatura)	Dado irrelevante	M	10	1º grau incompleto	**0**
F	Idoso	Múltipla = Auditiva + Físico-motora	Dado irrelevante	F	87	Alfabetizada	**10**
M	Idoso	Psico-cognitiva	Dado irrelevante	M	72	Analfabeto	**3**
F	Surdo	Sensorial = Auditiva (oralizada)	Ao nascer	F	44	Superior completo	**6**
M	Surdo	Sensorial = Auditiva	Ao nascer	M	16	2º grau incompleto	**25**
N	Cego	Sensorial = Visual (total)	Ao nascer	M	27	2º grau incompleto	**2**
A	Cego	Sensorial = Visual (total)	18 anos	M	39	Pós-graduação	**30**
F	Baixa Visão	Sensorial = Visual (1% em cores)	10 anos	F	15	1º grau incompleto	**17**
M	Baixa Visão	Sensorial = Visual (1% em tons de cinza)	3 anos	M	39	2º grau completo	**10**
F	Síndrome de Down	Psico-cognitiva	Ao nascer	F	15	1º grau incompleto	**2**
M	Mental leve	Psico-cognitiva	Ao nascer	M	27	1º grau completo	**0**

Tabela **12. Tabela de características dos indivíduos que realizaram os Passeios Acompanhados.**
Fonte: Autora

Obs.: Este código será usado quando a informação se referir a **todos** os participantes.

A seguir, estão as plantas com a indicação, em ordem numérica, do trajeto e atividades realizadas no hotel *Ibis*:

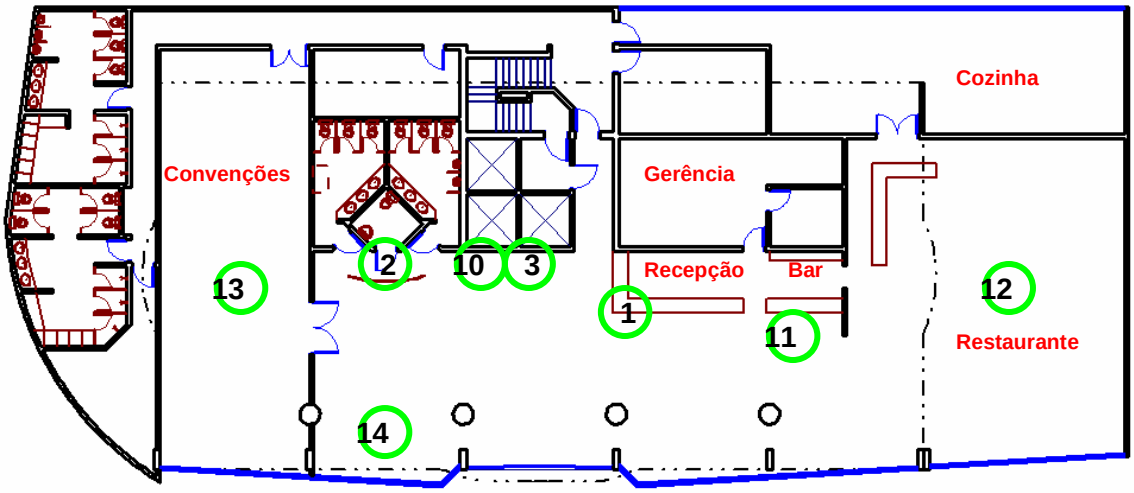


Figura **154** – Planta Baixa Pavimento Térreo: *Ibis.* (Escala: 1/300)

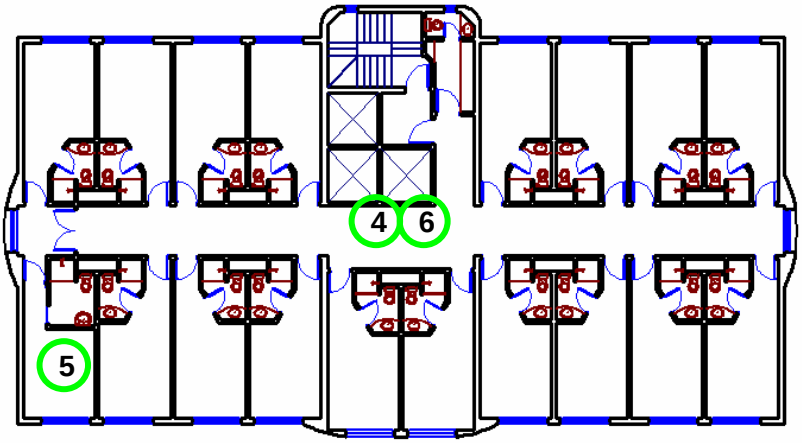


Figura **155** – Planta Baixa 1º Pavimento/ UH Tipo adaptada: *Ibis.* (Escala: 1/300)

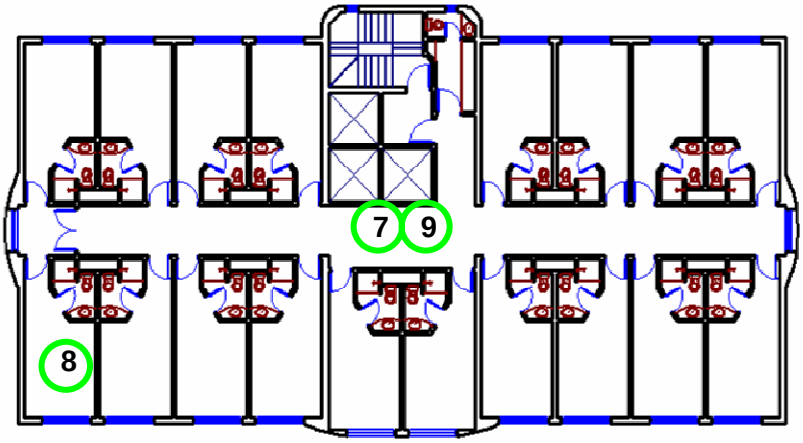


Figura **156** – Planta Baixa 3º Pavimento/ UH Tipo: *Ibis.* (Escala: 1/300)

As atividades realizadas nos ambientes variaram de procedimento e seqüência de atividades, de acordo com a restrição enfrentada pela pessoa, e foram executadas na ordem e a partir dos dados da tabela **13**, abaixo.

ORDEM	***AMBIENTE***	***SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES***
1	Recepção	a. Encontrar recepção; b. Fazer contato com atendente; c. Realizar perguntas livres referentes ao hotel, como: valor de diária, existência de UH adaptada, serviços oferecidos, entre outros; d. Pegar as chaves (cartões magnéticos).
2	Banheiro social	a. Encontrar banheiro; b. Abrir a porta; c. Acessar boxe do vaso sanitário; d. Lavar e enxugar as mãos; e. Sair do banheiro.
3	Elevador	a. Encontrar elevador; b. Acionar o pavimento correto; c. Sair do elevador no pavimento correto.
4	Corredor	a. Encontrar a UH Tipo adaptada a ser visitada.
5	UH Tipo adaptada	a. Abrir a porta da UH; b. Entrar e deslocar-se pela UH; c. Acender a luz; d. Sentar/ Deitar na cama; e. Abrir/ Fechar janela; f. Abrir/ Fechar frigobar; g. Ligar/ Desligar ar-condicionado, TV e usar telefone; h. Acessar armário (cabideiro e prateleiras); i. Ler papelaria da UH (tarifário, cardápio, telefones); j. Acessar banheiro privativo da UH; k. Lavar, enxugar as mãos e usar espelho; l. Sentar no vaso sanitário; m. Entrar no boxe do chuveiro; n. Apagar a luz; o. Sair e fechar porta da UH.
6	Elevador	Igual a ordem 3 e 9.
7	Corredor	a. Encontrar a UH Tipo a ser visitada.

8	UH Tipo	Igual a ordem 5.
9	Elevador	Igual a ordem 3 e 6.
10	*Hall*	a. Acessar bar.
11	Bar	a. Ler cardápio; b. Sentar na banqueta.
12	Restaurante	a. Acessar restaurante; b. Deslocar-se por entre as mesas; c. Acessar *buffet* ; d. Ler cardápio; e. Sentar-se à mesa.
13	Convenções	a. Acessar sala de convenções; b. Deslocar-se pela sala.
14	Estar	a. Encontrar poltrona e sentar-se.

Tabela **13. Tabela de atividades realizadas nos Passeios Acompanhados do hotel *Ibis*.**

Seguem as plantas com a indicação, em ordem numérica, do trajeto e atividades realizadas no hotel *Sofitel*:

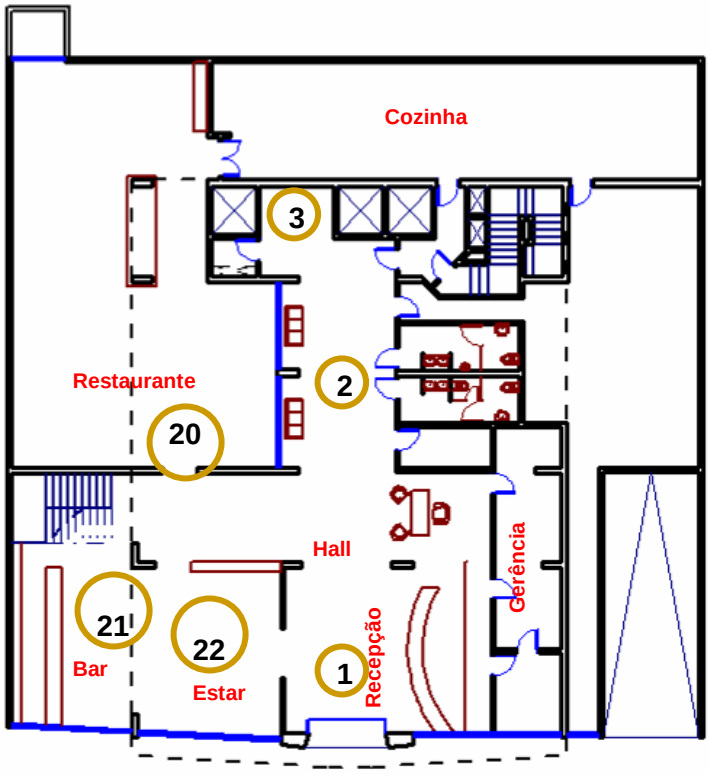


Figura **157** – Planta Baixa 1º Pavimento (Térreo): *Sofitel.* (Escala: 1/300)

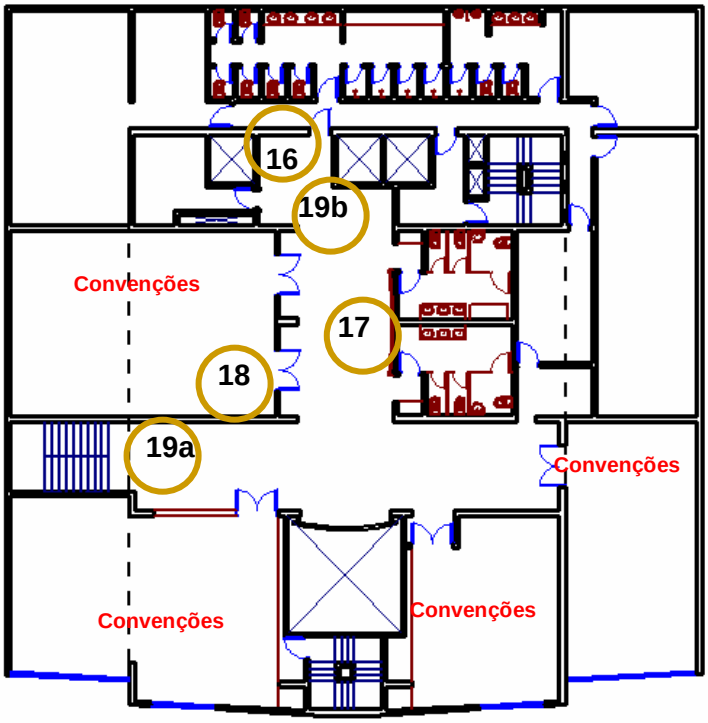


Figura **158** – Planta Baixa 2º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)

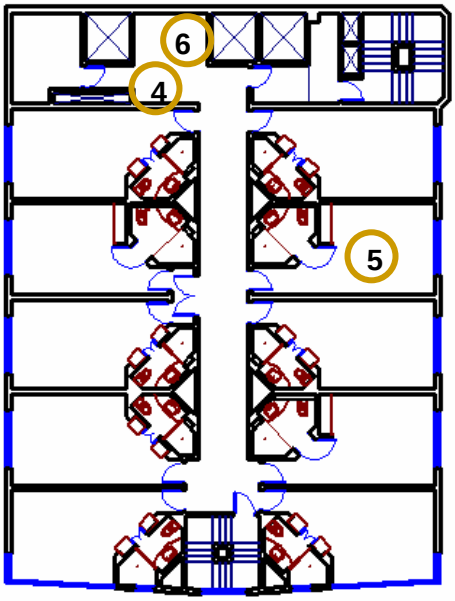


Figura **159** – Planta Baixa 3º Pavimento: *Sofitel.* (Escala: 1/300)

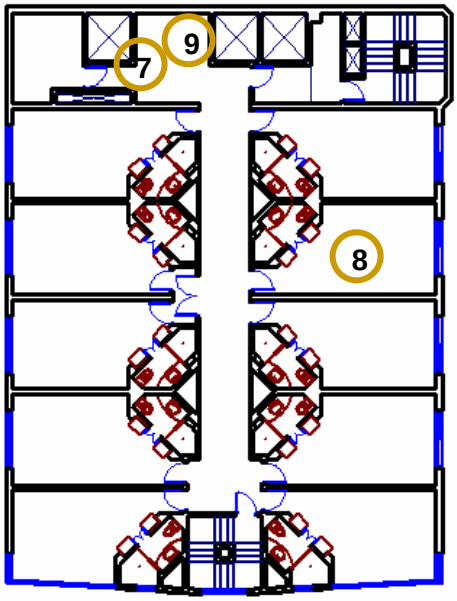
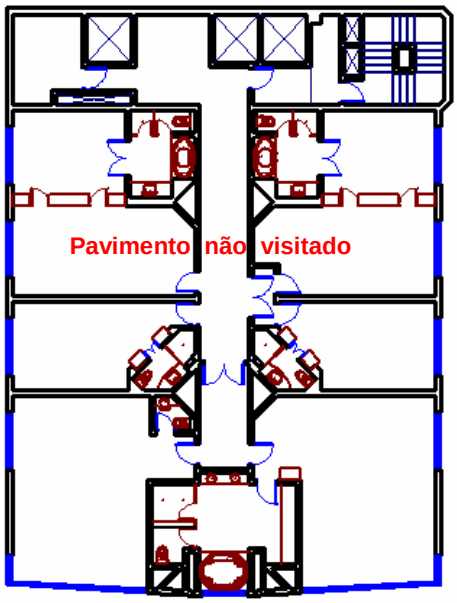


Figura **160** – Planta Baixa Pavimento Tipo: *Sofitel.*



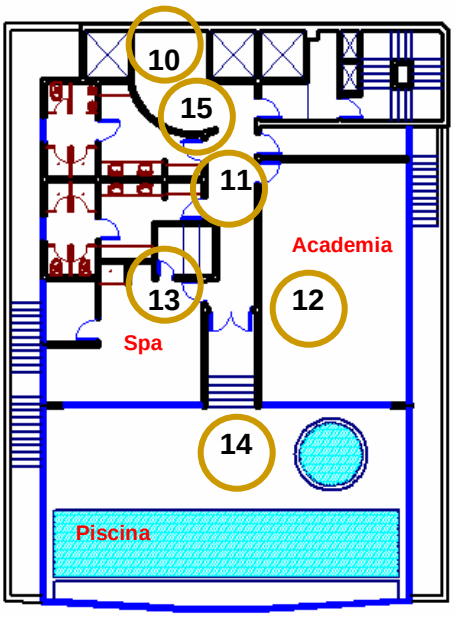


Figura **161** – Planta Baixa 14º
Pavimento: *Sofitel.*
(Escala: 1/300)

Figura **162** – Planta Baixa 15º
Pavimento: *Sofitel.*

As atividades realizadas nos ambientes variaram de procedimento e seqüência de atividades (como no caso do *Ibis*), de acordo com a restrição enfrentada pela pessoa, e foram executadas na ordem e a partir dos dados, da tabela **14**, abaixo.

ORDEM	***AMBIENTE***	***SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES***
1	Recepção	a. Encontrar recepção; b. Fazer contato com atendente; c. Realizar perguntas livres referentes ao hotel, como: valor de diária, existência de UH adaptada, serviços oferecidos, entre outros; d. Pegar as chaves (cartões magnéticos).
2	Banheiro social térreo	a. Encontrar banheiro; b. Abrir a porta; c. Acessar boxe do vaso sanitário; d. Lavar e enxugar as mãos; e. Sair do banheiro.

3	Elevador	a. Encontrar elevador; b. Acionar o pavimento correto; c. Sair do elevador no pavimento correto.
4	Corredor	a. Encontrar a UH Tipo adaptada a ser visitada.
5	UH Tipo adaptada	a. Abrir a porta da UH; b. Entrar e deslocar-se pela UH; c. Acender a luz; d. Sentar/ Deitar na cama; e. Abrir/ Fechar janela; f. Abrir/ Fechar frigobar; g. Ligar/ Desligar ar-condicionado, TV e usar telefone; h. Acessar armário (cabideiro e prateleiras); i. Ler papelaria da UH (tarifário, cardápio, telefones); j. Acessar banheiro privativo da UH; k. Lavar e enxugar as mãos; l. Sentar no vaso sanitário; m. Entrar no boxe do chuveiro; n. Apagar a luz; o. Sair e fechar porta da UH.
6	Elevador	Igual a ordem 3 e 9.
7	Corredor	a. Encontrar a UH Tipo a ser visitada.
8	UH Tipo	Igual a ordem 5.
9	Elevador	Igual a ordem 3 e 6.
10	*Hall* do elevador	a. Encontrar vestiário (Feminino/ Masculino).
11	Vestiário	a. Acessar vestiário; b. Lavar e enxugar as mãos; c. Acessar o boxe do vaso sanitário; d. Acessar o boxe do chuveiro.
12	Academia	a. Acessar academia; b. Deslocar-se por entre os aparelhos;
13	*Spa*	a. Acessar *Spa*; b. Acessar sauna; c. Acessar sala de massagem.
14	Piscina	a. Acessar área da piscina; b. Deslocar-se pela área externa à piscina.
15	Elevador	Igual a ordem 3 e 6.
16	Corredor	a. Encontrar banheiro social do pavimento de convenções.

17	Banheiro social convenções	Igual a ordem 2.
18	Sala de convenções	a. Acessar alguma sala; b. Deslocar-se pela sala.
19a	Escada	a. Descer escada de acesso ao térreo.
19b[16]	Elevador	a. Descer pelo elevador até ao térreo.
20	Restaurante	a. Acessar restaurante; b. Deslocar-se por entre as mesas; c. Acessar *buffet* ; d. Ler cardápio; e. Sentar-se à mesa.
21	Bar	a. Acessar bar; b. Ler cardápio; c. Sentar na banqueta.
22	Estar	a. Encontrar poltrona e sentar-se.

Tabela **14. Tabela de atividades realizadas nos Passeios Acompanhados do hotel *Sofitel*.**
Fonte das tabelas **13** e **14**: Autora

Como muitas destas atividades, relacionadas nas tabelas **13** (*Ibis*) e **14** (*Sofitel*), são praticamente as mesmas, estas foram reduzidas e agrupadas, a fim de facilitar a visualização dos resultados do Passeio Acompanhado. Assim, a tabela a seguir é resultado da composição das atividades realizadas nos hotéis (tabelas **13** e **14**), relacionando-as às atividades-padrão definidas abaixo:

ATIVIDADES-PADRÃO	***IBIS***	***SOFITEL***
1. Encontrar recepção	1- a	1- a
2. Comunicar-se pessoalmente com funcionários	1- b, c, d	1- b, c, d
3. Encontrar ambientes	2- a 4- a 7- a	2- a 4- a 7- a 10- a 16- a

[16] No caso dos cadeirantes, e de algumas pessoas que estavam cansadas do passeio, a descida ao térreo foi feita de elevador.

4. Acessar ambientes	5- b, j 12- a 13- a	5- b, j 11- a 12- a 13- a, b, c 14- a 18- a 20- a
5. Deslocar-se nos ambientes	5- b 12- b 13- b	5- b 12- b 14- b 18- b 20- b
6. Abrir e fechar portas	2- b, e 5- a, o	2- b, e 5- a, o
7. Acessar e utilizar vaso sanitário	2- c 5- l	2- c 5- l 11- c
8. Acessar e utilizar chuveiro	5- m	5- m 11- d
9. Higiene, lavar e enxugar as mãos e usar espelho	2- d 5- k	2- d 5- k 11- b
10. Encontrar e usar circulações verticais	3- a, b, c	3- a, b, c 19a 19b
11. Ligar, desligar e utilizar equipamentos e tecnologias	5- c, g, n	5- c, g, n
12. Abrir, fechar e utilizar móveis, janelas e frigobar	5- e, f, h	5- e, f, h
13. Sentar e deitar	5- d 11- b 12- e 14- a	5- d 20- e 21- b 22- a
14. Ler instruções, cardápios, tarifários e papelaria da UH	5- i 11- a 12- d	5- i 20- d 21- a
15. Acessar e usar balcões de *buffet* e bar	10- a 12- c	20- c 21- a

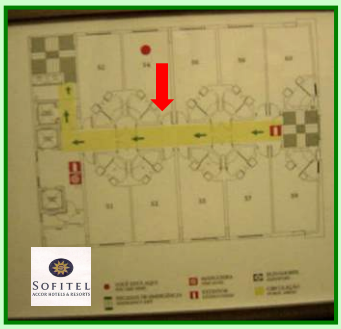
Tabela **15. Tabela sintética das atividades padrão realizadas nos hotéis.**
Fonte: Autora

Os passeios não foram transcritos totalmente, sendo relatadas as situações interessantes encontradas dentro do percurso. Estas situações foram consideradas positivas ou negativas durante desenvolvimento das atividades no percurso, de acordo com a observação e limitação de cada participante. Quando a situação foi positiva ou negativa nos dois hotéis, aparecem fotos ilustrando cada uma delas; já se a situação foi positiva ou negativa para um dos hotéis, aparece, apenas, a foto do referido hotel. Quando não existir foto que ilustre a situação de forma significativa, será usada a logomarca do hotel.

Para cada atividade é identificado o(s) visitantes(s) que encontrou situações positivas ou negativas, existindo situações em que todas as pessoas observaram situações positivas e negativas, ou a mesma pessoa encontrou situação positiva e negativa para a mesma atividade. Destaca-se que uma mesma atividade, para o mesmo grupo e hotel, pode ser ao mesmo tempo, positiva e negativa, devido à situação conformada. Outro ponto fundamental é que, no *Sofitel*, por normas da empresa, sempre algum funcionário acompanhava todo o trajeto; já no *Ibis*, ninguém acompanhava. O que não atrapalhou os resultados, pois, no *Sofitel*, todos os hóspedes são acompanhados, levados à UH e apresentados aos outros ambientes comuns, a não ser que este não queira. Interessante destacar, que alguns pontos considerados positivos e outros despercebidos na Visita Técnica e Exploratória, aqui foram avaliados com mais profundidade, como o uso do assento sanitário com abertura frontal e inscrições em Braille nos elevadores (muito próximas aos botões de acionamento do pavimento), que serão comentados a seguir. Seguem, nas próximas páginas, os principais apontamentos e considerações do resultado do Passeio Acompanhado realizado.

ATIVIDADE	**1. Encontrar recepção**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	Facilidade em encontrar a recepção, por se situar logo no acesso de entrada. Os **cegos** e com **baixa visão** se orientaram pelo barulho de telefones e movimentação dos recepcionistas. No caso do *Sofitel*, ficou ainda mais fácil, pois o atendente já recepcionava na porta, ou no carro. Figura **163** – encontrando recepção Figura **164** – encontrando recepção
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	Para esta atividade, não houve situação negativa (-).
ATIVIDADE	**2. Comunicar-se pessoalmente com funcionários**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) Apenas no *Sofitel*, nenhum visitante, inclusive **cadeirantes** e **crianças**, teve problemas para ser visualizado e fazer contato com os funcionários, pois já eram recepcionados na porta de acesso. b) No *Ibis* existe, em teoria, facilidade (considerando a situação negativa) para todos, - inclusive **cadeirantes** e **crianças** - fazerem contato com atendente, por possuir balcão rebaixado, apesar de não possuir afastamento suficiente para os pés (rever figura **14**). Figura **165** – fazendo contato com atendente

ATIVIDADE	**2. Comunicar-se pessoalmente com funcionários**
VISITANTE	F M 6 10 F M
SITUAÇÃO -	a) Apenas no *Ibis*, **cadeirantes** e **crianças**, tiveram problemas em serem visualizados e fazerem contato com os funcionários, pois estes não perceberam a presença deles, seja por não existir funcionário de recepção na porta, estarem atarefados, ou mesmo devido à altura da parte frontal do balcão (apesar de existir balcão lateral rebaixado). b) No *Sofitel*, dificuldade para **cadeirantes** e **crianças**, fazerem contato visual, pois não havia parte do balcão de recepção rebaixada. Apesar de existir uma mesa para atendimento mais baixa (mas, que não permite aproximação), logo ao lado, esta não foi utilizada (rever figura **94**). Figura **166** – F fazendo contato c) Dificuldade de comunicação dos **surdos** com os atendentes. Não havia quem interpretasse LIBRAS. A atividade foi realizada através da escrita. Figura **167 e 168** – F M comunicando-se com atendente
ATIVIDADE	**3. Encontrar ambientes**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) Todos os hotéis possuíam comunicação visual, com placas indicativas nos pavimentos, portas de ambientes e elevador. Isto facilitava a atividade de encontrar os espaços, por quase todos os visitantes. Figura **169 e 170** – Comunicação visual direcional

ATIVIDADE	**3. Encontrar ambientes**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	c) A visitante com **baixa visão**, no hotel *Ibis*, conseguiu identificar o número do quarto, devido ao contraste de cores e tamanho da fonte. Entretanto, isto só foi possível com a aproximação significativa dos olhos. Figura **171** – encontrando UH d) Nos dois hotéis, havia planta baixa com a rota de fuga (atrás da porta da UH). Contudo, não existia mapa tátil da rota de fuga, para uso de **cego** e **baixa visão**. Destaque que no *Ibis*, a rota de fuga estava de acordo com a posição do observador, já no *Sofitel*, a posição estava de cabeça para baixo. A posição da seta indica a localização do observador.  Figura **172 e 173** – Rotas de fuga
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	a) Para os visitantes **cegos** e com **baixa visão**, não havia, em nenhum dos hotéis, placas de ambientes com informações em Braille, número da UH em Braille, nem qualquer tipo de mapa tátil ou piso-guia e alerta, indicando principais acessos, circulações e/ou espaços. Dependeram quase que totalmente de informações de funcionários. b) No caso de **cegos** e **baixa visão**, no *Sofitel*, por haver funcionário acompanhando todo o trajeto, este já indicava a posição dos caminhos e ambientes, porém isto não ofereceu autonomia ao visitante, podendo, algumas vezes, constrangê-lo. Para os mesmos visitantes, no *Ibis*, não havia funcionário acompanhando todo o trajeto, e não eram repassadas informações gerais sobre o espaço do hotel, a não ser, é claro, que aqueles perguntassem.

ATIVIDADE	**3. Encontrar ambientes**
VISITANTE	
SITUAÇÃO **-**	**Obs.:** No *Sofitel*, foi comentado por um dos funcionários, que a UH adaptada, raramente é utilizada. Primeiro pela falta da procura por cadeirantes (hotel recém inaugurado), e segundo, pois quando o hotel está lotado, as pessoas sem restrições aparentes não querem se hospedar na UH adaptada, por se sentirem constrangidas com o símbolo existente na porta (ver figura **179**). c) A visitante , no hotel *Sofitel*, não pôde verificar o número da UH, pois ficava muito alto, além da falta de contraste, muito brilho na placa, e corredor muito escuro. Na identificação dos outros ambientes, houve o mesmo problema: pouco contraste com o fundo, e grande refletividade (uso de metal e vidro nas placas). Impossibilitando a identificação dos ambientes por visitantes com **baixa visão**. Figura **174** – Posição da placa de identificação da UH muito alta d) O visitante teve dificuldade em achar a UH do *Ibis*, pensou que a porta do *shaft* fosse a da UH a ser visitada. Figura **175** – tentando abrir o *shaft*, como se fosse a UH **Obs.:** Em nenhum dos hotéis existia algum tipo de ambiente para crianças. Apesar de não ser o foco de atração dos empreendimentos, alguns turistas, e até executivos, levam suas famílias nas viagens, inclusive bebês e crianças (relato dos próprios funcionários).
ATIVIDADE	**4. Acessar ambientes**
VISITANTE	
SITUAÇÃO **+**	a) Todos os visitantes conseguiram acessar, com tranqüilidade, todos os espaços dos hotéis. Com exceção dos **cadeirantes** em alguns ambientes.

ATIVIDADE	**4. Acessar ambientes**
VISITANTE	
SITUAÇÃO	a) No *Sofitel*, os **cadeirantes** não puderam acessar a sauna e a piscina; a primeira por possuir porta estreita, e a segunda pelo acesso ser por escada.

Figura **176** – tentando acessar a sauna

Figura **177** – visualizando piscina de dentro do *Spa*

b) Houve dificuldade em acessar as UH's adaptadas. No *Sofitel*, por a porta abrir para dentro da UH, e não haver espaço lateral à porta. No *Ibis*, a porta abre para fora, mas, em espaço estreito (final de corredor), não existindo espaço lateral, como no *Sofitel*.

Figura **178 e 179** – acessando UH adaptada

c) Nas UH's não adaptadas, também houve dificuldade no acesso. Nos dois hotéis as portas abriam para dentro, além de não existir espaço lateral à porta. Contudo, este ponto não é essencial, já que os **cadeirantes** se hospedariam na UH adaptada, porém, teriam um pouco de dificuldade em visitar outras UH's.

d) Apesar de o elevador dar acesso ao andar de convenções do *Sofitel*, observou-se uma segregação no uso da escada, por cadeirantes e outras restrições, a qual é mais próxima da saída, restaurante, bar e recepção do hotel (rever figuras **80 e 81**).

ATIVIDADE	**5. Deslocar-se nos ambientes**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) Os ambientes e espaços dos hotéis eram amplos e facilitavam o deslocamento (observar fotos, já apresentadas, dos ambientes dos hotéis). Com exceção das situações abaixo. b) No *Sofitel*, pediu ao funcionário que lhe explicasse a localização dos móveis e equipamentos da UH. Isto facilitou na atividade de deslocamento, pelo mapeamento verbal feito da unidade. Figura **180** – funcionário apresentando a UH para c) Havia contraste entre piso, paredes e mobiliário nos ambientes, o que favoreceu o deslocamento dos visitantes com **baixa visão**. Estes utilizam ao máximo o que lhes resta de visão, sendo que percebe as cores e vê tudo em tons de cinza (contrastes - preto e branco).
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	a) No *Ibis*, houve dificuldade de deslocamento dentro das UH's (UH adaptada e UH não adaptada), para **cadeirantes**, no trecho entre a cama e o móvel da TV e frigobar (rever figuras **59, 60, 61 e 70**). Destacando que a cadeira de rodas de era mais estreita (cadeira juvenil), e a de era mais larga (cadeira adulto), o qual teve maior dificuldade em transpor espaços mais estreitos. Figura **181** – com dificuldade de deslocamento na UH Figura **182** – deslocando-se no carpete fofo, com esforço

ATIVIDADE	**5. Deslocar-se nos ambientes**
VISITANTE	F M F M N A F M
SITUAÇÃO -	b) No *Sofitel*, o carpete, dos corredores e andar de convenções, por se muito fofo, tornou o deslocamento dos **cadeirantes**, um pouco cansativo, pois a cadeira não se deslocava com facilidade. c) Os **muletantes** apresentaram cansaço durante os passeios, não conseguindo se deslocar durante muito tempo, e necessitando de paradas para descanso. d) No Sofitel, F quase tropeçou em um metal, no piso, que fazia a junção entre o carpete do quarto e o do corredor. Isto foi potencializado por um pequeno desnível (1 cm), e por a visitante arrastar os pés, enquanto se desloca. Figura **183** – detalhe do friso de metal, entre UH e corredor e) Os **cegos** e com **baixa visão** tiveram dificuldade de deslocamento, por causa da falta de informação, como textos em Braille e/ou mapa tátil, descrevendo o ambiente e seu *layout*, bem como pela não verbalização dessas informações pelos próprios funcionários. f) Os **visitantes** com **baixa visão** tiveram dificuldade de deslocamento, devido à má iluminação (artificial) de corredores, e até mesmo das UH's, principalmente no final da tarde e à noite, quando a iluminação natural já não pode contribuir (rever figuras **60, 61 e 121 -** corredores).
ATIVIDADE	**6. Abrir e fechar portas**
VISITANTE	F M F M F M A B 10 M A
SITUAÇÃO +	a) Tirando os visitantes destacados abaixo não houve dificuldades em abrir e fechar portas. Entretanto, na UH do *Ibis*, para quem nunca tinha usado o sistema de cartões, foi um pouco difícil. Porém, no *Sofitel*, pelo aprendizado da visita ao *Ibis*, a atividade foi realizada facilmente.

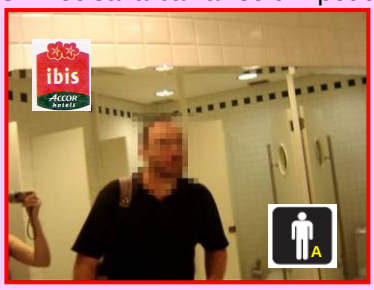
ATIVIDADE	**6. Abrir e fechar portas**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	b) Para facilitar a abertura da porta da UH no *Ibis*, pediu ao funcionário que providenciasse alguma marca no cartão, a fim de evidenciar a posição correta, de inserção no sistema da porta. Assim, foi feito, com furador, um furo no cartão. No *Sofitel*, como o funcionário sempre acompanhava, este mesmo o auxiliava. Figura **184** – recebendo cartão da UH com furo
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	a) Os visitantes tiveram dificuldades na atividade, devido ao peso excessivo das portas, tanto dos banheiros sociais, quanto das UH's, entre outros ambientes. No caso dos **muletantes**, a situação se complicava, pois tinham que utilizar apenas um dos braços, enquanto o outro se amparava nas muletas. Figura **185 e 186** – esforçando-se para abrir a porta b) tiveram dificuldades em usar os cartões de acesso às UH's. Pois não tinham como identificar a posição de encaixe correta do cartão no sistema da porta. Quando a porta abria, acendia uma pequena luz verde, que, evidentemente, não era vista por este grupo.
ATIVIDADE	**7. Acessar e utilizar vaso sanitário**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) Todos acessaram e utilizaram (com exceção dos **cadeirantes**) com facilidade o vaso sanitário dos banheiros.

ATIVIDADE	**7. Acessar e utilizar vaso sanitário**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	b) Apesar da porta estreita do banheiro das UH's não adaptadas, os **cadeirantes** conseguiram acessá-los. E afirmaram que conseguiriam utilizar aquele banheiro, mesmo tendo espaço bem reduzido. Figura **187** – acessando banheiro da UH não adaptada Figura **188** – acessando banheiro da UH não adaptada c) No *Sofitel*, tanto os banheiros sociais do térreo, quanto do pavimento de convenções, possuíam boxe muito bem adaptado (rever figura **111**). d) Para , a existência de barras também foi importante, pois facilitou o equilíbrio, bem como o sentar e o levantar do vaso sanitário.
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	a) No banheiro social adaptado do *Ibis*, os **cadeirantes** tiveram dois problemas: pouco espaço lateral entre o vaso e a parede, e a porta vai-e-vem, que não trancava. A pesquisadora teve que ficar de plantão em frente à porta, para estes poderem usar, com tranqüilidade, o banheiro. Figura **189** – espaço reduzido entre parede e vaso (15cm < norma) Figura **190** – com dificuldades em acessar os boxes b) No *Sofitel*, no pavimento de lazer, apesar de conseguir acessar o vestiário, como este não possuía boxe adaptado, ele teria dificuldade em usar o vaso. Já , considerou o espaço suficiente para o seu uso, mesmo não estando adaptado. Lembrando que a cadeira de é menor (mais estreita) que a de .

ATIVIDADE	**7. Acessar e utilizar vaso sanitário**
VISITANTE	F M
SITUAÇÃO -	c) O vaso de assento, com abertura frontal, foi o grande vilão dos banheiros adaptados. Tanto os dois cadeirantes reclamaram muito deste dispositivo, alegando que, muitas vezes, suas pernas se prendem nesta abertura, e também oferece insegurança, por não ser um tampo totalmente fixo (fica saindo do lugar, quando se está sentado), além de que, como urinam sentados e o jato sai um pouco inclinado, acabam molhando os pés, devido à abertura existente. A existência de abertura para facilitar a higiene só tem justificativa devido ao uso da ducha. Contudo, os cadeirantes utilizam apenas o papel. Estes preferem usar os vasos convencionais, mesmo quando mais baixos que a cadeira de rodas. Isto porque, como o vaso fica mais alto (contudo, no nível da cadeira), não conseguem apoio para os pés (a cadeira tem apoio para os pés), e sentem-se mais inseguros. Os vasos convencionais com sóculo são mais eficientes. Figura **191 e 192** – **cadeirantes** falando sobre o assento com abertura frontal **Obs.:** A norma (ABNT NBR 9050, em suas duas versões, 94 e 04) não fala sobre uso de vaso com abertura frontal. Apenas destaca distâncias e alturas. Em contato com a fábrica *Deca* (através do 0800), que desenvolveu esta linha de produtos para banheiros adaptados, foi informado que estão cumprindo as normas (?), e que realizou-se uma pesquisa sobre o produto entre os "deficientes" (sem movimento de pernas). Questionando a pesquisa, foi enviado um e-mail a fim de conseguir estes dados; ainda não se obteve resposta. d) Em nenhum dos hotéis havia vaso sanitário com tampo para adaptação ao uso por crianças e/ou bebês (2 a 6 anos).
ATIVIDADE	**8. Acessar e utilizar chuveiro**
VISITANTE	F M F M B 6 10 F M N A F M F M
SITUAÇÃO +	a) A atividade foi executada normalmente por praticamente todos os visitantes.

ATIVIDADE	**8. Acessar e utilizar chuveiro**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	b) destaca que prefere o boxe do chuveiro sem portas ou *blindex*, pois facilita o deslocamento. Nos dois hotéis, os banheiros das UH's adaptadas não possuíam boxe ou cortina (rever figuras **76 e 152**). c) gostou da cadeirinha da UH adaptada, tanto no *Ibis*, quanto no *Sofitel*, pois facilita o banho do bebê, não precisando ficar agachada. Figura **193** – simulando o uso da cadeira de banho para o bebê d) As barras, no boxe do chuveiro do banheiro da UH adaptada, também facilitam o banho de .
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	a) , diferentemente de , prefere o boxe do chuveiro com portas ou *blindex*, pois, durante o banho, molha-se muito todo o banheiro, e até mesmo a própria cadeira de rodas, que está ali para posterior transferência. Os **cadeirantes** destacaram a proximidade da cadeira de banho, da UH adaptada no *Sofitel*, com a porta de acesso ao banheiro, podendo molhar boa parte do carpete da UH, além da distância entre a cadeira e o chuveiro, considerada grande demais (rever posição da cadeira de banho nas figuras **60 e 137**). No *Ibis*, considerou a rampa de acesso ao chuveiro uma barreira, pois dificulta a aproximação da cadeira na hora da transferência. b) No *Sofitel*, no pavimento de lazer, apesar de conseguir acessar o vestiário, como este não possuía boxe de chuveiro adaptado, ele teria dificuldade em acessar o chuveiro, por causa da abertura da porta do boxe de *blindex*. Como comentado anteriormente, no caso do vaso sanitário (rever figura **190**). c) Para , a existência de degraus e pequenos desníveis, no acesso ao boxe do chuveiro das UH's não adaptadas, pode passar despercebida para ele, e acabar se acidentando (rever figuras **60 e 137**, desníveis em planta).

ATIVIDADE	**8. Acessar e utilizar chuveiro**
VISITANTE	F M M A
SITUAÇÃO -	d) No *Ibis*, foi feito um anteparo, de 3 cm, em pedra, para evitar que a água do chuveiro chegue ao carpete da UH. Contudo, este pequeno obstáculo pode servir de tropeço, ou mesmo dificultar a entrada de algum cadeirante com limitações mais severas que F M , os quais não tiveram dificuldade em vencer o anteparo. Figura **194** – detalhe do anteparo Figura **195** – A simulando o uso do chuveiro d) A teve dificuldade em usar o chuveiro do vestiário, no *Sofitel*. O chuveiro, por pouco, não atingia a sua cabeça.
ATIVIDADE	**9. Higiene, lavar e enxugar as mãos e usar espelho**
VISITANTE	F M F M 6 10 F M N A F F M F M B
SITUAÇÃO +	a) Não houve dificuldades em usar pia e lavatório. Entretanto, para quem nunca tinha usado o sistema de torneira por sensor, foi um pouco difícil. Porém, no *Sofitel*, pelo aprendizado da visita ao *Ibis*, a atividade foi realizada facilmente. Destacando que, no *Ibis*, havia suporte informativo sobre o acionamento da torneira; no *Sofitel* não havia. Figura **196** – F lavando as mãos no *Íbis*; já sabia como usar o sistema por sensor Figura **197** – F lavando as mãos no *Sofitel*, pois sabia como usar o sistema por sensor, aprendido no *Ibis*

ATIVIDADE	**9. Higiene, lavar e enxugar as mãos e usar espelho**
VISITANTE	F M F M 6 10 F M N A F F M F M B
+ SITUAÇÃO	b) Destaque para a existência de bancadas nos banheiros sociais femininos dos hotéis. O que facilitou, para B, a troca de fraldas. Figura **198** – B simulando troca de fraldas Figura **199** – bancada para troca de fraldas c) F M 6 conseguiram realizar a atividade com sucesso, nos banheiros adaptados, onde a pia e o espelho eram mais baixos e adequados à limitação de alcance. Figura **200 e 201** – F 6 utilizando lavatório e espelho
ATIVIDADE	**9. Higiene, lavar e enxugar as mãos e usar espelho**
VISITANTE	M A 6
- SITUAÇÃO	a) O visitante A teve dificuldades em se visualizar no banheiro social do *Ibis*. Precisava baixar-se um pouco para se olhar no espelho.  Figura **202** – olhando-se no espelho Figura **203** – lavando as mãos

ATIVIDADE	**9. Higiene, lavar e enxugar as mãos e usar espelho**
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	b) A altura das pias e espelhos dos banheiros sociais e das UH's não adaptadas dificultou o uso por 6 como mostrou a fig. **203** . Tinha que esticar braços e pernas para alcançar a água do lavatório e visualizar-se. c) No *Ibis*, no banheiro social, as posições da saboneteira e toalheiro eram completamente opostas e distantes entre si. Isto fez com que M não percebesse a existência de saboneteira. Figura **204** – M lavou as mãos sem sabonete e as enxugou, pois não percebeu que havia saboneteira
ATIVIDADE	**10. Encontrar e usar circulações verticais**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) No *Ibis*, a visualização do elevador era automática, desde o acesso ao hotel. Isto facilitou o seu encontro por praticamente todos os visitantes (rever figuras **28 e 37**). b) No *Ibis*, F conseguiu identificar rapidamente o elevador graças ao contraste de cor com a parede. M teve mais dificuldade, e identificou o elevador pelo tato (porta metálica e contorno em granito – diferente da parede), além do ruído produzido pelo toque da bengala nestes materiais, e pela existência de uma lixeira, que serviu de marco. Figura **205** – detalhe da lixeira, identificando elevador c) No *Sofitel*, a escada de acesso ao andar de convenções também era logo avistada. A sua localização, próxima à recepção, estar, bar e restaurante (locais de fluxo constante), facilitava a sua percepção por praticamente todos (rever figuras **80 e 95**). d) Nos dois hotéis, havia botoeira em Braille no painel do elevador, porém apenas no *Sofitel* existia mensagem de voz, a qual indica o andar, ou se o elevador está subindo ou descendo. Isto facilitou o uso do equipamento por todos, principalmente os **cegos** e com **baixa visão**. Muitas vezes, a pessoa pode estar distraída e acabar desembarcando no andar errado. A mensagem de voz, assim, foi importante para todos.

ATIVIDADE	**10. Encontrar e usar circulações verticais**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	e) Os dois hotéis apresentavam botoeira em Braille, no batente de cada pavimento. O que também foi uma segurança para os **cegos** e com **baixa visão** descerem no pavimento correto.

Figura **206** – botoeira no batente do andar no *Ibis*

Figura **207** – botoeira no batente do andar no *Sofitel*

f) Dentro dos elevadores, havia placa indicativa das atividades/ambientes existentes por pavimento, o que facilitava o deslocamento e encontro dos ambientes, praticamente por todos.

Figura **208 e 209** – detalhe das placas indicativas dos elevadores

g) Todos, inclusive os **surdos**, também utilizaram, com tranqüilidade, o elevador, pois, além de acender a tecla correspondente ao andar em que se apertou, havia um painel maior, indicando a passagem pelos andares e se estava subindo ou descendo.

Figura **210** – detalhe do painel

Figura **211** – detalhe do botão acionado que está aceso

ATIVIDADE	**10. Encontrar e usar circulações verticais**
VISITANTE	
SITUAÇÃO	a) No *Sofitel*, a posição do elevador é mais retirada da vista pública. Encontrá-lo sozinho seria mais difícil, pois não há qualquer sinalização, indicando o elevador, a partir da recepção. Porém, como os funcionários sempre acompanhavam, o problema passou despercebido (rever figura **80**). b) Os **cegos** só encontraram o elevador devido às informações repassadas (*Ibis*) ou pelo acompanhamento de funcionário (*Sofitel*). Não existia qualquer tipo de piso-guia indicativo. c) Na escada do *Sofitel*, **muletantes**, **cegos**, visitantes com **baixa visão** e a **idosa** tiveram dificuldades de uso, pois o corrimão não era contínuo e muito grosso. Além disso, não havia contraste entre piso e espelho da escada, o que dificultou a visualização pelos visitantes com **baixa visão,** e também não havia qualquer tipo de piso-alerta, no começo ou final dos lances, a fim de facilitar o uso por **cegos**. Figura **212** – detalhe do corrimão d) Nos dois hotéis, **crianças**, **idosos** e visitantes que sofrem outras **restrições psico-cognitivas** não sabiam qual andar apertar, pois não ficou clara a associação do nº da UH com o pavimento a ser visitado. Um problema de informação da própria recepção e de raciocínio lógico dos visitantes. e) Visitantes com **baixa visão** poderiam ter visualizado os números do painel do elevador, nos dois hotéis, se houvesse maior contraste entre o número e a placa onde estava serigrafado. Figura **213 e 214** – painéis dos elevadores

ATIVIDADE	**10. Encontrar e usar circulações verticais**
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	f) Outra dificuldade, encontrada por **cegos** e com **baixa visão**, é que a botoeira em Braille do painel do elevador ficava muito próxima dos botões de acionamento do pavimento. Assim, enquanto "liam" o número, acabavam apertando, sem querer, outros pavimentos. Aliado a isto, os números não seguiam uma seqüência lógica (como a de um telefone), o que dificultou a procura pelo andar certo. A seqüência era formada por uma coluna, à esquerda, de números pares, e uma, à direita, de ímpares, crescendo em valor, de baixo para cima (rever figuras **213 e 214 –** acima). g) As placas indicativas, existentes dentro dos elevadores, não apresentavam a informação em Braille, além de serem feitas ora com material reflexivo (metal), ora com fontes pequenas e pouco contraste. Assim, **cegos** e com **baixa visão** não podiam acompanhar estas informações (rever figuras **208 e 209**).
ATIVIDADE	**11. Ligar, desligar e utilizar equipamentos e tecnologias**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) Os interruptores da entrada, nas UH's, foram fáceis de encontrar, mesmo por **cegos** e com **baixa visão**, pois ficam logo na parede, do lado oposto ao da abertura da porta (como normalmente). O que também facilitou o uso para todos foi a existência do sistema em paralelo, ao lado da cama (cabeceira). b) No *Sofitel*, **cadeirantes** e 6 não tiveram dificuldade em utilizar o controle do ar-condicionado, pois estava situado a 1,00 m do piso. Figura **215** – detalhe da altura do controle do ar-condicionado c) No *Sofitel*, destaque também para o telefone com teclas, que caem direto no serviço desejado, o qual é identificado por ícones, facilitando o uso por quase todos. Figura **216** – detalhe dos ícones nas teclas do telefone

ATIVIDADE	**11. Ligar, desligar e utilizar equipamentos e tecnologias**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	d) Nos dois hotéis havia sistema de controle de entrada de serviço de quarto. No *Ibis*, era um cartão pendurado na maçaneta. Já no *Sofitel*, uma tecnologia moderna: através de um interruptor dentro do quarto, podia-se acionar um quadro do lado de fora, no corredor; quando verde, era para pedir serviço de quarto, quando vermelho, para não ser incomodado.

Figura **217 e 218** – detalhe do sistema de controle de entrada da UH

e) Nos dois hotéis, **cegos** e com **baixa visão** utilizariam, tranqüilamente, o telefone, pois sabem a posição das teclas e números (ABNT), tendo o nº 5 como referência, o qual possui um ponto ou traço tátil (rever figura **216** – *Sofitel*).

Figura **219** – identificando os números do telefone pela sua posição ordenada (ABNT), usando o nº 5 como referência.

f) O cofre do *Ibis* era fácil de ser usado por **cegos** e com **baixa visão,** pois possuía a mesma configuração das teclas de um telefone (ABNT), inclusive a indicação tátil no nº 5.

Figura **220** – Cofre do *Íbis*

g) Havia a existência de programação de TV por *Closed Capition* (legenda) nos dois hotéis, o que permite que pessoas com restrições auditivas possam assistir a TV.

h) Destaque para o telefone de emergência existente no banheiro do *Sofitel* (rever figura **153**).

ATIVIDADE	**11. Ligar, desligar e utilizar equipamentos e tecnologias**
VISITANTE	
SITUAÇÃO	a) No *Sofitel*, havia muitos interruptores (6 de cada lado da cama), não havia identificação sobre qual interruptor aciona qual iluminação. Todos, inclusive os funcionários, tiveram que realizar a atividade por tentativa e erro, até acionar o comando desejado.

Figura **221** – detalhe dos interruptores da cabeceira

b) A posição dos interruptores de cabeceira e do controle de ar-condicionado (fixo na parede) não era indicada, além de não possuir contraste com o fundo, o que dificultou o encontro destes equipamentos por **cegos** e com **baixa visão**.

c) No *Ibis*, **cadeirantes** e tiveram dificuldade em utilizar o controle do ar-condicionado, pois estava situado a 1,50 m do piso.

Figura **222** – alcançou o controle do ar, pois subiu na cama

d) O controle do ar-condicionado também foi um problema para **cegos** e com **baixa visão**, pois não havia nada em Braille, referência tátil ou sonora que indicasse: ligar e desligar, aumentar ou diminuir temperatura. Estes tiveram que fazer o uso por tentativa e erro.

Figura **223** – Controle do ar-condicionado dos hotéis

e) O cofre do *Sofitel* era difícil de ser usado por **cegos** e com **baixa visão**, pois não possuía a mesma configuração das teclas de um telefone (ABNT).

Figura **224** – Cofre do *Sofitel*

f) Os visitantes **surdos** não tinham como se comunicar por telefone convencional, além de não poderem usar o serviço de despertador dos hotéis e nem ouvir qualquer tipo de campainha, sistema de áudio ou pessoa que batesse à porta.

ATIVIDADE	**11. Ligar, desligar e utilizar equipamentos e tecnologias**
VISITANTE	
SITUAÇÃO -	g) Os controles remotos de TV e DVD também foram problemas nos dois hotéis, para **cegos** e com **baixa visão**. Pois cada fábrica apresenta um modelo diferente, e as posições de funções mudam de lugar, não existindo qualquer referência em Braille, tátil ou sonora. Este grupo, em suas moradias, decora o seu controle remoto, mas no hotel, por serem aparelhos diferentes, não tinha como saber, a não ser arriscando as funções, por tentativa e erro.
ATIVIDADE	**12. Abrir, fechar e utilizar móveis, janelas e usar frigobar**
VISITANTE	
SITUAÇÃO +	a) Nas UH's adaptadas dos hotéis, a altura dos cabideiros facilitou o uso por **cadeirantes** e **crianças**. Destacando que, no *Ibis*, o armário,- tanto da UH adaptada (rever figura **74**), quanto da UH Tipo padrão (rever figura **66**)-, era o mesmo, o que facilitava o uso dos armários e alcance para as **crianças**, que, normalmente, não se hospedam em UH's adaptadas.

Figura **225** – 10 usando cabideiro do armário

Figura **226** – Cabideiro do armário do *Sofitel* , na UH adaptada

b) Todos conseguiram abrir e fechar as esquadrias (janelas). Nos dois hotéis, o sistema era o de máximo-ar.

Figura **227, 228 e 229** – M M F abrindo a janela

ATIVIDADE	**12. Abrir, fechar e utilizar móveis, janelas e usar frigobar**
VISITANTE	
SITUAÇÃO	a) No hotel *Ibis*, mesmo na UH adaptada, o cobertor estava a uma altura fora de alcance para **cadeirantes** e **crianças** (rever figura **225**). b) No *Sofitel*, na UH não adaptada, não conseguiam alcançar o cabideiro. Figura **230** – não consegue alcançar cabideiro c) No frigobar do *Sofitel*, os **cadeirantes** tinham dificuldades em alcançar os produtos, pois a porta do frigobar abria para o lado oposto ao da porta do armário, onde estava o frigobar. Figura **231** – Frigobar dentro do armário, no *Sofitel* d) Os **cegos** e com **baixa visão** tiveram dificuldade em identificar os produtos do frigobar no *Sofitel*, pois não havia como diferenciá-los; por exemplo, não podiam saber qual lata era de cerveja ou de refrigerante. Figura **232** – , com dificuldades em encontrar a lata de Coca-Cola, só conseguindo pela aproximação dos olhos. Lembrando que este visitante, só enxerga em tons de cinza, o melhor contraste, neste caso, é sempre o preto e branco. e) No vestiário do *Sofitel*, não havia qualquer tipo de identificação nos armários. Na atividade de encontrar o seu armário, qualquer pessoa poderia cometer um engano (rever figura **121**).

ATIVIDADE	**13. Sentar e deitar**
VISITANTE	
SITUAÇÃO **+**	a) No *Íbis*, foi mais fácil fazer a transferência para a cama, no caso dos **cadeirantes**. A altura da cama era de 50 cm. Até mesmo para pessoas sem restrições é mais fácil o uso, pois camas muito altas impedem o apoio dos pés no piso, e, por exemplo, calçar o sapato sentado em cama muito alta é praticamente impossível. Figura **233** – fazendo facilmente a transferência para a cama b) Havia, no restaurante dos dois hotéis, cadeira para bebê. Figura **234 e 235** – fazendo uso da cadeira de bebê c) Os **cadeirantes** conseguiram fazer aproximação com a mesa do restaurante, no *Sofitel*. Destacando, que a mesa redonda apresentou-se mais eficiente, pois, existia mais espaço entre o final do pé e a extremidade da mesma. Figura **236** – fazendo uso da mesa d) Todos os outros visitantes realizaram esta atividade sem problemas.
VISITANTE	
SITUAÇÃO **-**	a) No *Sofitel*, foi mais difícil fazer a transferência para a cama, no caso dos **cadeirantes**. A altura da cama era de 68 cm. **Muletantes**, **crianças**, e , também tiveram mais dificuldade em se sentar na cama do *Sofitel*, devido à sua altura.

ATIVIDADE	**13. Sentar e deitar**
VISITANTE	

SITUAÇÃO

Figura **237** – Acessando a cama com maior dificuldade

Figura **238** – Acessando a cama com dificuldade, destacando que possui pouca força nos membros superiores, a qual é necessária para impulsionar o corpo para cima da cama

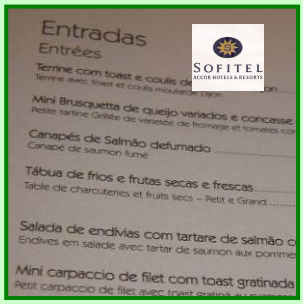
b) Nos dois hotéis, as camas não tinham comprimento suficiente para acomodar, com conforto, o visitante **alto**. No *Íbis*, a cama tinha 2,00 m e no *Sofitel* 2,10 m. Apesar dos 10 cm a mais no comprimento, também não foi o suficiente.

Figura **239** – Visitante **alto** fazendo uso da cama (detalhe que os pés ficaram para fora).

d) As banquetas do bar, nos dois hotéis, também foram de difícil uso, por **Muletantes**, **crianças**, e , pois eram altas e não forneciam segurança (rever figuras **51 e 91**).

e) Os **cadeirantes** não conseguiram fazer a aproximação com a mesa quadrada do restaurante no *Ibis*, (definida para cadeirante, pela gerência) devido ao detalhe do pé da mesa. Contudo, em outra parte do restaurante, havia uma mesa redonda que não oferecia restrições, pois o pé (parecido com o do *Sofitel*) não interferia na aproximação.

Figura **240** – fazendo uso da mesa; esta ficou extremamente distante para a alimentação

ATIVIDADE	**14. Ler instruções, cardápios, tarifários e papelaria da UH**
VISITANTE	F M F M B 10 F M F M A
SITUAÇÃO +	a) Os hotéis possuíam folhetos explicativos, instruções, cardápios, tarifários e papelaria de quarto (UH). Para todos os que sabiam ler, e que não tinham restrições visuais, a realização da atividade foi tranqüila.  Figura **241 e 242** – Trecho do cardápio Figura **243 e 244** – Trecho da papelaria da UH b) Os cardápios, nos restaurantes dos hotéis, eram explicativos, ou seja, indicavam os ingredientes. Isto facilitou o entendimento por quase todos (menos os destacados a baixo), inclusive **surdos**. ibis SOFITEL
VISITANTE	6 F M N A F M
SITUAÇÃO -	a) As instruções do uso do cofre, no *Sofitel*, estavam em 12 línguas diferentes, não havendo a instrução em português. Figura **245** – Detalhe do folheto do cofre b) Os com **baixa visão**, e até F, não podiam ler quase nada, pois, nos dois hotéis, as fontes das letras e números eram extremamente pequenas. Os com **baixa visão** conseguiam ler fontes a partir de 2 cm de caixa alta, com a aproximação dos olhos. ibis SOFITEL c) Os **cegos** e com **baixa visão** não conseguiram obter qualquer informação por papel, pois além das fontes serem pequenas, não existia nada em Braille, a não ser os botões do elevador e batentes dos pavimentos. ibis SOFITEL

ATIVIDADE	**14. Ler instruções, cardápios, tarifários e papelaria da UH**
VISITANTE	
SITUAÇÃO **-**	d) **Cr1** ainda não sabia ler, só reconhecia os números; não havia nenhuma informação, através de ícones, fotos ou figuras.
ATIVIDADE	**15. Acessar e usar balcões de *buffet* e bar**
VISITANTE	
SITUAÇÃO **+**	a) No *Sofitel*, apesar de não haver balcão de bar rebaixado, existia um espaço conjugado com mesas e cadeiras, que facilitava o uso dos serviços do bar, por **cadeirantes, muletantes** e **crianças**. Figura **246** – Espaço conjugado ao bar b) O almoço e jantar, no *Sofitel*, são servidos *à la carte* (na mesa do freguês), o que facilita o uso por todos, principalmente **cegos**, com **baixa visão** e **muletantes**, que não conseguem se servir sozinhos. Figura **247** – **surdos**, simulando o serviço *à la carte*
VISITANTE	
SITUAÇÃO **-**	a) Nos dois hotéis não havia balcão de bar rebaixado. Isto representou uma dificuldade para **cadeirantes** e **crianças** fazerem aproximação e contato visual com o *barman* (rever figuras **51 e 91**). b) No *Ibis*, o serviço de alimentação é por *buffet* (o freguês se serve). Neste caso, **cegos**, **baixa visão** e **muletantes** precisariam de alguém disponível a servi-los. Além disso, o balcão é alto, dificultando o uso e alcance de alimentos por **cadeirantes** e **crianças** (rever figuras **52 e 53**). c) No café-da-manhã do *Sofitel*, os alimentos ficam no *buffet* (ocorre o mesmo problema do *Ibis*). Sendo que o balcão também é de difícil acesso, impedindo o uso por **cadeirantes** e **crianças** (rever figura **100**). Figura **248** – Visitante no *buffet*, os alimentos ficam no orifício central

Destaca-se, que mesmo sem “ver” os ambientes do hotel *Sofitel*, visitantes cegos e com baixa visão perceberam logo na chegada, a sofisticação do empreendimento, seja pelo perfume do ar (flores e limpeza extrema), estilo de música ambiente e atenção especial recebida dos funcionários.

CAPÍTULO 6: CONTRIBUIÇÕES

6.1 ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS

Esta etapa da pesquisa estruturou-se a partir da síntese dos dados levantados em todas as etapas da pesquisa, tendo sido esboçada desde a Etapa 1, a partir da fundamentação teórica. Assim, com os resultados dos Grupos Focais Com Imagens e dos próprios Passeios Acompanhados, pode-se revisar e dar suporte ao conteúdo das tabelas desenvolvidas, denominadas “estratégias compensatórias”. Estas estratégias identificam as características principais de cada restrição (físico-motora, psico-cognitiva e sensorial - auditiva e visual). O primeiro passo foi fazer a nomeação das principais restrições, dentro da classificação de Bins Ely e Dischinger (2001), nas quais, a questão ambiental e a realização de atividades interferem no processo de participação. Muitas destas nomenclaturas são usadas pela própria pessoa que possui a restrição, como “muletante”, que é a pessoa que usa muletas. Todos estes indivíduos sofrem restrições quando o ambiente ou tecnologia não mostrar-se compensatório, ou seja, não minimizar ou anular esta dificuldade.

1) RESTRIÇÕES SENSORIAIS: **Visuais -** Cegueira total de nascença, cegueira total adquirida, baixa visão, daltonismo, visão em túnel, visão periférica, miopia, astigmatismo e hipermetropia. **Auditivas –** Surdos, surdos oralizados, surdos que lêem os lábios, surdos que utilizam LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) e pessoas com resíduo de audição.
2) RESTRIÇÕES FÍSICO-MOTORAS: Cadeirantes independentes, cadeirantes dependentes, muletantes, pessoas com alterações reumáticas como artrite e artrose, osteoporose e dores lombares, sem algum dos membros (superiores ou inferiores) ou sem alguma parte deles, obesos, anões, altas demais e com paralisia cerebral, entre outros.
3) RESTRIÇÕES PSICO-COGNITIVAS: Pessoas com retardamento mental, Síndrome de Down, Autistas, analfabetos, pessoas com problemas

psiquiátricos graves, depressão profunda e outras dificuldades psico-cognitivas na capacidade de se relacionar e interagir com o mundo externo.

4) RESTRIÇÕES MÚLTIPLAS: Pessoas com Esclerose Múltipla, Mal de Parkinson, Alzheimer e surdo-cego. Assim como, idosos com dificuldades de mobilidade e pessoas que tiveram AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou outros tipos de lesões neurológicas, e que, conjuntamente, possuem restrições psico-cognitivas e/ou sensoriais.

Contata-se que muitas destas limitações não causam restrições, como a miopia, na qual a restrição visual é corrigida, através do uso de lentes ou uma pessoa com uma prótese na perna e que tem seus movimentos praticamente recuperados. Por outro lado, observa-se que muitas destas diferenças acabam gerando restrições em outras áreas. Como, por exemplo, a surdo-cegueira, que é nominalmente uma restrição sensorial, e, no entanto, afeta o indivíduo a tal ponto que pode causar uma restrição psico-cognitiva, se este não for estimulado.

As tabelas desenvolvidas, que serão apresentadas seguir, estabelecem diretrizes de projeto para, ambientes e equipamentos de forma a maximizar as capacidades das pessoas que sofrem restrições. A construção deste instrumento tem como justificativa a necessidade de transformação de todos os espaços e equipamentos (não só os de uso hoteleiro), no sentido de estarem adequados as pessoas que enfrentam restrições. Buscou-se selecionar requisitos que possam fundamentar decisões de projeto na criação de ambientes e produtos inclusivos, através de tabelas síntese. Estas tabelas servem de instrumento de apoio, aos profissionais do espaço (arquitetos, engenheiros, projetistas e *designers*), bem como aos profissionais da saúde (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos do trabalho e ergonomistas), na reformulação e criação de ambientes e produtos, para os indivíduos que sofrem limitações. Entra como um capítulo complementar resultante de todo o processo estruturado. Mais uma vez, destaca-se a visão desta pesquisa, que buscou recursos multidisciplinares para garantir contribuição também nas áreas de interesse já destacadas.

As experiências de vivência e pesquisas, já desenvolvidas pela pesquisadora e pela orientadora, entre pessoas que enfrentam restrições, também contribuíram para a construção das tabelas. Entre as principais referências em que a tabela baseia-se, estão: Dischinger (2000), Dischinger e Bins Ely (2002, 2004 e 2006), Dischinger e Mattos (2003), Bins Ely e Dischinger (2001), Bins Ely (2004), Gibson (1966), Mace (1999) e ABNT- NBR9050/04. No caso das restrições múltiplas, como elas representam a associação de duas ou mais restrições, não foi feita uma tabela

específica, pois, atendendo a todos os requisitos de diminuição da restrição da tabela, estas também estarão sendo contempladas. Através das tabelas, tem-se uma melhor visualização das restrições, com exemplos de situações críticas e favoráveis, bem como orientações ambientais que eliminam ou diminuem a restrição e maximizam as habilidades do indivíduo. As tabelas das restrições funcionam da seguinte maneira: cada tabela apresenta um exemplo de uma situação crítica (à esquerda/ vermelho) e uma situação favorável (à direita/ amarelo), de acordo com a restrição característica que está sendo representada. No centro da tabela (em verde), estão as recomendações de uso de sistemas que minimizam ou até anulam essas restrições.

De cada lado da coluna central existe mais uma pequena coluna que, quando colorida (vermelho e/ ou amarelo), indica que aquela recomendação auxilia o indivíduo na situação crítica e/ou na situação favorável. As tabelas são em número de quatro, divididas de acordo com a restrição, para facilitar sua apreciação.

6.1.1 ESTRATÉGIAS PARA AS RESTRIÇÕES SENSORIAIS

Restrição Auditiva

Perda total ou parcial na capacidade de perceber estímulos sonoros.
Restrição: dificuldade de comunicação e em receber informação sonora.

SITUAÇÃO CRÍTICA (Indivíduo):		ESTRATÉGIA COMPENSATÓRIA		SITUAÇÃO FAVORÁVEL (Indivíduo):
Exemplo: 1. Sem leitura labial 2. Analfabeto 3. Não usa e não interpreta LIBRAS 4. Surdez total 5. Cego (surdo-cego/ restrição múltipla)		a) Vibrações		Exemplo: 1. Com leitura labial 2. Alfabetizado 3. Usa e interpreta LIBRAS 4. Oralizado 5. Com resíduo de audição
		b) Pictogramas		
		c) Cores (contraste)		
		d) Informação visual e sonora		
		e) Informação escrita		
		f) Texturas (tato)		
		g) Intérprete de LIBRAS		
		h) Painéis remissíveis/ mapas táteis		
		i) TDD, MSN, mensagens de texto		
		j) Boa iluminação		
		k) Sistemas de alerta tipo pisca-pisca (luz)		

Tabela **16. Tabela da restrição auditiva.**

Restrição Visual

Perda total ou parcial na capacidade visual, estímulos visuais.
Restrição: dificuldade de receber informação visual, na distinção de objetos, espaços e equipamentos e no deslocamento.

SITUAÇÃO CRÍTICA (Indivíduo):	ESTRATÉGIA COMPENSATÓRIA	SITUAÇÃO FAVORÁVEL (Indivíduo):
Exemplo: 1. Cegueira total 2. Analfabeto 3. Não possui cão-guia 4. Cegueira de nascença 5. Não lê em Braille restrição múltipla) 6. Surdo (surdo-cego/ restrição múltipla)	a) Vibrações b) Pictogramas em relevo c) Cores (contraste) d) Informação visual e sonora e) Informação escrita com fontes grandes e/ou em relevo f) Texturas (tato) g) Painéis remissíveis/ mapas táteis h) Boa iluminação i) Piso tátil (alerta e guia) j) Considerar cão-guia k) Informações em Braille l) *Dos-Vox*, *Jaws* ou similar m) Cantos e quinas de móveis e paredes arredondados n) Odores e sabores	Exemplo: 1. Baixa Visão 2. Uso do cão-guia 3. Cegueira adquirida 4. Lê em Braille

Tabela **17. Tabela da restrição visual.**

6.1.2 ESTRATÉGIAS PARA AS RESTRIÇÕES FÍSICO-MOTORAS

Alterações na capacidade de motricidade do indivíduo, dificuldades ou impedimentos nos movimentos.

Restrição: dificuldade de deslocamento e no uso de equipamentos e objetos.

SITUAÇÃO CRÍTICA (Indivíduo):	ESTRATÉGIA COMPENSATÓRIA	SITUAÇÃO FAVORÁVEL (Indivíduo):
Exemplo: 1. Cadeirante/ muletante dependente (sem força nos membros superiores) 2. Analfabeto 3. Sem transporte próprio ou adaptado 4. Com problemas cognitivos e ou neurológicos de nascença	a) Equipamentos que auxiliem no deslocamento (ex.: barras) b) Pictogramas – favorecem o entendimento do espaço ou equipamento c) Cores (contraste) d) Informação visual e sonora e) Informação escrita f) Eliminação de barreiras físicas	Exemplo: 1. Cadeirante/ muletante independente (com força nos membros superiores) 2. Alfabetizado 3. Com transporte próprio ou adaptado 4. Sem qualquer outro tipo de problema (cognitivo/ neurológico)

		g) Rampas, plano-vertical/ inclinado ou elevador	
		h) Painéis remissíveis/ mapas táteis	
		i) Facilitar o acesso e o uso de equipamentos, mobiliário e objetos	
		j) Boa iluminação	
		k) Considerar acompanhante	
		l) Espaço para manobras	
		m) Transporte e vias públicas que favoreçam o deslocamento	
		n) Estacionamento e desembarque próximo aos acessos	

Tabela **18. Tabela da restrição físico-motora.**

6.1.3 ESTRATÉGIAS PARA AS RESTRIÇÕES PSICO-COGNITIVAS

Dificuldade para a compreensão e tratamento das informações recebidas.

Restrição: dificuldade de comunicação, concentração, memória, raciocínio, cuidado pessoal, segurança e sociabilidade.

SITUAÇÃO CRÍTICA (Indivíduo):	ESTRATÉGIA COMPENSATÓRIA			SITUAÇÃO FAVORÁVEL (Indivíduo):
Exemplo:		a) Evidenciar todas as informações e facilitar a comunicação		Exemplo:
1. Analfabeto		b) Pictogramas		1. Alfabetizado
2. Deficiência mental severa		c) Cores (contraste)		2. Deficiência mental leve
3. Muita dificuldade de concentração, raciocínio e aprendizado		d) Informação visual e sonora		3. Pouca dificuldade de concentração, raciocínio e aprendizado
4. Dificuldade de socialização		e) Informação escrita		4. Sociável
5. Às vezes agressivo		f) Painéis remissíveis/ mapas táteis		5. Agradável quase sempre
		g) Boa iluminação		
		h) Considerar acompanhante		
		i) Atenção para materiais, elementos arquitetônicos e de *design* que ofereçam perigo e acesso a produtos químicos e inflamáveis.		

Tabela **19. Tabela da restrição psico-cognitiva.**
Fonte das tabelas de **16** a **19**: Autora

6.2 HOTEL UNIVERSAL: CONCEITO E DIRETRIZES

O conceito de desenho universal, como já apresentado, é baseado na premissa de que um ambiente bem desenhado, considerando as necessidades especiais de cada um, é um ambiente acessível e melhor para todos os usuários, inclusive para aqueles que não possuem, aparentemente, nenhum tipo de restrição. A utilização desta abordagem de projeto, para instalações de hospedagem, busca também, diminuir a segregação social das pessoas que enfrentam restrições e favorecer a vida independente e sua inserção social nos espaços de lazer e no mercado de trabalho hoteleiro. O Hotel Universal é algo que pode ser concretizado, e conhecer as diretrizes de projeto para a criação de espaços para pessoas que sofrem restrições é o primeiro passo.

Durante os Grupos Focais Com Imagens e Passeios Acompanhados, alguns relataram sobre suas viagens para a Europa e Estados Unidos, e as grandes facilidades e respeito que os cidadãos têm para com as pessoas que sofrem restrições, o que garante liberdade de deslocamento e uso dos espaços. São previstos desde ruas, calçadas, sistema de transporte e até tecnologias implantadas nos próprios hotéis para facilitar a viabilizar a vida do usuário, seja qual for sua restrição. O que confirma os relatos do capítulo sobre Turismo e Hotelaria Acessível, que descreve essa realidade encontrada nos países mais desenvolvidos. Se algumas cidades e hotéis já estão preparados para receber pessoas com limitações, este ideal não está longe de ser atingido plenamente. Os direitos de escolha e à liberdade devem ser as premissas do Hotel Universal.

Destaca-se, também, que esses princípios deveriam se estender aos espaços públicos, entorno urbano dos hotéis, e a todos os empreendimentos turísticos, históricos e de interesse cultural, a fim de promover, verdadeiramente, um turismo acessível. Apesar de não ser foco da pesquisa, é quase que de conclusão inevitável. A partir das considerações e definições anteriores em acessibilidade espacial e desenho universal, o conceito de **Hotel Universal** fica assim definido:

Hotel Universal é aquele estabelecimento que busca acomodar as necessidades funcionais de todos os indivíduos, com ou sem deficiência, e minimizar ou eliminar possíveis restrições em seu uso, e em todas as atividades desenvolvidas neste espaço, sendo que este universo inclui, não só os possíveis hóspedes e visitantes, mas também todos os funcionários que trabalham e utilizam os espaços hoteleiros.

Conjuntamente à abordagem dos conceitos de desenho universal, como os 7 princípios do desenho universal e os princípios do desenho universal em moradias e edificações, o entendimento das tecnologias assistivas, da acessibilidade espacial e seus componentes, foram integradas as questões práticas de pesquisa através do resultado das entrevistas, visitas técnicas e passeios. Assim, fundamentou-se 12 diretrizes definidas como norteadoras do Hotel Universal, estas estão caracterizadas de acordo com os componentes da acessibilidade (Anexo I). No Hotel Universal:

DIRETRIZ	***COMPONENTE***
1) A configuração arquitetônica e a organização funcional facilitam a compreensão do espaço hoteleiro;	Orientação
2) Os percursos e espaços são livres de barreiras e oferecem segurança e conforto aos usuários (hóspedes, visitantes e funcionários);	Deslocamento
3) Facilitar-se-á o uso e o acesso a todos os equipamentos, serviços, atividades e mobiliário que compõem os espaços comuns e de serviço (no caso dos funcionários);	Uso
4) Utilizar-se-á várias formas de comunicação (LIBRAS, Braille, ícones e informação tátil) na divulgação de informações essenciais e convencionais do hotel, além de facilitar a comunicação dos usuários com outras pessoas de forma rápida, fácil e sem constrangimentos;	Comunicação e Orientação
5) As informações e indicações de ambientes se destacarão de forma clara e visível a certa distância, além de posicionarem-se em locais de fácil percepção e nos locais de tomada de decisão;	Orientação
6) Todas as atividades e equipamentos estarão a uma distância e em percursos que não demandem em esforço físico significativo de aproximação e uso, a não ser nas atividades físicas próprias das academias;	Deslocamento e Uso
7) As dimensões internas, equipamentos e mobiliário acomodarão as necessidades específicas dos hóspedes que sofrem restrições, e quando não adequados instantaneamente, serão flexíveis (*layout* e equipamentos), possibilitando sua rápida adequação, priorizando a privacidade e o auxílio quando solicitado;	Deslocamento e Uso
8) Existirão UH's padrão (que não as adaptadas aos cadeirantes), com barras de apoio, para facilitar o uso por idosos, muletantes e pessoas com problemas físico-motores, além de no mínimo 5% (lei-norma) de quartos adaptados a cadeirantes e pessoas com problemas físico-motores que necessitem de maior espaço para aproximação e uso;	Deslocamento e Uso

9) As UH's acima destacadas (UH's especiais) estarão presentes em todos os pavimentos, oferecendo opção de vista e/ou unidade para fumantes;	Deslocamento e Uso
10) As UH's especiais estarão próximas às circulações verticais e/ou saídas;	Deslocamento e Uso
11) Utilizar-se-á sistemas e dispositivos que facilitem o encontro, alcance e uso de objetos e equipamentos, bem como os serviços disponíveis nas UH's;	Deslocamento, Uso, Orientação e Comunicação
12) Não existirá segregação entre espaços, acessos, ou UH's para "deficientes" (evitando imagens clínicas e preconceitos de uso) e outras pessoas, incentivando a convivência e igualando as oportunidades.	Deslocamento e Uso

Tabela **20. Diretrizes para Hotéis Universais relacionadas aos componentes da acessibilidade.**
Fonte: Autora

Essas diretrizes formam uma proposta de contribuição, para a criação de Hotéis Universais, as quais foram formuladas a partir do resultado dos levantamentos aqui apresentados. É importante que estes postulados estejam abertos a reformulações, reconsiderações, ampliações e novas análises por outras pessoas que também enfrentam restrições, empresários do setor hoteleiro, sociedade civil, entidades, pesquisadores e governo, a fim de construir propostas mais concretas para Hotéis Universais.

6.3 SOLUÇÕES E PROPOSTAS PARA HOTÉIS ACESSÍVEIS

A partir dos dados do Passeio Acompanhado nos dois hotéis, Visitas Técnicas e Exploratórias e Grupos Focais Com Imagens, foram indicadas soluções para os problemas e situações negativas encontradas. Essas soluções foram propostas aos espaços hoteleiros, em sua maioria pelas próprias pessoas que enfrentam restrições. Conjuntamente com as idéias dos entrevistados e visitantes, foram indicadas algumas soluções de princípios já existentes na norma (ABNT NBR 9050/04), bem como

exemplos de dispositivos e tecnologias que podem suprimir estas barreiras encontradas. A tabela a seguir, de soluções, está baseada nas 15 atividades (padrão), definidas por esta pesquisa, identificando: **a)** o problema (situação negativa), e em qual momento esta situação foi percebida pela pesquisadora e/ou pessoas que sofrem restrições (**V***. Visita Técnica e Exploratória I, **E***. Grupos Focais Com Imagens, **P***. Passeios Acompanhados); **b)** a diretriz do Hotel Universal que se aplica à dificuldade detectada; **c)** a solução indicada, tecnologia assistiva ou propostas de alternativas. Destaca-se que os problemas aqui identificados não se referem somente aos dois hotéis do Estudo de Caso, mas a todos os que foram visitados na etapa da Visita Técnica e Exploratória e que as soluções, quando em azul, identificam aquelas que têm alguma referência em norma, quando em violeta que, estão em discordância com a norma e em vermelho, quando não aparecem na norma.

***ATIVIDADE:* 1. Encontrar recepção**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X		
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
1) A configuração arquitetônica e a organização funcional facilitam a compreensão do espaço hoteleiro; **5)** As informações e indicações de ambientes se destacarão de forma clara e visível a certa distância, além de posicionarem-se em locais de fácil percepção e nos locais de tomada de decisão.			
SOLUÇÕES INDICADAS			
1) Placas indicativas direcionais e dos ambientes, alocadas nas portas e principais circulações (ABNT NBR 9050/04, p.22 a 28); 2) Painéis remissíveis (plantas baixas), indicando trajetos, circulações e posição de ambientes dentro do espaço hoteleiro, assim como o uso de som e perfumes (odores); 3) Mapas táteis para uso de pessoas com restrições visuais (ABNT NBR 9050/04, p.29); 4) Piso-guia indicando principais circulações (horizontais e verticais) e acessos (ABNT NBR 9050/04, p.30 a 35); 5) Funcionário à porta de acesso.			

***ATIVIDADE:* 2. Comunicar-se pessoalmente com funcionários**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
4) Utilizar-se-á várias formas de comunicação (LIBRAS, Braille, ícones e informação tátil) na divulgação de informações essenciais e convencionais do hotel, além de facilitar a			

comunicação dos usuários com outras pessoas de forma rápida, fácil e sem constrangimentos.
SOLUÇÕES INDICADAS
5); 6) Balcão de recepção com parte rebaixada (ABNT NBR 9050/04, p.93); 7) Funcionário que interprete LIBRAS (ABNT NBR 9050/04, p.28); 8) Funcionário olhando no rosto da pessoa ao se comunicar ou repassar qualquer informação.

***ATIVIDADE:* 3. Encontrar ambientes**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
1); 4) e 5).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
1); 2); 3); 4); 9) Letras visíveis (em alto contraste) a certa distância e altura; 10) Utilizar, junto às letras, ícones em relevo e informação em Braille; 11) Não utilizar, nas placas, materiais reflexivos, como vidros e metais (ABNT NBR 9050/04, p.22 a 28 – para as questões de 9 a 11); 12) Manter o mesmo padrão no sistema de comunicação visual (placas, painéis e informativos); 13) Rota de fuga objetiva, em posição adequada à interpretação do observador; 14) Rota de fuga através de mapa tátil em conjunto com a descrição de texto em Braille; 15) Funcionário que indique a posição e coordenadas dos ambientes e *layout*; 16) Considerar espaço tipo “brinquedoteca” para crianças e bebês; 17) Boa iluminação;			

***ATIVIDADE:* 4. Acessar ambientes**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
2) Os percursos e espaços são livres de barreiras e oferecem segurança e conforto aos usuários (hóspedes, visitantes e funcionários); **3)** Facilitar-se-á o uso e o acesso a todos os equipamentos, serviços, atividades e mobiliário que compõem os espaços comuns e de serviço (no caso dos funcionários); **12)** Não existirá segregação entre espaços, acessos, ou UH’s para “deficientes” (evitando imagens clínicas e preconceitos de uso) e outras pessoas, incentivando a convivência e igualando as oportunidades.			
SOLUÇÕES INDICADAS			
18) Não usar o Símbolo Internacional de Acesso na porta da UH adaptada, a não ser que o			

hóspede deseje (ABNT NBR 9050/04, p.18 a 20).

19) Todas as portas de acesso e passagens em ambientes comuns, e nas UH's adaptadas, com largura mínima de 80 cm (ABNT NBR 9050/04, p. 7 e 51);

20) Quando existir escada, logo ao lado deverá existir rampa, elevador, ascensor vertical ou plano inclinado.

21) Existir espaço conjugado à porta de no mínimo 60 cm para aproximação do cadeirante;

22) Portas das UH's adaptadas e de seus banheiros devem abrir para fora ou serem de correr (ABNT NBR 9050/04, p. 51 – para as questões 21 e 22).

***ATIVIDADE:* 5. Deslocar-se nos ambientes**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X

DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL

2); 3);

6) Todas as atividades e equipamentos estarão a uma distância e em percursos que não demandem em esforço físico significativo de aproximação e uso, a não ser nas atividades físicas próprias das academias;

7) As dimensões internas, equipamentos e mobiliário acomodarão as necessidades específicas dos hóspedes que sofrem restrições, e quando não adequados instantaneamente, serão flexíveis (*layout* e equipamentos), possibilitando sua rápida adequação, priorizando a privacidade e o auxílio quando solicitado;

8) Existirão UH's padrão (que não as adaptadas aos cadeirantes), com barras de apoio, para facilitar o uso por idosos, muletantes e pessoas com problemas físico-motores, além de no mínimo 5% (lei-norma) de quartos adaptados a cadeirantes e pessoas com problemas físico-motores que necessitem de maior espaço para aproximação e uso;

9) As UH's acima destacadas (UH's especiais) estarão presentes em todos os pavimentos, oferecendo opção de vista e/ou unidade para fumantes;

10) As UH's especiais estarão próximas às circulações verticais e/ou saídas.

SOLUÇÕES INDICADAS

15); 17); 19);

23) Ambientes e espaços amplos e sem barreiras;

24) Restaurante, bares, ambientes para reuniões, entre outros, com espaço de circulação confortável entre as mesas, cadeiras e mobiliário;

25) Otimizar distâncias entre ambientes de uso social e comum;

26) Trabalhar com contraste entre piso, parede, portas e mobiliário;

27) Utilizar pisos de fácil deslocamento e atiderrapantes para cadeira de rodas e muletas, evitando o uso de materiais muito fofos e pequenos desníveis (entre 0 a 3 cm) sem rampa;

28) Descrição dos ambientes e *layout*, através de Braille e mapa tátil;

29) Deverá existir espaço de manobras (1,50 m) para cadeira de rodas nas UH's e banheiros adaptados (ABNT NBR 9050/04, p.84).

***ATIVIDADE:* 6. Abrir e fechar portas**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
3) e 6).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
30) Mola de portas reguladas de forma a não demandar esforço físico (ABNT NBR 9050/04, p.51); 31) Maçanetas em alavanca (ABNT NBR 9050/04, p.51); 32) Funcionário que explique o correto uso dos cartões e/ou travas magnéticas de acesso às UH's; 33) Informar, através de indicação tátil, a posição correta de inserção da chave ou cartão de acesso à UH; 34) Não utilizar chaves ou travas mecânicas, pois são de difícil uso por hóspedes com problemas motores (coordenação motora-fina) ou sem os membros superiores.			

***ATIVIDADE:* 7. Acessar e utilizar vaso sanitário**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
2); 3); 7) e 8).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
19); 22); 29); 35) Nos banheiros adaptados deverão existir barras de apoio no vaso sanitário e chuveiro (ABNT NBR 9050/04, p. 65 a 72); 36) Nos banheiros adaptados, utilizar vaso convencional com sóculo (ABNT NBR 9050/04, p.69) para apoio dos pés; não usar vaso ou tampo de vaso com abertura frontal; 37) Prever assento adaptado para uso de crianças e anões; 38) Nos boxes convencionais, de vaso e chuveiro, considerar possível uso por idosos, muletantes, e pessoas com outras restrições físicas, como obesos e paralíticos cerebrais, que necessitam de um pouco mais de espaço e, em alguns casos, de barras de apoio.			

***ATIVIDADE:* 8. Acessar e utilizar chuveiro**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
2); 3); 7) e 8).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
35);			

39) No banheiro da UH adaptada e de vestiários adaptados, deve existir cadeira para banho e cortina de material impermeável, pesado e resistente, circundando toda a área do boxe, não fechada por paredes;
40) Área de boxe do chuveiro sem degrau ou qualquer desnível (apenas caimento), em todas as UH's e vestiários (ABNT NBR 9050/04, p. 73);
41) Registros e comandos, de chuveiros e lavatórios, devem ser por alavanca, pressão ou sensor e manipulados sem se molhar (colocação do registro em lado oposto ao do chuveiro);
42) Considerar possibilidade de hóspedes altos, na instalação de chuveiros;
43) Dispôr de cadeira e banheira plásticas altas para dar banho em bebês e crianças;
44) Xampu e condicionador com inscrição em Braille; não usar frasco de rosca, e sim por bombeamento (de apertar).

***ATIVIDADE:* 9. Higiene, lavar e enxugar as mãos e usar espelho**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
3); 7) e 8).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
41); 45) Saboneteira, toalheiro e outros devem ser dispostos em locais de fácil visualização, próximos e ao alcance de todos; 46) Nos banheiros adaptados, o lavatório deve ser sem coluna e o espelho inclinado ou rebaixado (ABNT NBR 9050/04, p.76); 47) Nos lavatórios dos banheiros sociais, deve existir lavatório rebaixado para crianças e anões; 48) Os espelhos dos banheiros sociais e das UH's Tipo devem possibilitar a visualização por crianças, anões ou pessoas altas; 49) Existir "fraldário", ou bancada para troca de fraldas; 50) Dispôr de banqueta plástica para que crianças e anões alcancem o lavatório da UH Tipo; 51) Banheiro familiar (*Room Family*), independente dos BWC's masc. e fem., para uso de mães ou pais com crianças de ambos os sexos, pai/ mãe com filha/o cadeirante e dependente, ou pessoa, que por suas limitações, necessite de ajuda. O "fraldário" ficaria neste ambiente.			

***ATIVIDADE:* 10. Encontrar e usar circulações verticais**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
1); 3); 4); 5) e 6).			
SOLUÇÕES INDICADAS			

1); 2); 3); 4); 5); 26);

52) Escada com corrimão contínuo (espessura de 3 a 4,5 cm), com contraste entre piso e espelho, faixa antiderrapante, e indicação no corrimão, em Braille, do pavimento (ABNT NBR 9050/04, p. 29, 30 e 46);

53) Funcionário que acompanhe até a circulação vertical, indique o pavimento correspondente ao número da UH, e indique a disposição dos números (em Braille) da botoeira do elevador para hóspedes com restrições visuais;

54) Elevador com botoeira em Braille, números em alto contraste com o fundo, mensagem de voz, painel indicador do pavimento e botão que se ilumine ao ser acionado;

55) Considerar distância maior entre o botão e a inscrição em Braille;

56) Existência de placas indicativas dentro do elevador, informando as atividades/ambientes/UH's por número do pavimento. Considerando-se: tamanho da fonte, contraste, material não reflexivo e em Braille.

***ATIVIDADE:* 11. Ligar, desligar e utilizar equipamentos e tecnologias**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
		X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
3); 4); 6); 7); **11)** Utilizar-se-á sistemas e dispositivos que facilitem o encontro, alcance e uso de objetos e equipamentos, bem como os serviços disponíveis nas UH's.			
SOLUÇÕES INDICADAS			

57) Sistema de iluminação geral da UH em paralelo, um na entrada e outro próximo à cama;

58) Quando possível, usar sistema de iluminação por comando de voz, sensor de presença ou controle-remoto;

59) Teclas dos interruptores e tomadas em locais e alturas de fácil acesso a todos (ABNT NBR 9050/04, p.13);

60) Teclas dos interruptores com acionamento por pressão ou alavanca (ABNT NBR 9050/04, p.13);

61) Indicação escrita e em Braille, no perfil do interruptor ou papelaria da UH, informando qual iluminação será acionada pela tecla;

62) Contraste entre os interruptores e tomadas com as paredes;

63) Telefones de acordo com a ABNT, onde o nº 5 possui ponto ou traço tátil, além de existir telefone de emergência no banheiro (ABNT NBR 9050/04, p.85);

64) Quando existir teclas que caiam direto em serviços do hotel, que exista indicação em Braille;

65) Quando possível, usar telefones com visor, para envio de mensagens de texto e/ou imagens ao vivo da pessoa com quem se fala;

66) TDD disponível, além de um aparelho em local comum do hotel, e outro para possível uso, na UH, por hóspede com restrições auditivas (ABNT NBR 9050/04, p.91);

67) Sistema de controle da UH para entrada de serviço de quarto, seja por interruptor ou cartão na maçaneta, ambos com inscrição em Braille;

68) Teclas do cofre da UH seguindo a mesma referência do telefone;

69) Ar-condicionado, TV, DVD e som operados por controle remoto, com indicações táteis;

70) Todos os equipamentos devem possuir manual de uso e instrução, disponíveis ao hóspede, em várias línguas (inclusive português), e texto em Braille, para eventual hóspede com restrições visuais;

71) Disponibilizar lupa digital (ex.: *PocketViewer*, que amplia a imagem em até 7 vezes) para leitura de manuais, papelaria de quarto, revistas, jornais, e outros que possuam letras pequenas demais, para a visualização por hóspede com baixa visão;

72) Possuir, no *Business Center*, *software* tipo *Dos-Vox* ou *Jaws*, para leitura, ou melhor, escuta de textos, jornais, revistas e e-mails, por hóspedes com restrições visuais;

73) Funcionário que explique o uso e funcionamento de todos os equipamentos e tecnologias existentes na UH;

74) Sistema de alerta para hóspedes com restrições auditivas, através do uso de pisca-pisca (verde/geral e vermelho/ emergências), janelas automáticas, a fim de entrar claridade na UH e despertar o hóspede, ou mesmo sistemas por vibrações, como travesseiro ou colchão vibratório, ou, ainda, o uso de um celular com *vibracall*;

75) Programação de TV por *Closed Caption.*

***ATIVIDADE:* 12. Abrir, fechar e utilizar móveis, janelas e usar frigobar**

DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X

DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL

3); 6); 7) e 8).

SOLUÇÕES INDICADAS

76) Em todas as UH's, a altura de cabideiros, gavetas e algumas prateleiras, favorecendo o alcance por crianças e anões, dispôr de banquetas e mini-escadas para auxiliar o alcance, e possibilidade de alteração de alturas de cabideiro e prateleiras (retráteis);

77) Dispôr a roupa de cama e banho em prateleira baixa, nos armários;

78) Na UH adaptada, usar portas de correr nos armários, a fim de liberar espaço para aproximação e uso;

79) Puxadores de armários e gavetas devem ser em alça de alavanca;

80) Nos vestiários coletivos, os armários devem ter identificação através de número (em alto contraste e caixa alta de fonte) e Braille;

81) A disposição de *layout*, na UH, deve favorecer sempre o alcance até às janelas;

82) As janelas devem favorecer o aproveitamento da vista por todos, através do uso de vidro fixo, embaixo do peitoril de abertura;

83) As folhas das janelas devem ser de empurrar, com sistema e puxador por alavanca (ABNT NBR 9050/04, p.53 – para as questões 81 e 82);

84) O frigobar, quando embutido em armário, deve abrir sua porta, juntamente com a do armário;

85) Priorizar a compra de alimentos e bebidas, para o frigobar, que já possuam inscrição em Braille;

86) Quando estes produtos não possuírem Braille, colar etiquetas e/ou mapear, através de texto em Braille, a posição exata dos diferentes produtos (ex.: "na prateleira superior, da direita para a esquerda ...").

***ATIVIDADE:* 13. Sentar e deitar**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X		X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
3); 6) e 7).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
87) As camas devem possuir, no máximo, 50 cm de altura do piso; 88) Camas, cadeiras e banquetas devem ser de material forte, resistente, estável e oferecer segurança e conforto; 89) Considerar UH's com camas de comprimento maior que o convencional (mais de 2,10 m), atendendo à necessidade de hóspedes muito altos; 90) Banquetas de bar com apoio para os pés e encosto; 91) Existir cadeira de bebê no restaurante do hotel; 92) Usar mesas com pés que facilitem a aproximação por cadeirantes, proporcionando o máximo de avanço sob a mesa (sem ser de pé em "X"), pelo menos 50 cm (ABNT NBR 9050/04, p.93).			

***ATIVIDADE:* 14. Ler instruções, cardápios, tarifários e papelaria da UH**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
3); 4); 5) e 11).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
9); 10); 71); 93) Todos os folhetos explicativos, cartazes, instruções, cardápios, tarifários e papelaria de UH, devem ser disponível na versão Braille (ABNT NBR 9050/04, p.84) e em outras línguas. Quando possível, trabalhar com ilustrações, desenhos ou fotos, a fim de facilitar o entendimento por crianças, analfabetos e turistas estrangeiros; 94) Os cardápios devem possuir fotos dos pratos e a indicação por escrito de cada ingrediente, tanto para auxiliar as pessoas descritas acima, como hóspedes e clientes com restrições auditivas.			

***ATIVIDADE:* 15. Acessar e usar balcões de *buffet* e bar**			
DETECÇÃO DO PROBLEMA	**V***	**E***	**P***
	X	X	X
DIRETRIZ DO HOTEL UNIVERSAL			
3); 6) e 7).			
SOLUÇÕES INDICADAS			
95) O balcão de bar deverá ter parte rebaixada, como o da recepção, oferecendo opção ao cadeirante, criança ou anão de ser atendido no balcão, e não apenas em uma mesa próxima (ABNT NBR 9050/04, p.94); 96) O *buffet* dos restaurantes dos hotéis deve favorecer o alcance e uso também pelos usuários acima citados (ABNT NBR 9050/04, p.94); 97) Quando o serviço do restaurante for por *self-service* (*buffet*), este deverá disponibilizar funcionário para servir os pratos dos hóspedes com restrições visuais e físico-motoras (muletantes, paralíticos cerebrais, sem membros superiores, entre outros).			

As soluções 18 e 40, apontadas como em desacordo com a ABNT NBR 9050/04, mostram a fragilidade deste instrumento, que não considera um pequeno desnível como barreira e constrange a pessoa com restrição físico-motora a ter que se hospedar em uma UH, com Símbolo Internacional de Acesso na porta, o que deveria ser uma opção, e não regra mandatária. Todas as outras soluções propostas, em vermelho, não são comentadas em nenhum quesito da norma, das 97 soluções apresentadas apenas 27 têm referência na norma. Isto evidencia a necessidade da criação de instrumentos reguladores específicos para acessibilidade em hotéis.

Observa-se que os diferentes métodos (visita, entrevista e passeio) contribuíram para confirmação dos problemas encontrados e na formulação das soluções. Na maioria das vezes os problemas detectados apareceram em todas as técnicas aplicadas, em três vezes isto não ocorreu, o que reforça a importância da aplicação de procedimentos diferenciados que se complementam, além de confirmar os resultados.

CAPÍTULO 7: REFLEXÕES FINAIS

7.1 DISCUSSÕES: MÉTODOS E OBJETIVOS

Este capítulo visa aprofundar como foi possível obter conhecimentos relevantes sobre o tema, aprofundando e inter-relacionando os saberes teóricos e práticos adquiridos, através dos instrumentos desenvolvidos para este estudo, a fim de atingir os objetivos inicialmente definidos pela pesquisa.

Os procedimentos metodológicos aplicados contribuíram para a construção do quadro da situação existente e para formulação de propostas e soluções. As primeiras visitas, Visitas Técnicas e Exploratórias, serviram de apoio e deram início a todo o processo de investigação, apesar de ter sido uma abordagem menos profunda, elas já trouxeram resultados que foram se confirmando durante todo o estudo. Muitas foram as dificuldades desta etapa da pesquisa, mas cabe aqui ressaltar a relutância dos hotéis para a realização das visitas - talvez por receio de encarar os resultados - e também a não liberação, por parte da construtora, dos arquivos digitais dos projetos dos hotéis de estudo, o que demandou esforço e tempo extra para desenvolvimento das plantas baixas.

As Estratégias Compensatórias, uma síntese dos estudos teóricos e da própria vivência da autora, fundamentou-se a partir da mudança de conceito com relação às "deficiências" e restrições, percebeu-se o indivíduo no âmbito de suas habilidades e não a partir de suas incapacidades. Entendeu-se que o problema passa também por uma questão de projeto, seja de arquitetura, ambiente e *design*, os quais não estão devidamente preparados a receber pessoas que enfrentam restrições. Apesar de existirem pesquisas nas áreas que estudam as patologias das "deficiências", estas estão fragmentadas, não existindo estudo sistemático que analise todas as diferentes restrições e o que realmente estes indivíduos podem fazer e de que forma podem ter suas capacidades maximizadas. Por isso, este instrumento foi uma grande contribuição da pesquisa, estando aberto a novas formulações e contribuições de outros profissionais e áreas do conhecimento (ergonomia, medicina, fisioterapia, fisiologia e psicologia).

Os Grupos Focais Com Imagens, desenvolvido com a junção de dois métodos conhecidos (Entrevistas Com Grupos Focais – FREITAS e OLIVEIRA, 1988 e Avaliação de Ambientes Através de Imagens – REHAL e BIRGERSSON, 2005), também facilitou o entendimento do problema e incrementou o campo de soluções. As imagens são instrumentos interessantes para uso nas entrevistas, pois não limita o questionamento a uma pergunta padrão, abre a possibilidade de novas interpretações sobre a questão e facilita o entendimento instantâneo do problema, através da visualização da figura selecionada pelo entrevistado. A possibilidade de escolha da imagem também é fundamental, ao existir liberdade compartilhando aspectos que para aquele indivíduo são mais relevantes. O maior problema desta etapa foi o de encontrar e agrupar pessoas que sofrem restrições e que também utilizam o espaço hoteleiro regularmente, em razão do número limitado de representantes, além de seus compromissos, horários e restrições enfrentadas diariamente por cada um.

As Visitas Técnicas e Passeios Acompanhados foram os meios usados para a avaliação dos espaços e das dificuldades encontradas pelas pessoas no desenvolvimento das atividades hoteleiras. A APO (Avaliação Pós-ocupação) [17] não foi um procedimento considerado o mais apropriado para esta pesquisa. Pois os usuários não tinham experiência vivencial com os espaços hoteleiros escolhidos para o estudo (o que nem seria interessante), além disso, buscou-se procedimentos que descem respostas que integrassem e respondessem a diferentes aspectos de avaliações. Outro fator importante é que o foco não estava diretamente no ambiente construído, e sim na atividade que se desenvolve dentro daquele ambiente, entendendo de que forma as pessoas que sofrem restrições podem ter suas capacidades ampliadas e dificuldades anuladas ou minimizadas na realização dessas atividades. Assim, o Passeio Acompanhado e a Visita Técnica (apesar de serem também uma espécie de APO), foram os procedimentos que melhor se enquadravam, tanto na forma de aplicação quanto para o alcance dos objetivos da pesquisa. Observou-se que nos dois hotéis avaliados como Estudo de Caso (Ibis e *Sofitel*), não houve diferença significativa na acessibilidade: mesmo considerando o avanço normativo (*Ibis* - ABNT NBR9050/94 para *Sofitel* - ABNT NBR 9050/04), as normas continuam sendo aplicadas de forma incompleta, com soluções que não consideram todas as possíveis restrições. Assim, percebeu-se tanto a fragilidade da aplicação, quanto a necessidade de mudança e ampliação de conceitos, e maior detalhamento específico para a área hoteleira na própria norma atual (ABNT NBR 9050/04).

Uma lacuna da pesquisa em termos de teoria foi a falta de um conhecimento das técnicas e métodos da ergonomia. Alguns procedimentos poderiam ter sido realizados agilmente e com maior precisão se estes conceitos tivessem sido explorados antes de partir para a parte prática da pesquisa. Um exemplo são as tabelas de Atividades Padrão, desenvolvidas por esta pesquisa sem qualquer conhecimento sobre estudos semelhantes. Após esta sistematização descobriu-se a existência de estudos ergonômicos para identificação de "Situação de Ação Característica" – *Typical Action Situation*[18]. Segundo Daniellou (2001), isto ocorre através de uma situação de

[17] A APO é um processo de avaliação do ambiente construído que se caracteriza por uma conduta sistemática e rigorosa de investigação, após a decorrência de um determinado período de tempo, valendo-se de diversas técnicas de pesquisa. Segundo Romero et al (1992) a APO estabelece uma seqüência de procedimentos que envolvem avaliações técnicas (físicas), normalmente executadas por medições, ensaios em laboratórios ou levantamentos físicos; avaliações técnico-funcionais, que aborda aspectos que podem interferir no desenvolvimento das atividades dos ambientes; avaliações comportamentais, respaldada pelo grau de satisfação ou insatisfação no tocante aos ambientes avaliados, entre outras técnicas e métodos.

[18] A *Typical Action Situation* (GARRIGOU *et al*, 1995), corresponde a todas as determinantes que estruturam as atividades em execução. O que inclui todos os fatores que inferem na realização da atividade: equipamentos, pessoas e meio ambiente. Estas atividades são realizadas em cenários, como

referência, a qual apresenta pontos em comum na realização da atividade que se está pesquisando, identificam-se assim, situações características para comparação e avaliação.

Destaca-se, também, que as questões centrais (Capítulo 1.3) que, desde o início, nortearam a pesquisa, foram respondidas pelo estudo. Com relação ao questionamento sobre quais diretrizes devem estar presentes em um hotel acessível, foram propostas as 12 diretrizes para Hotel Universal (p. 155), as quais, de forma sintética, conformam um instrumento interessante de aplicação e avaliação. Já o questionamento sobre como maximizar as capacidades das pessoas que sofrem restrições, obteve como resposta as Estratégias Compensatórias (p. 149), as quais identificam, por grupo de restrições, pistas de como tornar espaços e equipamentos acessíveis a todos. Para o último questionamento, sobre quais características arquitetônicas essenciais permitem o uso universal dos hotéis, foram propostas soluções (p. 156) para os problemas encontrados, não só de arquitetura (*design*, *layout*, acabamentos, equipamentos, instrumentos e mobiliário), mas de atitudes e posturas inclusivas. Salientando-se que todas estas respostas aos questionamentos são passíveis de complementações e sugestões.

Após a aplicação e resultados dos procedimentos metodológicos pode-se alcançar os objetivos específicos e por conseqüência o objetivo geral desta pesquisa. A tabela abaixo, identifica cada objetivo específico, sua contribuição no sentido de alcançar o objetivo geral e os procedimentos metodológicos (e instrumentos) e teóricos usados, correspondentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	***CONTRIBUIÇÃO***	***MÉTODOS E INSTRUMENTOS***	***TEORIA***
a) Conhecer e descrever a situação de hotéis em Florianópolis em relação à acessibilidade espacial e à aplicação de leis e normas;	Realizar um reconhecimento do objeto de estudo para verificação da hipótese e levantamento de novos apontamentos.	Visitas Técnicas e Exploratórias	Dispositivos Legais/ Acessibilidade Espacial/ Desenho Universal

forma de simulação, sendo agrupadas e estruturadas para posterior avaliação, comparação e propostas de melhorias.

b) Aplicar e adaptar instrumentos de pesquisa que permitam obter informações sobre necessidades e expectativas de usuários com diferentes tipos de deficiências.	Compreender como maximizar as habilidades destes indivíduos na realização de atividades hoteleiras, com aplicação da teoria estudada.	Estratégias Compensatórias e Tabelas de Atividades	Deficiência, Restrição e Participação Social
c) Identificar e entender as limitações e capacidades relacionadas aos diferentes tipos de "deficiências" e as restrições delas advindas na realização de atividades hoteleiras;	Conhecer de perto o universo das "deficiências" para poder confirmar a teoria com a prática vivenciada pelos indivíduos dos grupos.	Grupos Focais Com Imagens	A Atividade Turística e Hoteleira/ Turismo e Hotelaria Acessível
d) Analisar e avaliar, como estudo de caso aprofundado, dois hotéis de uma rede hoteleira em Florianópolis em relação à acessibilidade espacial;	Aplicar os conhecimentos em um estudo prático, verificando e comparando os resultados dos métodos e propor soluções que qualifiquem o ambiente hoteleiro.	Visitas Técnicas e Passeios Acompanhados	Toda a Teoria que fundamenta a pesquisa

Tabela **21. Objetivos específicos, contribuição e forma para alcançar o objetivo geral.**
Fonte: Autora

7.2 CONCLUSÕES

Com esta pesquisa, produziu-se material bibliográfico de suporte no desenvolvimento e avaliação de hotéis e das unidades de habitação adaptadas, visando sua melhoria e qualificação especialmente no atendimento aos usuários que sofrem restrições. Também, gerou-se um diagnóstico real das unidades dos hotéis avaliadas, procurando servir de base para ações governamentais e empresariais na reformulação dos espaços, com vistas ao pleno desenvolvimento turístico. Além disso,

foram propostas diretrizes e soluções para a qualificação de hotéis verdadeiramente inclusivos, auxiliando, assim, para o desenvolvimento de projetos e adequações que garantam a acessibilidade e o máximo de autonomia para todos dentro do espaço hoteleiro.

Contudo, como já comentado no final do Capítulo 6.2, seria necessária a abertura de uma discussão mais profunda em torno do tema, envolvendo mais pessoas que sofrem restrições, associações, entidades, pesquisadores e governo, para que estas diretrizes, conceitos e soluções, ganhem força e sejam reavaliados e aperfeiçoados. Apesar da significativa contribuição, ainda há muito que ser explorado dentro do tema.

O tema desenvolvido é uma discussão ética e moral, que também abre a questão para uma discussão de projeto e arquitetura. A partir destes resultados, busca-se avançar na efetividade e cumprimento de ações de acessibilidade para o setor hoteleiro, ao gerar material teórico-prático que pode servir como justificativa na criação de leis específicas para hotéis, bem como auxiliar na conscientização e esclarecimento desses conceitos no âmbito das organizações de engenharia e arquitetura (como, por exemplo, CREA e IAB), dos órgãos e associações da área de turismo e hotelaria (como, por exemplo, Ministério do Esporte e Turismo, SANTUR e ABIH), assim como governo.

No contexto hoteleiro atual, há um processo apenas incipiente de fiscalização, devido à problemas na máquina administrativa, aliado a leis e normas incompletas, que não tratam de todas as restrições, sendo elaboradas, muitas vezes, sem se ouvir os próprios beneficiados, contemplados diretos por estas. Lei por lei é corpo sem alma. A consciência social deveria ultrapassar os limites das leis e normas, pois a necessidade e a demanda deveriam produzir um movimento inverso: da sociedade para as leis, e não das leis para a sociedade.

Assim, esta proposta deve alçar novos olhares, sair da algema estrutural, fiscal e governamental e trabalhar no sentido de promover responsabilidade social, através de projetos politicamente corretos que estimulem os empreendedores sem a necessidade de imposições normativas. Por exemplo, através da criação de selos para hotéis que fossem acessíveis por parte das instituições (ACIC, AFLODEF, ASGF e APAE) pode-se gerar concorrência, pelo novo mercado, e impulso social, quando se considerar essas necessidades da população de clientes.

Na aplicação apenas mecanicista das atuais normas, pode-se observar um total descaso quanto às restrições que não são físico-motoras. Cegos, surdos, pessoas fora do biotipo padrão, com restrições psico-cognitivas, crianças e idosos não são sequer lembrados pelos hotéis na questão de hospitalidade e acessibilidade. Pequenos ajustes poderiam amenizar e até resolver essa situação, como, por exemplo, a

colocação de informações em Braille, mapas táteis, pessoa que interprete LIBRAS e TDD. Providências como mudanças e/ou flexibilização do mobiliário, novas alternativas de *layout* para ganho de espaço, principalmente nos quartos, flexibilidade e adaptação ao uso nos ambientes comuns dos hotéis, sistema de orientação e informação mais eficiente, funcionários treinados e preparados para receber hóspedes que sofrem restrições, melhorariam consideravelmente a qualidade da acessibilidade para todas as pessoas.

Estas adaptações e facilidades não beneficiam apenas as pessoas que sofrem restrições, mas a todos, pois o bom desenho universal é aquele que atende a todos e é pensado para todos, sem gerar segregações ou restrições de uso. Os empresários e construtores dos empreendimentos hoteleiros desconhecem que o universo de pessoas com limitações também é muito maior que do que aqueles tachados como “deficientes”.

Ampliar as possibilidades dos empreendedores de enxergar essa lacuna, e criar espaços hoteleiros acessíveis, é interessante, pois é mais fácil conseguir resultados a partir do empresariado, que está, muitas vezes, à frente da cultura e da legislação e têm maior dinamismo. Assim, a partir da criação de uma oferta diferenciada de serviço, atendendo a uma necessidade real de consumo (embora ignorada), através do diferencial que Hotéis Universais podem oferecer aos seus hóspedes, seriam estimuladas, cada vez mais, a concorrência e a procura por serviços mais qualificados.

Outro fato a destacar, é que infelizmente a cultura brasileira está atrasada na questão da inclusão, apesar dos movimentos e esforços já existentes. As pessoas com limitações ainda não participam plenamente, muitos estão em suas casas, reclusos, escondidos pelas próprias famílias, outros nunca se hospedaram em um hotel, devido às questões econômicas e à sua marginalização no mercado de trabalho que não oferece condições destes usufruírem o direito ao lazer.

Entretanto, apesar desta realidade, o quadro vem mudando aos poucos. Estas pessoas têm se inserido em sociedade, principalmente depois da lei de cotas nas empresas públicas e privadas, que têm feito com que muitos destes busquem a qualificação e sua posição no mercado de trabalho. Conjuntamente, muitas entidades têm trabalhado na qualificação e preparação de crianças, adolescentes, jovens e adultos que enfrentam restrições, para o mercado de trabalho, esporte e lazer. Temos ainda que considerar o potencial econômico já existente de turistas internacionais, idosos, e outras pessoas que sofrem restrições, mas que não encontram, no Brasil, espaços hoteleiros devidamente adequados às suas necessidade, o que desestimula a busca deles por passeios, lazer e turismo.

Por isso, torna-se essencial que os profissionais da área da construção (engenheiros, arquitetos, construtores e projetistas) estejam capacitados a conceber espaços verdadeiramente acessíveis. Infelizmente, há ainda um grande desconhecimento, por parte destes profissionais, não só das leis e normas, mas também, e especialmente, das reais necessidades da população com limitações. As universidades, formadoras de opinião e dos futuros profissionais, devem implantar, urgentemente, em seus currículos, o estudo e aprofundamento desses conceitos, pois os espaços devem ser concebidos para todos, em todas as suas diferenças e limitações.

As barreiras atitudinais são as que mais impedem a evolução desse processo de inclusão. O preconceito ainda é grande em função do desconhecimento do real problema da pessoa que sofre restrição. Essas barreiras só se quebrarão com a eliminação total das barreiras físicas e de informação que impedem que essas pessoas convivam e interajam com todos os demais, e com propostas e incentivos que animem a população que sofre restrições a sair da reclusão e tornarem-se ativos.

7.3 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Este tema de pesquisa poderia ser aprofundado em muitos outros aspectos que podem complementar a discussão e trazer novos apontamentos, diretrizes e soluções.

Apresenta-se a seguir lacunas percebidas ao longo do desenvolvimento deste trabalho e que poderiam ser abordadas em pesquisas futuras:

1. Elaborar soluções projetuais gráficas, de projeto de arquitetura (organização funcional e dimensionamentos), *design* e *layout*, específicas para hotéis;
2. Pesquisar outros equipamentos turísticos, como: outros meios de hospedagem, transporte, alimentação, entretenimento e lazer, de realização de congressos, feiras e eventos turísticos e pontos turísticos em geral;
3. Trabalhar, dentro do quadro de soluções, com níveis de acessibilidade para hotéis, indicando diretrizes essenciais e recomendáveis;
4. Elaborar um Guia de Turismo Acessível para a cidade de Florianópolis, bem como outras cidades, indicando locais, serviços e rotas acessíveis;
5. Pesquisar, com funcionários que sofrem restrições, a acessibilidade nos postos de trabalho dos hotéis;
6. Realizar Passeios Acompanhados com outros tipos de restrições: anões (que têm necessidades diferentes das crianças), obesos (avaliando resistência de móveis e acessos), pessoas com paralisia cerebral ou sem os membros superiores

(avaliando as dificuldades no uso da coordenação motora-fina), cego com cão-guia (a fim de avaliar as diferenças quando do uso da bengala), turista internacional que não conheça a língua local (avaliando as restrições de informação e comunicação) e cadeirante dependente (avaliando a condição de uma segunda pessoa no mesmo ambiente e no auxílio das atividades).

CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFIA

8.1 REFERÊNCIAS

ABEDEV – Associação Brasileira de Educadores de Deficientes Visuais (fundada em 1968). **Folheto sobre Louis Braille**. Disponível na Biblioteca da ACIC.

ABIH-SC – Associação Brasileira das Indústrias de Hotéis de Santa Catarina. **Hotelaria na grande Florianópolis e Outros Dados**. Disponível em: <http://www.abih-sc.com.br>. Acesso em agosto de 2006 e julho de 2007.

ABIH-SC – Associação Brasileira das Indústrias de Hotéis de Santa Catarina. **Perfil da Hotelaria em Santa Catarina e Perfil da Hotelaria do País**. Disponível em: <http://www.abih-sc.com.br/detalhe.php?cd_article=902&cd_secao=127&menu=INFORMAÇÕES%20GERAIS>. Acesso em novembro de 2006.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 9050: Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos**. Rio de Janeiro, 1994.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, Nelson; BRITO, Paulo Lucio de; JORGE, Wilson Edson. **Hotel Planejamento e Projeto**. São Paulo: Editora Senac, 2ª Edição, 1999.

ARAUJO, Luiz A. D. **A Proteção Constitucional das Pessoas Portadoras de Deficiência**. Brasília: CORDE, 1994.

ARAÚJO, Sammya. **Turismo Ainda É Desafio Para Deficientes Físicos**. Disponível em: <http://www.etur.com.br>. Acesso em junho de 2005.

BARROS, Cybele F. M. **Casa Segura**. Disponível em: <http://www.casasegura.arq.br>, 2003. Acesso em abril de 2006.

BINS ELY, Vera H. M.; DISCHINGER, Marta, et al. **Desenho Universal: por uma arquitetura inclusiva**. Florianópolis: Grupo PET/ Arq/ SESu/ UFSC, 2001.

BINS ELY, Vera H. M. **Acessibilidade Espacial: Condição Necessária para o Projeto de Ambientes Inclusivos**. In: Ana Maria de Moraes. (org.). Ergodesign do Ambiente Construído e Habitado: Ambiente Urbano, Ambiente Público, Ambiente Laboral. 2ª ed. Rio de Janeiro: iUsEr, 2004, v., p.-.

BINS ELY, Vera H. M. **Acessibilidade e Desenho Universal.** 14 de junho. 2005. Notas de aula.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Modelo de Acessibilidade: Recomendações de Acessibilidade para a Construção e Adaptação de Conteúdos do Governo Brasileiro na Internet**. Disponível em: <http://www.governoeletronico.gov.br>, 2005. Acesso em agosto de 2005.

BRASIL. Congresso. Senado. **Diário do Senado Federal do dia 07 de junho de 2006**, p. 19143-19144.

BRASIL. Congresso. Senado. Secretaria-Geral da Mesa. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. Decreto nº. 3.298 de 21 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 providencias.

BUSTANI, Ana T.L. **Hotéis Universais – Quartos Acessíveis a Todos**. Disponível em: <http://www.sembarreiras.com.br>. Acesso em junho de 2006.

CAMBIAGHI, Silvana. **Entrevista ao InfoIAB - RS**. Disponível em: <http://www.iab-rs.org.br/artigo/?art=173>. Acesso em agosto de 2004.

CASA COR - Exibição Brasileira de Decoração. **Casa Cor São Paulo 2005: Diretrizes para criação de ambientes inclusivos**. Disponível em: <http://www.brasilacessivel.org.br>. Acesso em abril de 2006.

CORDE. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Município e Acessibilidade**/ coordenador Sérgio Rodrigues Bahia et al. Rio de Janeiro: IBAM/ DUMA, 1998.

DANIELLOU, François. Métodos em ergonomia de concepção: a análise de situações de referência e a simulação do trabalho. In: DUARTE, Francisco (org.). **Ergonomia e projeto na indústria de processo contínuo**. Rio de Janeiro: COPE/RJ: Lucerna, 2001.

Declaração de Cartagena de Índias **– Políticas Integrais para Pessoas com Deficiências na Região Ibero-Americana (Colômbia, 1992).** Disponível em: <http://www.cajpe.org.pe/RIJ/bases/am/Docs/Declaración_de_cartagena.pdf>. Acesso em junho de 2007.

DIGIACOMO, Mariuzza Carla. **Estratégias de Projeto para a Habitação Social Flexível**. Florianópolis, 04 de outubro de 2004, 159p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2004.

DISCHINGER, Marta. **Imagens do arquivo pessoal**. **Imagens do Apêndice B**.

DISCHINGER, Marta. **Passeio Acompanhado – método**. Material didático do Núcleo de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo. PósARQ/ UFSC.

DISCHINGER, Marta. **Processo de Percepção, Desenho Universal e Tecnologia Assistiva.** 19 e 26 de outubro. 2005. Notas de aula.

DISCHINGER, Marta. **Designing for all Senses:** Accessible spaces for visually impaired citizens. Chalmers University of Technology. Goteborg: 2000.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY, Vera H. M. **Promovendo acessibilidade nos edifícios públicos**: guia de avaliação e implementação de normas técnicas. Santa Catarina: Ministério Público do Estado, [2006]. Trabalho em andamento.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY, Vera H. M. ; DAUFENBACH, Karine. **Acessibilidade em áreas públicas**. In: ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE PAISAGISMO E ARQUITETURA. Anais: ENEPEA, 2002.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY, Vera H. M.; MACHADO, Rosângela. **Desenho Universal nas Escolas**: acessibilidade na rede municipal de ensino de Florianópolis. Florianópolis: Grupo PET/ Arq/ SESu/ UFSC, 2004.

DISCHINGER, Marta e MATTOS, Melissa Laus. **Habitação Universal**. Núcleo de Desenho Universal. Florianópolis: UFSC, 2003. Disponível em: <http:// www.ctc.ufsc.br/habuniversal>. Acesso em agosto de 2004.

DUARTE, Cristiane R. e COHEN, Regina. **A Construção de Uma Experiência Afetiva por Pessoas com Dificuldade de Locomoção**. Jornal do Núcleo Vida Sem Barreiras do dia 15 de dezembro de 2005. Disponível em: <http://www.sembarreiras.com.br>. Acesso em junho de 2006.

FILHO, José A. L. e SILVA, Silvio S. da. **Antropometria: Sobre o homem como parte integrante dos fatores ambientais**. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp204.asp>. Acesso em abril de 2006.

FLEMMING, Liane. **Visitabilidade**. Jornal do Núcleo Vida Sem Barreiras do dia 02 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.sembarreiras.com.br>. Acesso em junho de 2006.

FLORIANÓPOLIS. Lei nº. 5185 de 31 de outubro de 1997. **Institui a Gratuidade de Passagem no Transporte Coletivo de Florianópolis para Pessoas Portadoras de Deficiência Mental.**

FLORIANÓPOLIS. Lei nº. 3969 de 26 de janeiro de 1993. **Institui a Gratuidade de Passagem no Transporte Coletivo da Municipalidade para Deficientes Físicos.**

FREITAS, H.M.R.; OLIVEIRA, Mirian. **Focus Group – pesquisa qualitativa:** resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. Revista de Administração, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 83-91, julho/ setembro 1998.

GARRIGOU, A.; DANIELLOU, F.; CARBALLEDA, G.; RUAUD, S. **Activity analysis in participatory design and analysis of participatory design activity**. In: INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ERGONOMICS, 1995, Elsevier Science B.V.

GIBSON, James. **The senses considered as perceptual systems**. Boston, Houghtan Mifflin Company, 1966.

GRUPO KEYSTONE. **Site de Imagens**. Disponível em: <http://www.grupokeystone.com.br>. Acesso em junho de 2006.

Guia São Paulo Adaptada – 2001. São Paulo: O nome da rosa, 2001.

GUIA DE HOTÉIS ACCOR. **Hotéis 2007**. São Paulo: Cia. das Artes, 2007.

GUIMARÃES, Marcelo Pinto. **Acessibilidade ambiental para todos na escala qualitativa da cidade**. TOPOS: revista de arquitetura e urbanismo, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.124-133, julho/ dezembro 1999.

HAUS RHEINSBERG. **Site do Hotel Alemão Para Deficientes Físicos**. Disponível em: <http://www.hausrheinsberg.de>. Acesso em agosto de 2006.

HOTELINSITE. **Site Guia de Hotéis no Brasil**. Disponível em: <http://www.hotelinsite.com.br>. Acesso em maio de 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**: primeiros resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2002. Parte1.

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. **Manual de Recepção e Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência a Empreendimentos e Equipamentos Turísticos**. Disponível em: <http:// www.embratur.org.br>. Acesso em maio de 2004.

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. Ministério do Esporte e Turismo. **Deliberação Normativa nº. 429 de 23 de abril de 2002.**

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. **Anuário Estatístico Embratur** – 2001. Brasília. EMBRATUR, v 28.

INSTITUTO BRASIL ACESSÍVEL. Disponível em: <http://www.brasilacessivel.org.br>. Acesso em julho de 2005.

IPUF. Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis – **Consulta de Viabilidade**. Disponível em: <http://www.ipuf.sc.gov.br>. Acesso em abril de 2007.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. **The ageing of the world's population: a new challenge**. *Revista Saúde Pública.* 21 (03): 200-210, 1987.

LEITE, Leandro Silva. **Caminhos de Sistematização do Ato de Projetar Hotéis Residenciais**. Florianópolis, 03 de julho de 2006, 159p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2006.

MACE, Ronald. **Universal Design In Housing**. The Center for Universal Design. North Carolina State University, College Of Design. North Carolina: NCSU, 1999. Disponível em: <http://www.design.ncsu.edu/cud/pubs/center/publist.htm> . Acesso em novembro de 2005.

MAZO, Giovana Z.; LOPES, Marize A.; BENEDETTI, Tânia B. **Atividade Física e o Idoso**: Concepção Gerontológica. Florianópolis: Editora Sulina, 2002.

MUNDO DA CRIANÇA. Enciclopédia. **Volume 15: Guia dos Pais e Professores**. Editora Delta, Rio de Janeiro, 1979.

NOBRE, Maria Madalena. **Acessibilidade no Setor Hoteleiro**. Disponível em: <http://www.abih-sc.com.br/detalhe.php?cd_secao=121&menu=INFORMAÇÕES%20GERAIS>. Acesso em novembro de 2006.

OEA – **Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (Guatemala, 1999).** Disponível em: <http://www.cedipod.org.br/con-oea.htm>. Acesso em junho de 2007.
OLIVEIRA, Aíla Seguin Dias Aguiar de. **Acessibilidade Espacial em Centro Cultural**: estudo de casos. Florianópolis, 13 de março de 2006, 213p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2006.

OLLE ANDERSON. **Palestra na IFI Conference**, Nagoya, 1995.

OMOTE, Sadao. **Deficiência e não deficiência: recortes do mesmo tecido.** Revista Brasileira de Educação Especial, I (2). 65-73. 1994.

ONU – **Regras Gerais Sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (1993).** Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/o-unicef659-667.html>. Acesso em junho de 2007.

PARO, Luiz Otávio. **Deficientes Físicos – Atendimento Nota 1.000**: Itacaré com Você. Disponível em: <http://www.etur.com.br>. Acesso em junho de 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. Cap. 3. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996: 26-43.

PAZ, Amanda. **Deficientes Físicos ou Clientes com Necessidades Especiais?** Disponível em: <http://www.etur.com.br>. Acesso em junho de 2005.

PERITO, Sandra. **Universal Home**. Disponível em: <http://www.universalhome.com.br>. Acesso em abril de 2006.

PET ARQ. **Biblioteca de Imagens**. Grupo PET do Curso de Arquitetura e Urbanismo da UFSC. **Imagens do Apêndice A**.

PMF. **PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br>. Acesso em janeiro de 2006.
Política Nacional de Educação Especial. Livro I/ MEC/ SEESP. Brasília, 1994

REHAL, Saddeck; BIRGERSSON, Lisbeth. **What' happens when imagery is used to complement speech in dialogues involving changing the built environment?** In: INTERNATIONAL CONFERENCE FOR INTEGRATING URBAN KNOWLEDGE & PRATICE, 2005, Gothenburg, Sweden.
ROMERO, Marcelo; ORNSTEIN, Sheila Walbe; VIANNA, Nelson. **Avaliação Pós-ocupação: Conjunto Habitacional Presidente Castelo Branco**. São Paulo: COHAB-SP, 1992.

SAETA, Beatriz R.P.; TEIXEIRA, Maria L.M. **O Lazer na Vida da Pessoa Portadora de Deficiência**: Uma Questão de Responsabilidade Social e Um Turismo a Ser Pensado. Revista de Administração Mackenzie. São Paulo. UPM. Ano 2/ 2003, nº.2, p. 25-38.

SANSIVIEIRO, Simone; DIAS, Célia Maria de Morais. **Hotelaria e Acessibilidade**. 2004.

SANTUR. **Dados do turismo em Santa Catarina – 2006**. Disponível em: <http://www.sol.sc.gov.br/santur/Demanda2006.asp>. Acesso em agosto de 2006.

SANTUR. Gerencia de Planejamento. **Pesquisa metodológica – Estudo da demanda turística de Florianópolis**. Março de 2001.

SÃO PAULO. Decreto nº. 45.990 de 20 de junho de 2005. **Institui os Selos de Habitação Universal e de Habitação Visitável para unidades habitacionais unifamiliares e multifamiliares já construídas ou em construção**.
SASSAKI, Romeu K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de janeiro: WVA, 1997.

SILVEIRA, João Luiz da. **Proposta para adequação de unidades habitacionais com diferencial para portadores de necessidades especiais na pousada Recanto da Barra** – Florianópolis - SC. Curso de graduação em turismo e hotelaria – Trabalho de conclusão de curso – ÚNICA – Florianópolis. SC. 2004.

SQUERA, Jorge Rebollo. **Índices de Ocupação de Praias e Densidade Populacional**: O Caso da Ilha de Santa Catarina/ SC, agosto de 2006, 123p. Dissertação no Prelo (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2006.

STOCKPHOTOS. **Livro de Ilustrações 36**. Direct Design and Packaging Ltd, London.

SZÜCS, Carolina Palermo. **Flexibilidade na Habitação**. 18 de agosto. 2005. Notas de aula.

TADA, Karen Chiaki. **Oito Dicas Para Pessoas Com Deficiência Física Viajarem**. Disponível em: <http://www.etur.com.br>. Acesso em junho de 2005.

WISNER, Alain. **Por dentro do trabalho: Ergonomia, Método e Técnica**. (F. M. Gomide Vezza, trad.) São Paulo: FTD/ Oboré, 1987.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health** – ICF. Wrold Health Organization. Geneva: 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health** – ICIDH2. Wrold Health Organization. Geneva: 1997.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health** – ICIDH. Wrold Health Organization. Geneva: 1980.

8.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ADA – Americans with Disabilities Act (Access Facts Series). **Readily Achievable Checklist: A Survey for Accessibility.** Adaptive Environments Center, United States. 1998.

Advocacia Pública & Sociedade. **Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência**. São Paulo: Max Limonad, 1997.

BECKER, Ana Carolina. **Inclusão de pessoas portadoras de deficiência no ambiente organizacional**. Graduação em Administração – Habilitação Turismo e Hotelaria – Trabalho de Conclusão de Curso – ÚNICA – Florianópolis. SC, 2004.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei nº. 6, de 2003. **Estatuto da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF: Senado, 2003.

CARMO, Apolônio Abadio do. **Deficiência Física: a sociedade brasileira cria, "recupera" e discrimina**. Brasília: Secretaria dos Desportos/PR, 1991.

CORRER, Rinaldo. **Deficiência e Inclusão Social: construindo uma nova comunidade.** Bauru, SP: EDUSC, 2003.

DISCHINGER, Marta; JACKSON, José Marçal. **Which Future Scenarios can we help to construct for our cities?** In: INTERNATIONAL CONFERENCE FOR INTEGRATING URBAN KNOWLEDGE & PRATICE (Life In The Urban Landscape). Anais, 2005.

DORNELES, Vanessa Goulart. **Acessibilidade para idosos em áreas públicas de lazer.** Florianópolis, 2006. 178 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2006.

Federação Nacional das APAEs. **Legislação Comentada para Pessoas Portadoras de Deficiência E Sociedade Civil Organizada**. Brasília, DF: Federação Nacional das APAEs, 2001.

FERRARINI, Paulinho. Lavratti, Ana (texto). **SEUS OLHOS**. Joinville, SC: Letradágua, 2002.

FIALHO, Marina. **Apropriação dos Espaços da Casa**. 07 de junho. 2005. Notas de aula.

FREIRE, Ida Mara. **A Experiência com a Cegueira**. Revista do Instituto Benjamin Constant. Rio de Janeiro. IBCENTRO. Ano 11/ 2005, nº.31, p. 3-8.

GERENTE, Melissa M. **Introduzindo diretrizes de projeto para a acessibilidade em sítios históricos a partir do estudo de São Francisco do Sul**. Florianópolis, 6 de abril de 2005. 165 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2005.

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. Ministério do Esporte e Turismo. **Deliberação Normativa nº. 360 de 16 de março de 1996.**

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. Ministério do Esporte e Turismo. **Deliberação Normativa nº. 376 de 14 de maio de 1997.**

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. Ministério do Esporte e Turismo. **Deliberação Normativa nº. 09 de agosto de 1998.**

IBT. Instituto Brasileiro de Turismo. Ministério do Esporte e Turismo. **Deliberação Normativa nº. 433 de 30 de dezembro de 2002.**

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 2003.

ISLEB, Beate P. (org.); GALVÃO, Lilia M. (org.); *et al*. **Segurança nos meios hoteleiros para idosos e deficientes físicos**. Itajaí: UNIVALI, 2003.

JORNAL DE NOTÍCIAS DA EUROACESSIBILIDADE de 26 de janeiro de 2004. **Uma Casa do Futuro para Todos.** Disponível em: <http://www.euroacessibilidade.com/informacao/info03.htm>. Acesso em julho de 2006.

MEIRELLES, Morgana A. E. Meirelles. **Atividade Física na Terceira Idade: uma abordagem sistêmica.** Rio de janeiro: Ed. Sprint, 2000.

OLIVEIRA, Sérgio Domingos. **Análises espaciais como apoio à gestão turística da Ilha de Santa Catarina**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Dissertação de Mestrado – UFSC – Florianópolis. SC, 2001.

REGNIER, Victor. **Assisted living housing for the elderly: design Innovations from the United States and Europe**. New York: VNR, 1994.

RIBAS, João Batista C. **O que são Pessoas Deficientes –** Coleção primeiros passos. São Paulo: Nova Cultural: Brasiliense, 1985.

ROCHA, Luciana Sandrini. **Florianópolis: Turismo e produção do espaço urbano**. Curso de Mestrado em Geografia – Dissertação de Mestrado – UFSC – Florianópolis. SC, 1993.

SILVA, G. H. de Paula. **Unidade Habitacional Acessível a Pessoas Portadoras de Deficiências**. Disponível em: <http://inovando.fgvsp.br/conteudodocumentos/20experiencias2003/RIOGRANDEDOSUL-PORTOALEGRE%20Alegre.pdf>. Acesso em agosto de 2005.

SILVEIRA, João Luiz da. **Proposta para adequação de unidades habitacionais com diferencial para portadores de necessidades especiais na pousada Recanto da Barra- Florianópolis – SC**. Graduação em Administração – Habilitação Turismo e Hotelaria – Trabalho de Conclusão de Curso – ÚNICA – Florianópolis. SC, 2004.

SIQUEIRA, Ana Carolina G. de. **Hospedagem e Lazer Acessíveis**. Graduação em Arquitetura e Urbanismo – Trabalho de Conclusão de Curso – UFSC – Florianópolis. SC, 2003.

ZURBA, Nadia Khaled. **Metodologia do Processo de Design e de Classificação de Pisos para Acessibilidade Aplicada em Porcelanato**. Florianópolis, 2003. 106 p. Dissertação (Mestrado em Ciências e Engenharia de Materiais) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2003.

WERNER, David. **Guia de deficiências e reabilitação simplificada: para crianças e jovens portadores de deficiência, famílias, comunidades, técnicos de reabilitação e agentes comunitários de saúde.** (Título original: Disabled Village Children) Brasília, DF: CORDE, 1994.

WISNER, Alain. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. (Roberto Leal Ferreira, trad.) São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

CAPÍTULO 9: APÊNDICES

APÊNDICE A

Abaixo segue a caracterização de cada princípio do desenho universal, para um entendimento mais profundo da área de atuação:

Princípio 1. Uso eqüitativo

Quando o desenho é utilizável e negociável para pessoas com habilidades diversas.

1.1 Prover os mesmos significados de uso para todos os usuários: idêntico quando possível, equivalente quando não possível. Como por exemplo, a disposição do telefone público em duas alturas permite a utilização por pessoas de estatura variada (fig. **1**).

1.2 Impedir a segregação ou estigmatização dos usuários, como por exemplo, o rebaixamento do meio fio que possibilita ao deficiente físico-motor locomover-se independentemente (fig. **2**).

1.3 Prover a privacidade, segurança e proteção de forma igual a todos os usuários, como por exemplo, a projeção do telefone público no chão permite aos deficientes visuais perceberem sua presença através da bengala (fig. **3**).

1.4 Tornar o design atraente para todos os usuários, como o uso de cores que estimulam os sentidos e tornam o ambiente mais agradável, como por exemplo, as portas das salas desta escola, que se diferenciam por cores e possuem abertura para visualização do interior da sala também pelas crianças (fig. **4**).

Figura **1**

Figura **2**

Figura **3**

Figura **4**

Princípio 2. Uso flexível

Quando acomoda uma larga faixa de preferências e habilidades individuais.

2.1 Prover escolhas na forma de utilização, como por exemplo, rampa paralela a uma escada oferece opção e promove acesso a todos (fig. **5**).

2.2 Acomodar acesso e utilização para destros e canhotos, como colocar guarda-corpos em ambos os lados, pois provêem proteção e estabilidade em qualquer direção (fig. **6**).

2.3 Facilitar a precisão e acuidade do usuário, como por exemplo, realçando elementos (corrimão, piso, espelho) através de cores e texturas facilitando sua identificação (fig. **7**).

2.4 Prover adaptabilidade para a velocidade (compasso, ritmo) do usuário, como dispor de patamar no início e término da escada garante tempo de adaptação à mudança de velocidade (fig. **8**).

Figura **5** Figura **6** Figura **7** Figura **8**

Princípio 3. Uso simples e intuitivo

Quando o uso do design é de fácil compreensão e independe da experiência, conhecimento, habilidades de linguagem ou nível de concentração do usuário.

3.1 Eliminar a complexidade desnecessária, como por exemplo, o uso da simbologia internacional (boneco na cadeira de rodas) e de fácil identificação para garantir informação (fig. **9**).

3.2 Ser coerente com as expectativas e intenções do usuário, como o uso padronizado da faixa de alerta, marcando presença de obstáculos (fig. **10**).

3.3 Acomodar uma faixa larga de habilidades de linguagem e capacidades em ler e escrever, como o uso de mapas tácteis que informam e orientam os deficientes visuais em seu percurso (fig. **11**).

3.4 Organizar as informações de forma compatível com sua importância, como por exemplo, hierarquizar as informações através de placas maiores e menores (fig. **12**).

3.5 Providenciar respostas efetivas e sem demora durante e após o término de uma tarefa, como o uso de pisos com textura e material diferenciado alertam o início e término da rampa (fig. **13**).

Figura **9**

Figura **10**

Figura **11**

Figura **12**

Figura **13**

Princípio 4. Informação de fácil percepção

Quando o design efetivamente comunica a informação necessária para o usuário, independente de suas habilidades sensoriais ou das condições do ambiente.

4.1 Usar diferentes maneiras (pictórica, verbal, táctil) para apresentação redundante de uma informação essencial, como o uso de mapas em alto relevo que permitem a identificação do ambiente (fig. **14**).

4.2 Maximizar a legibilidade da informação essencial, como o uso de contraste entre fundo e figura, sob a forma pictórica e escrita (fig. **15**).

4.3 Diferenciar elementos de forma a poderem ser descritos (isto é, tornar mais fácil dar informações ou direções), como exemplo, os referenciais (no caso da fig. **16**, um chafariz), que além de estimularem os sentidos, facilitam a orientação.

4.4 Prever compatibilidade com uma variedade de técnicas ou procedimentos usados por pessoas com limitações sensoriais, o exemplo apresenta um percurso com bordas arredondadas que orienta o deslocamento (fig. **17**).

Figura **14**

Figura **15**

Figura **16**

Figura **17**

Princípio 5. Tolerância ao erro

Quando o design minimiza riscos e conseqüências adversas de ações acidentais ou não intencionais.

5.1 Organizar os elementos para minimizar riscos e erros: elementos mais usados, mais acessíveis; elementos de riscos ou perigosos, eliminados, isolados ou protegidos. Como colocar bordas nas laterais da rampa e guarda-corpos que trazem proteção (fig. **18**).

5.2 Providenciar avisos de riscos e de erro, como o uso de faixa alerta com cor e textura diferenciadas (fig. **19**).

5.3 Providenciar características de segurança na falha humana, como por exemplo, os elevadores com sensores que impedem seu fechamento durante a passagem de uma pessoa (fig. **20**).

5.4 Desencorajar ações inconscientes em tarefas que exijam vigilância, como exemplo se pode citar os percursos de pedestres dentro de grandes estacionamentos com sinalização clara (fig. **21**).

Figura **18**

Figura **19**

Figura **20**

Figura **21**

Princípio 6. Baixo esforço físico

Quando o design pode ser usado eficientemente, confortavelmente e com um mínimo de fadiga.

6.1 Permitir ao usuário manter uma posição corporal neutra, como por exemplo, balcões em duas alturas que permitem o uso por pessoas de diferentes estaturas (fig. **22**).

6.2 Usar forças moderadas na operação, como o uso de torneiras acionadas por pressão que não exigem demasiado esforço físico e podem ser acionadas pela simples compressão (fig. **23**).

6.3 Minimizar ações repetitivas, como por exemplo, os chuveiros acionados por botões no chão que evitam abrir e fechar o registro (fig. **24**).

6.4 Minimizar a sustentação de um esforço físico, como as rampas rolantes para carrinhos de compras que permitem o deslocamento sem esforço (fig. **25**).

Figura **22**

Figura **23**

Figura **24**

Figura **25**

Princípio 7. Dimensão e espaço para aproximação e uso

Quando o design pode prover dimensão e espaço apropriados para o acesso, o alcance, a manipulação e o uso independente do tamanho do corpo, da postura ou da mobilidade do usuário.

7.1 Colocar os elementos importantes no campo visual de qualquer usuário, sentado ou de pé, como a disposição de mapas informativos em diferentes alturas (fig. **26**).

7.2 Fazer com que o alcance de todos os componentes seja confortável para qualquer usuário, sentado ou em pé, como o uso de barras de apoio horizontal e diagonal que facilitam o uso (fig. **27**).

7.3 Acomodar variações da dimensão da mão ou da empunhadura, como por exemplo, as maçanetas em alça que possibilitam o uso por pessoas com mãos de dimensões variadas, ou que possuam restrições motoras nas mãos (fig. **28**).

7.4 Prover espaço adequado para o uso de dispositivos assistidos ou assistência pessoal. Como exemplo, os dispositivos de segurança devem comportar a passagem de uma cadeira de rodas (fig. **29**).

Figura **26**

Figura **27**

Figura **28**

Figura **29**

Fonte de todas as Figuras: PET ARQ

Apresentamos com exemplos alguns tipos de tecnologia assistiva (TA):

a) TA para manter atividades vitais, como por exemplo, os respiradores (fig. **30**).
b) TA para recuperar função, como as próteses que permitem recuperar habilidades, como o atleta da foto que possui uma prótese especial onde ficava a perna (fig. **31**).
c) TA de apoio para as atividades da vida diária, como esta escova de cabelo para pessoas com artrite ou artrose (fig. **32**).

Figura **30**

Figura **31**

Figura **32**

d) TA para auxiliar na reabilitação, como estes sapatinhos especiais para treinar o andar de crianças com problemas neurológicos (fig. **33**).
e) TA para promover a inclusão, como este jogo da memória, onde uma criança cega pode jogar com uma criança que enxergue normalmente (fig. **34**).
f) TA como apoio para restrição de movimento pela perda de força, como esta caneta com empunhadura especial que sustenta as juntas dos dedos, aumentando o desempenho de escrita da pessoa (fig. **35**).

Figura **33**

Figura **34**

Figura **35**

g) TA de apoio para auxiliar na restrição de força e movimento, como este balcão de cozinha com ajuste de altura por sistema hidráulico (fig. **36**).
h) TA de apoio a restrições severas de movimento, como esta cadeira para higiene pessoal (fig. **37**).
i) TA de apoio para manter pessoas na postura ereta, como este equipamento da fig. **38**.

Figura **36**

Figura **37**

Figura **38**

j) TA através de aparelhos, implantes e telefones com imagem e controle de som que aumentam a capacidade de pessoas com restrições auditivas (fig. **39**).

k) TA através de controle remoto universal assim como cartões inteligentes que auxiliam pessoas com mobilidade reduzida e/ou deficiência visual e auditiva (fig. **40** e **41**).

l) TA como no uso de um andador ou cadeira que proporciona mobilidade conforto e segurança no movimento de pessoas com restrições de equilíbrio e mobilidade (fig. **42** e **43**).

Figura **39**

Figura **40**

Figura **41**

Figura **42**

Figura **43**

m) TA com o uso de maquetes e modelos que auxiliam a compreensão do espaço na ausência da visão, como esta que representa o sistema solar (fig. **44**).
n) TA como equipamentos de alta ou baixa tecnologia que auxiliam alunos com restrições sensoriais e/ou cognitivas, por exemplo, este teclado com *Bliss* e sistema sonoro (fig. **45**).
o) TA através de brinquedos que auxiliam na reabilitação e aprendizado inclusivo, como estas argolas que estimulam a coordenação motora fina (fig. **46**).

Figura **44**

Figura **45**

Figura **46**

Fonte de todas as Figuras: DISCHINGER (arquivo pessoal)

HOTEL	ANO	QTD UH's	TIPOS UH's					OS AMBIENTES COMUNS ESTÃO ADAPTADOS PARA RECEBER A PESSOA QUE SOFRE RESTRIÇÕES?					QTD UH's ADAPTADAS				
			Q	A	S	K	O	PORTARIA/ RECEPÇÃO	ACESSOS/ CIRCUL.	ORIENT./ INFORM.	BAR – REST.	ÁREAS AFINS.*	Q	A	S	K	O

Q: Quarto (UH sem banheiro privativo) / tipologia não existente em nenhum dos hotéis pesquisados.
A: Apartamento (UH com banheiro privativo).
S: Suíte (UH com banheiro e mais um ambiente de estar).
K: Suíte com local para preparo de refeições / esta tipologia foi agrupada em **O** na tabela 2.
O: Outros tipos de UH's.
*** Áreas Afins**: outros locais de uso comum do hotel (piscina, convenções, sauna e WC social).

Aqui serão apresentados de forma detalhada os resultados da investigação nos 9 hotéis, durante a Visita Técnica e Exploratória.

1. ACESSOS E CIRCULAÇÕES

A figura **1** mostra a circulação de acesso ao apartamento adaptado. Destaca-se o corredor estreito, que dificulta o acesso autônomo do cadeirante e as manobras necessárias no abrir e fechar da porta. A norma determina que portas localizadas em áreas confinadas, ou em meio à circulação, tenham um espaço mínimo de 60 cm contíguo ao vão de abertura. Além disso, que os corredores possuam no mínimo 120 cm de largura.

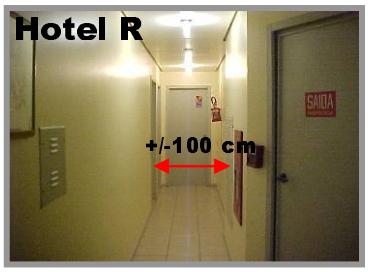


Figura **1**

No hotel B o acesso ao lobby era por rampa. Além da inclinação inadequada, a largura do acesso dificulta o uso pelo cadeirante. A norma registra uma largura mínima de 120 cm, sendo recomendável 150 cm. E, para desníveis entre 100 e 150 cm, a inclinação admissível é de até 5%. O ideal neste caso, para desnível de 120 cm, seria uma rampa de no mínimo 6 m.

Os dois hotéis aqui registrados (fig. **2**) apresentam o mesmo problema relativo ao acesso principal. A escadaria inviabiliza o uso pelo cadeirante, tendo, assim, que usar o mesmo acesso definido para o carro. Isto pode, ao mesmo tempo, ser perigoso, como também impede o uso do acesso principal a pessoas com restrições de locomoção, gerando uma segregação no acesso.

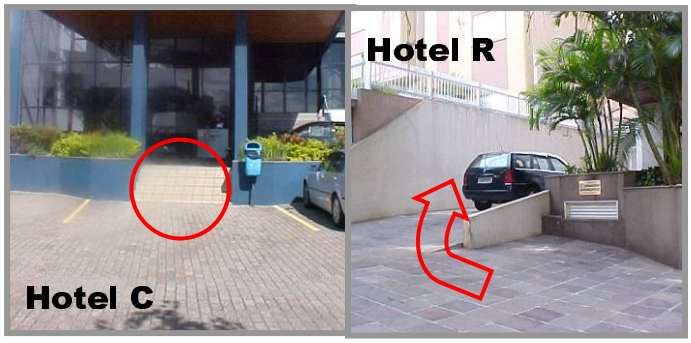


Figura **2**

No caso mostrado aqui (fig. **3**), só existe um acesso através de escada, não havendo entrada secundária. Tal fato inviabiliza o acesso independente. Só com a ajuda de outras pessoas se pode chegar efetivamente ao hotel. A colocação de uma rampa ou ascensor inclinado resolveria o problema em questão.

Figura **3**

Destaca-se aqui (fig. **4**) a existência do ascensor vertical, que facilita o acesso do cadeirante. Este hotel foi o único onde se encontrou esta alternativa para se vencer

pequenos desníveis de acessos. Contudo, a escada em balanço cria um elemento perigoso para uma pessoa com deficiência visual, ou mesmo que esteja distraída. Seria importante a colocação de um piso alerta, outro tipo de sinalização ou anteparo que alertasse sobre o perigo.

Figura **4**

Como observado na figura **5**, este hotel possui problemas de acesso, o que facilmente foi resolvido no exemplo anterior. Aqui não existe rampa ou ascensor, dificultando o acesso às áreas comuns e administrativas, como também aos elevadores do hotel.

Figura **5**

2. PORTARIA E RECEPÇÃO

No geral, o ambiente da recepção dos hotéis é amplo e livre de barreiras. Neste caso, o principal problema detectado é com relação ao balcão de recepção. Observa-se que em todos os hotéis (fig. **6**) há uma dificuldade de acesso, tanto de cadeirantes quanto de crianças e anãos, devido à altura do balcão de recepção.

Figura **6**

A norma dispõe que balcões de atendimento devem ter altura regulável ou rebaixada em uma parte, a uma altura livre de 73 cm. Apenas no hotel S havia uma parte rebaixada, todavia ainda não ideal, pois também é necessária, nessa área de aproximação frontal, uma profundidade livre de, no mínimo, 30 cm. Outras observações importantes a serem colocadas sobre a recepção e portaria é que em nenhuma delas havia qualquer informação sobre a existência e número de quartos adaptados, bem como qualquer informação em Braille ou profissional que interpretasse LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais). No hotel C, foi informado à pesquisadora sobre a existência de cadeira de rodas à disposição do hóspede. Observa-se, assim, uma total indiferença ao cumprimento da legislação, a qual exige que estas informações estejam visíveis e disponíveis a todos.

3. BAR E RESTAURANTE

Os espaços de bar dos hotéis apresentam o mesmo problema de uso do balcão de recepção. Não havendo a preocupação com o rebaixamento de parte do balcão, para o acesso fácil do cadeirante ou pessoas de baixa estatura.

Figura **7**

Além dos hotéis apresentados na figura **7**, em todos os hotéis que possuíam bar, também foi identificado o mesmo problema. Os restaurantes dos hotéis chamaram atenção pela proximidade das mesas, dificultando muito o acesso, não só de cadeirantes, mas de todas as pessoas, principalmente obesas e acompanhadas de carrinho de bebê. Além disso, atrapalha o próprio serviço do restaurante no atendimento das mesas. Alguns dos hotéis, como D, F e P, apresentaram este problema. O que seria facilmente resolvido com uma distribuição de *layout* das mais generosas nas distâncias entre as mesas.

Tanto a norma quanto o manual do IBT destacam que as mesas devem ter o tampo com cerca de 70 cm de altura e espaço livre e desimpedido de 80 cm, sem pés centrais ou em "X". Pois estes tipos de pé dificultam a aproximação da cadeira por debaixo da mesa. A figura **8** ilustra mesas com pé em "X", encontradas nos hotéis. O ideal seriam mesas com pés laterais.

Figura **8**

4. ÁREAS AFINS

Aqui (fig. **9**) se destaca a despreocupação com o acesso aos espaços de uso comum, no caso a piscina. Além dos hotéis citados, também o hotel B apresenta escada de acesso à piscina, o que inviabiliza o livre acesso de uma pessoa com dificuldades de locomoção. E também servindo como barreira física para o convívio social.

Figura **9**

Já neste hotel (fig. **10**), inaugurado em 2004, a piscina tem acesso por escada e rampa. Entretanto, não apresenta banheiro adaptado no nível da piscina. Apenas dois boxes muito pequenos, um feminino e outro masculino, o que inviabiliza o uso por um cadeirante ou outra pessoa com dificuldade motora.

Figura **10**

Identifica-se também dificuldades no acesso às salas de convenções dos hotéis. No hotel C, a principal sala de convenções apresenta acesso apenas por escada, existindo, entretanto, um acesso de serviço (em ladeira) que poderia ser usado por um cadeirante. Isto gera uma barreira de acesso, provocando desconforto. O hotel F também apresenta dificuldade semelhante, pois a sala de eventos fica em pavimento, onde não há acesso por elevador ou rampa, mas apenas por escada, segregando o espaço ao uso de pessoas com dificuldade de locomoção. Outro problema bastante comum diz respeito aos banheiros sociais. O hotel C, acima citado, possui banheiro adaptado só no nível do salão principal de eventos, cujo acesso principal, como já comentado, é por escada. Todas as demais áreas comuns do hotel não possuem banheiro adaptado. Praticamente em todos os hotéis a mesma situação se repete. Às vezes, só existe um banheiro para atender a todo o público das áreas sociais do hotel, como no caso do hotel R. Os hotéis M e S, ilustrados abaixo, foram os únicos que apresentaram banheiro de fácil acesso.

Contudo, apesar da existência do equipamento no hotel M, estão faltando alguns dispositivos exigidos pela norma (ABNT NBR 9050) como, por exemplo, as barras de apoio. O hotel S foi o único que apresentou banheiro adaptado na área social de acordo com as exigências da norma, mostrado com mais detalhes na seqüência (fig. **11**, **12** e **13**).

Figura **11**

Figura **12**

Figura **13**

5. ORIENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

Outro problema bastante comum nos hotéis é a falta de preocupação com a comunicação visual e com sistema de orientação e informação, fundamental para que a pessoa consiga se deslocar de forma autônoma e independente, mesmo para aquelas sem nenhum tipo de restrição. Nesta sessão, destacam-se alguns pontos negativos e positivos encontrados nos hotéis visitados.

No hotel B encontrou-se diferença no estilo do sistema de comunicação visual. O que pode confundir qualquer pessoa que esteja se deslocando dentro da edificação. É necessário que todo o hotel adote a mesma tipologia no sistema de comunicação visual e informação para se ter um sistema eficiente.

Muitas vezes, as informações estão colocadas de forma inexpressiva, com letras e símbolos muito pequenos e em locais de difícil visualização, como registrado nas figuras **14** e **15**.

Figura **14**

Figura **15**

Alguns hotéis se destacaram na parte de comunicação. Abaixo, estão algumas fotos do interior de elevadores (fig. **16**, **17** e **18**). No hotel S, dentro da cabine do elevador, são passadas algumas informações interessantes ao hóspede, destacando-se o cardápio do restaurante e a indicação, por andar, da destinação de cada pavimento. No hotel P, é apresentada a previsão do tempo e também a indicação por andar. No hotel M, apenas a indicação da função do andar é mostrada.

Figura **16**

Figura **17**

Figura **18**

Com relação aos comandos do elevador, existem hotéis que ainda não apresentam o número em Braille junto ao botão de indicação do andar. Isto dificulta o livre deslocamento de pessoas com restrições visuais. Apenas o hotel M possui elevador com mensagem de voz, avisando o número do andar em cada parada, essencial para se saber em qual andar o elevador está parado, no caso de restrições visuais. Além disso, o elevador também informa a temperatura ambiente e o número do andar através do letreiro eletrônico, como observado nas fotos abaixo (fig. **19** e **20**).

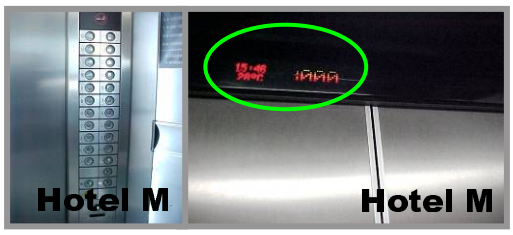


Figura **19**

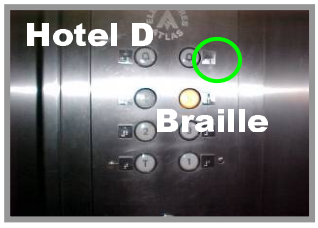


Figura **20**

Dois hotéis, P e S, mostrados a seguir (fig. **21** e **22**), possuem um quadro de informações indicando distâncias de praias, restaurantes, pontos turísticos, programações da cidade, entre outros.

Figura **21**

Figura **22**

Nas fotos abaixo (fig. **23, 24, 25, 26 e 27**), destaca-se a comunicação de orientação direcional, facilitando o deslocamento dentro da edificação. Contudo, como no caso do hotel I, vale ressaltar a necessidade de aprimoramento do sistema de informação. Isto inclui as cores, fontes, simbologias e o uso de materiais não reflexivos, como explicitado na norma. Outra informação importante é a colocação na chegada do andar, em frente ao elevador, do número do pavimento e a direção dos apartamentos, como mostrado nas fotos dos hotéis B e S.

Figura **23**

Figura **24**

Figura **25**

Figura **26**

Figura **27**

Na identificação dos apartamentos, destaca-se o hotel R, que usa definição de cor por andar (fig. **28**). Isto facilita o deslocamento pelos pavimentos e reduz o risco de enganos, principalmente para pessoas com problemas cognitivos, crianças e analfabetos. Abaixo (fig. **29** e **30**), temos mais dois tipos de identificação do número de apartamento encontrados.

Figura **28**

Figura **29**

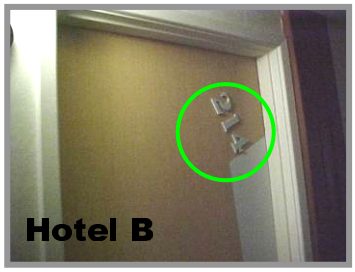


Figura **30**

O hotel P apresenta, em frente à porta do apartamento, uma diferença na textura do piso, bastante interessante no caso de pessoas com restrições visuais, pois, pela textura do piso se consegue identificar a entrada do apartamento. O hotel S foi o que mais se destacou na questão de orientação e informação. Destaque ainda para a existência de um quadro atrás da porta de cada quarto, indicando tarifas (fig. **31**) e os procedimentos de fuga em caso de incêndio (fig. **32**).

Figura **31**

Figura **32**

Apesar dos pontos positivos com relação à orientação e informação, todos os hotéis visitados necessitam evoluir em muito nessa questão. O sistema de orientação e informação aplicado é, muitas vezes, pouco visível e confuso, o que dificulta a circulação dentro da edificação para qualquer pessoa. A inexistência de piso-tátil, piso-guia, piso-alerta, serviços e outras informações em Braille, mapas táteis, TDD (telefone com teclado para pessoas surdas ou mudas), falta de profissional que interprete a língua de sinais, entre outros, também dificulta a orientação de pessoas que sofrem restrições. Outra consideração importante é que o sistema de orientação e informação deve atender igualmente aos analfabetos, estrangeiros e crianças, que se

orientam mais facilmente pelo sistema de símbolos. Também se destaca aqui a necessidade de uma boa orientação para procedimentos de emergência, devido ao desconhecimento do local pelo hóspede.

6. UNIDADE DE HABITAÇÃO ADAPTADA - DORMITÓRIO

Dos nove hotéis estudados, três não tinham unidade adaptada (hotéis D, I e F), dois não deixaram realizar o registro por fotos (hotéis C e P) e em um não foi possível fazer a visita ao apartamento adaptado, pois estava ocupado por hóspede (hotel B), sendo este indivíduo sem nenhuma restrição. Assim, a pesquisa ficou restrita aos apartamentos adaptados dos hotéis S, R e M. O hotel S foi o que se apresentou mais bem adaptado (figs. **33** a **37**). Destaca-se o espaço para manobras ao lado da cama, a facilidade de acesso aos equipamentos (frigobar e TV) e, com relação ao mobiliário, à altura do cabideiro e prateleiras, facilitando o uso pelo cadeirante.

Figura **33**

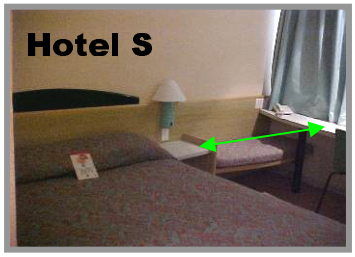


Figura **34**

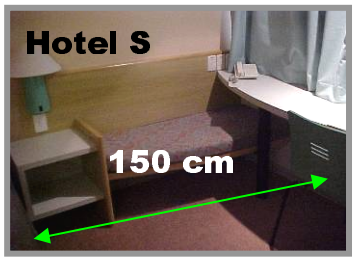
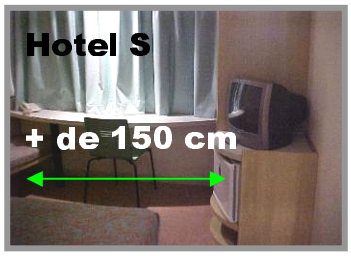


Figura **35**



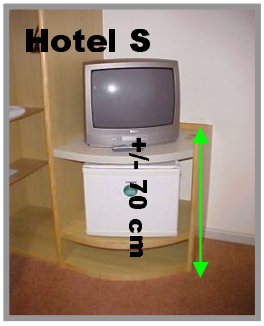


Figura **36**

Figura **37**

O hotel R foi o que se apresentou menos adaptado. Principalmente devido aos espaços de manobra, praticamente inexistentes. Não há quase espaço para a abertura da porta do armário, acesso à janela e nem mesmo para a circulação dentro do ambiente por qualquer pessoa. Está inviabilizada a própria circulação entre e em volta das camas. A ante-sala existente já apresenta maior espaço de circulação, entretanto, por ser um apartamento adaptado, deveria possuir espaço suficiente para manobras em todos os ambientes, principalmente no quarto. Também se destaca que a cozinha

não apresenta espaço de aproximação para a pia e o espaço de manobra é insuficiente. Há outras questões importantes, como a altura excessiva do armário e cabideiro, (inviabilizando o uso por um cadeirante ou pessoa de baixa estatura), o puxador do armário que deveria ser do tipo alça (facilitando o uso por pessoa com dificuldade motora), o registro da torneira da pia da cozinha, que apresenta um design que dificulta a empunhadura e o uso por pessoas amputadas ou com algum tipo de paralisia. Enfim, aqui poderiam ser registradas inúmeras considerações.

O hotel M, apesar de ser o mais novo, apresentou-se também ineficiente em alguns pontos. Dentre os pontos positivos, pode-se destacar o espaço para manobra, contíguo ao vão da porta (fig. **39**), espaço para manobra em frente à cama e fácil acesso à TV e frigobar. Um ponto interessante neste hotel é que o primeiro andar é reservado para clientes com alergia, sendo totalmente anti-séptico, incluindo forrações e outros materiais de acabamento.

Figura **38**

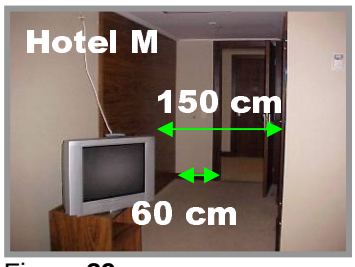


Figura **39**

Figura **41**

Figura **40**

Dentre os pontos negativos, destacamos que o espaço lateral à cama, apesar de maior do que o encontrado no hotel R, ainda se mostra ineficiente (fig. **38**). A norma dispõe que esse espaço deve ter no mínimo 90 cm. No caso, além de não ter a dimensão exigida, ainda se sobrepõe à abertura da porta do armário (fig.**41**). O armário também é muito alto, inviabilizando o uso do cabideiro e outras prateleiras mais altas por cadeirante ou pessoas de baixa estatura. Outro ponto negativo é com relação ao aparelho de TV, disposto no quarto de qualquer jeito, com a fiação aparente e solta, favorecendo um acidente físico ou elétrico (fig. **40**). Uma solução prática para se resolver esta específica situação seria encostar a cama em uma parede (como realizado no hotel S), ganhando-se espaço para manobras ao lado da cama, e também a colocação de mobiliário (armário) com flexibilidade na altura de

prateleiras e cabideiro, que poderiam ser adaptadas de acordo com as necessidades do usuário. Também poderiam ser usados cabideiros retráteis.

O hotel F, apesar de não possuir apartamento adaptado, foi o que apresentou maior espaço interno nos apartamentos, tanto no dormitório, quanto no banheiro. Assim, sendo realizada uma adaptação de acordo com a norma e com as reais necessidades da pessoa com limitações, esses apartamentos ficariam muito melhores do que, por exemplo, o apartamento do hotel R, que se diz adaptado. No hotel P (apart-hotel) visitado, no qual não foi permitido se fazer o registro por fotos, a única modificação observada com relação ao apartamento adaptado foi o rebaixamento do balcão que divide a cozinha da sala, sendo observados os mesmos problemas dos demais hotéis com relação ao armário do quarto. Na cozinha, a altura do microondas e armários aéreos também impede o uso por um cadeirante ou pessoa de baixa estatura.

Além disso, o espaço entre o balcão e os equipamentos da cozinha (fogão, pia e frigobar) é muito estreito, apenas 75 cm, dificultando o acesso ao forno e a abertura das portas do balcão. Também é inexistente a área de aproximação abaixo da pia. Percebe-se que existe um grande equívoco no que se refere ao apartamento adaptado. Tanto pela questão de desconhecimento da norma, quanto pela questão de não se saber e entender quais as reais necessidades da pessoa que enfrenta restrições. Praticamente todos os que se dizem adaptados, não estão realmente adaptados.

7. UNIDADE DE HABITAÇÃO ADAPTADA – BANHEIRO

No hotel S, no banheiro do apartamento adaptado se destaca a aplicação estrita da norma (fig. **42** a **44**). Destaque para o lavatório suspenso, torneira mono-comando (poderia ainda ser do tipo alavanca ou fotoelétrica), barras, cadeira para banho, vaso com acessório para aumentar a altura do assento, espelho inclinado (10%), entre outros. Além do espaço interno livre e porta abrindo para fora.

Figura **42**

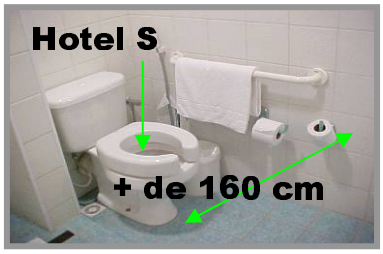


Figura **43**

Figura **44**

O banheiro social adaptado da área comum do hotel S também se destaca em relação aos demais hotéis. No banheiro do hotel R, muitas foram as inadequações encontradas. Além de o ambiente ser muito estreito, a porta que dá acesso ao espaço do banheiro dificulta o uso pelo cadeirante. Pelas fotos, observamos ainda a posição muito alta de prateleiras, o espelho sem inclinação, o comando do lavatório e registro do chuveiro comum (inadequado para pessoas com problemas motores das mãos), altura do vaso muito baixa e ausência de cadeira de banho, além da colocação de uma barra no vaso sanitário, que acaba atrapalhando ainda mais o uso. Vale ressaltar que seria interessante que o registro do chuveiro ficasse no lado oposto, o que facilitaria o uso, no caso de uma pessoa ter que colocar outra para tomar banho. Este pequeno detalhe não foi observado em nenhum dos hotéis visitados.

O banheiro do apartamento adaptado do hotel M, também se mostrou bem adequado. Como observado nas fotos (figs. **45** a **47**), destacam-se apenas a ausência da cadeira de banho e do adaptador de altura do vaso. Com relação às outras questões - barras, altura de prateleiras, espelho inclinado, espaço de manobras e torneira (no caso, aquela de pressão, também de fácil manuseio para pessoas com limitações) - se mostrou bem adaptado. Aqui, destaca-se a presença de interfone, tão necessário no caso de alguma urgência.

Figura **45** Figura **46** Figura **47**

Fonte das Figuras **1** a **47**: Autora.

Uma outra consideração importante a fazer é que a norma determina que junto ao chuveiro deva existir também uma ducha tipo telefone. Nos três casos apresentados aqui, existe ducha somente ao lado do vaso sanitário.

APÊNDICE E

Abaixo seguem as imagens (fotos) do cotidiano, que foram usadas nas duas primeiras entrevistas (grupo do CRNM e da FCEE). Como o grupo não tinha experiência de hospedagem em hotéis, foram avaliadas as dificuldades e habilidades no desenvolvimento de algumas atividades do dia-a-dia, selecionadas dentro desta seleção de imagens.

Fonte das Figuras do Apêndice E:

STOCKPHOTOS. **Livro de Ilustrações 36**. Direct Design and Packaging Ltd, London.
Figuras: A1, A2, A3, A5, B1, B3, B4, C1, C2, C4, D1, D2, D5, E1, E3, E4, F1, F2, F4, F5 E G2.

MUNDO DA CRIANÇA. Enciclopédia. **Volume 15: Guia dos Pais e Professores**. Editora Delta, Rio de Janeiro, 1979.
Figuras: G3, G5, H2, H4, I2, I3 e I5.

GRUPO KEYSTONE. **Site de Imagens**. Disponível em: <http://www.grupokeystone.com.br>. Acesso em junho de 2006.
Figuras: A4, B2, B5, C3, C5, D3, D4, E2, E5, F3, G1, G4, H1, H3, H5, I1 e I4.

A1
A2
A3
A4
A5
B1
B2
B3
B4
B5
C1
C2
C3
C4
C5
D1
D2
D3
D4
D5
E1
E2
E3
E4
E5

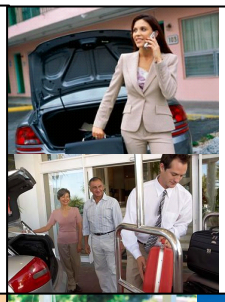
F1
F2
F3
F4
F5
G1
G2
G3
G4
G5
H1
H2
H3
H4
H5
I1
I2
I3
I4
I5

APÊNDICE F

A seguir, as imagens usadas como ilustração (projeção em *PowerPoint*) nas Entrevistas Com Grupos Focais Através de Imagens, com os grupos da AFLODEF, ACIC e ASGF:

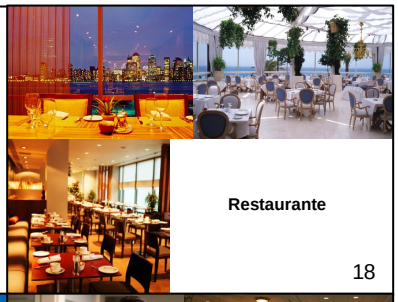
Barba e maquiagem

16



Descarregar a bagagem do carro

17

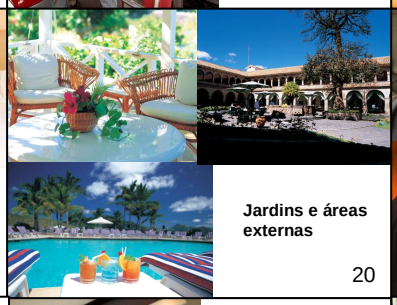


Restaurante

18

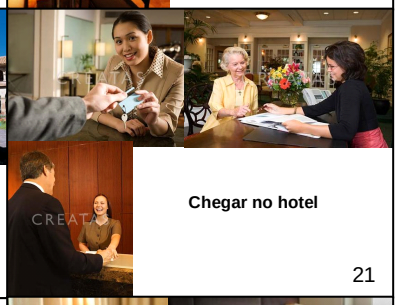
Comunicação

19



Jardins e áreas externas

20

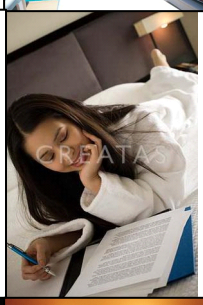


Chegar no hotel

21

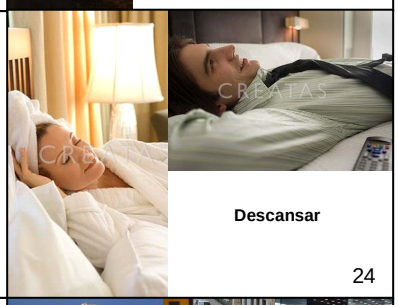
Desfazer as malas

22



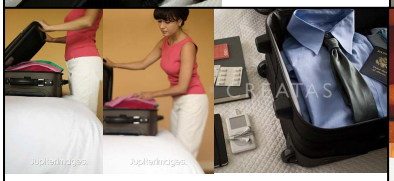
Ler

23



Descansar

24



Arrumar as malas

25

Controles e interruptores (TV, luz, ar-condicionado, som)

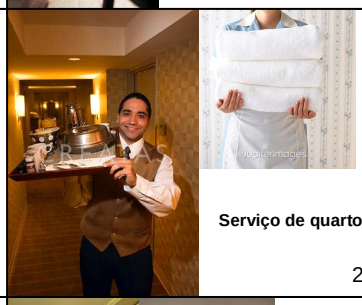
26

Passear à pé nas proximidades do hotel

27

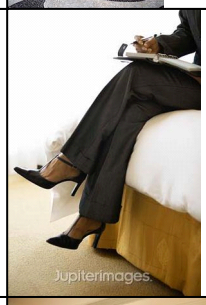
Lavatório e objetos

28



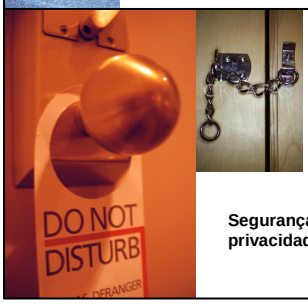
Serviço de quarto

29



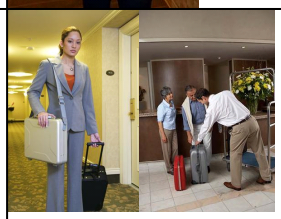
Sentar-se na cama

30



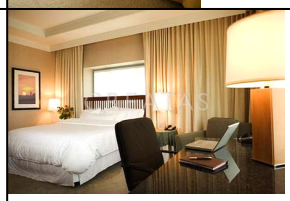
Segurança e privacidade

31



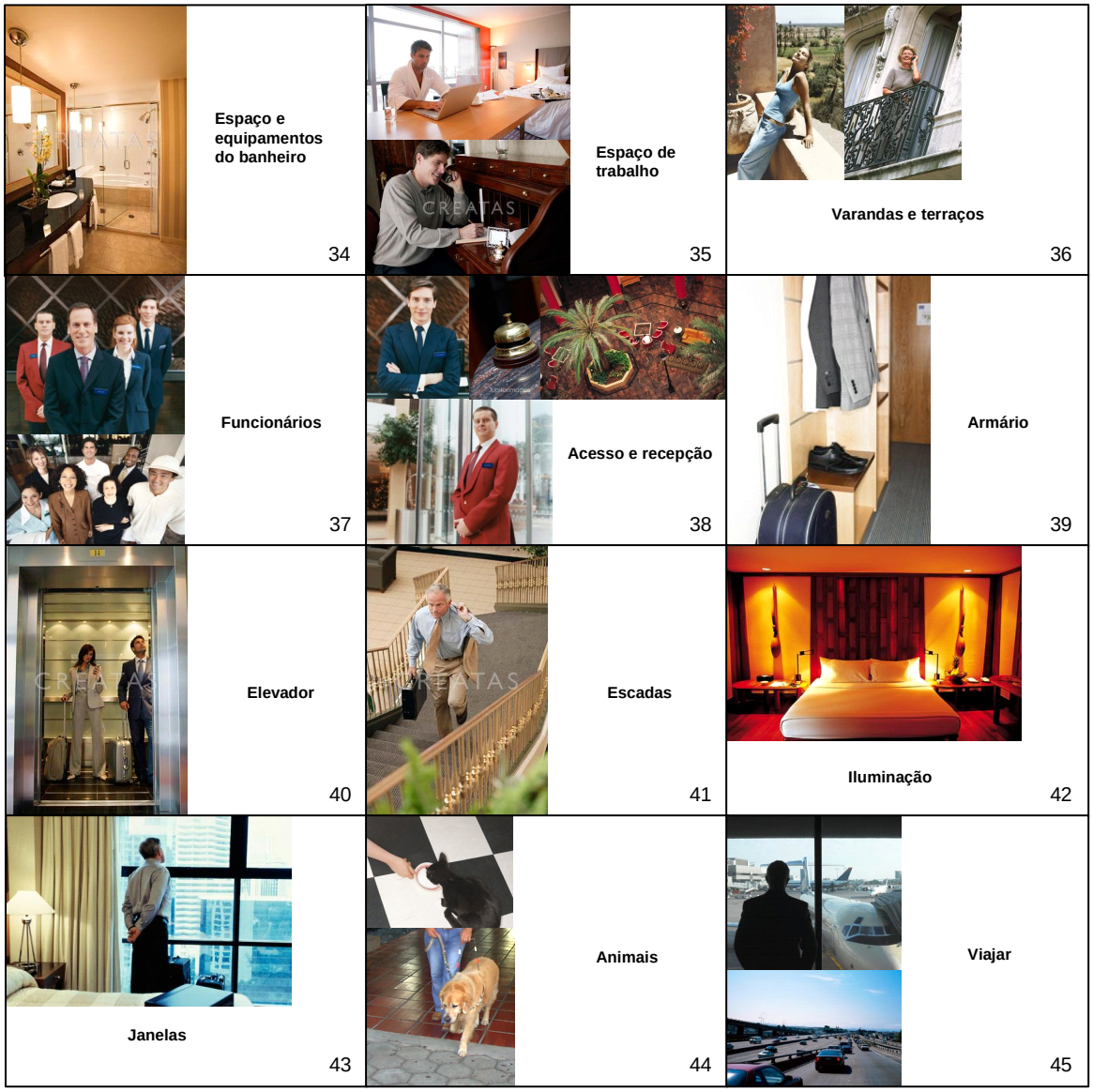
Carregar malas

32



Espaço e equipamentos do quarto

33

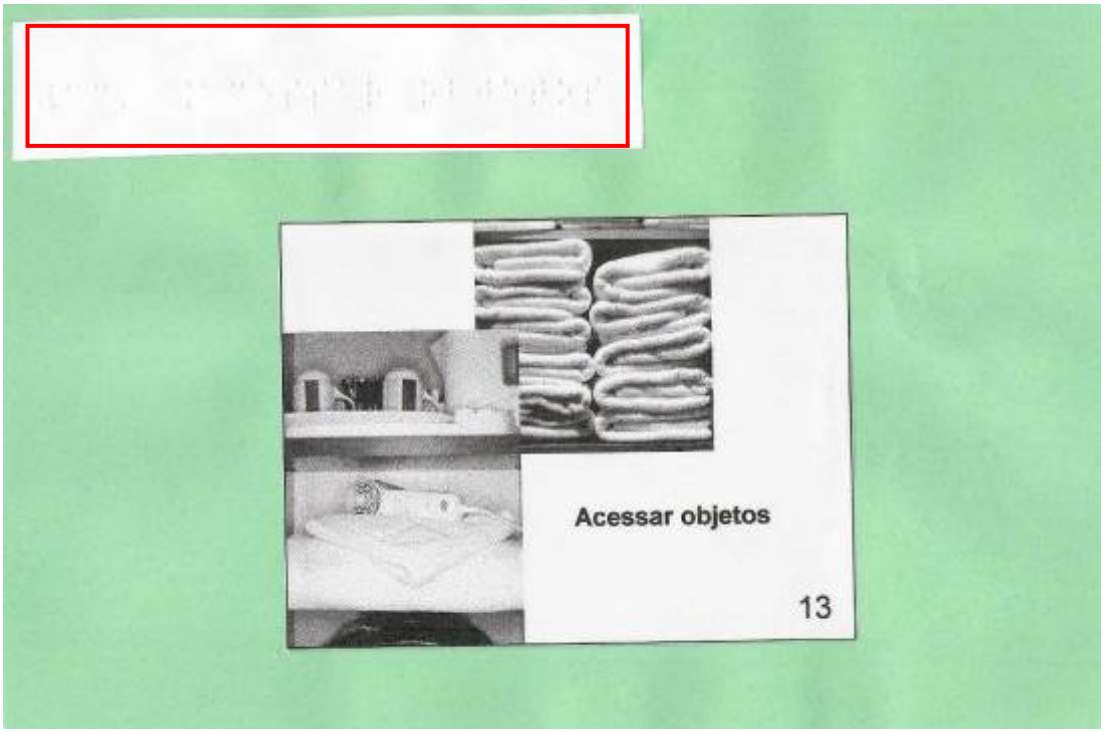


Fonte das Figuras do Apêndice F:

GRUPO KEYSTONE. **Site de Imagens**. Disponível em: <http://www.grupokeystone.com.br>. Acesso em janeiro de 2007.

APÊNDICE G

Neste Apêndice encontra-se um modelo de ficha, com imagem, usada na Entrevista Com Grupo Focal Através de Imagem. No caso da ACIC, foi necessária a colocação de texto em Braille (destacado em vermelho), para “leitura” da imagem escolhida.



CAPÍTULO 10: ANEXOS

ANEXO I

Oliveira (2006) sintetiza as quatro componentes da acessibilidade espacial de Dischinger e Bins Ely (2006) da seguinte forma:

Orientação: *condição de compreensão do espaço (legibilidade espacial) a partir de sua configuração arquitetônica e da sua organização funcional. É a possibilidade de distinguir o local onde se está, e o percurso que se deve fazer para chegar a um determinado destino, a partir de informação arquitetônica e suportes informativos (placas, letreiros, sinais, mapas). Segundo Bins Ely et al (2002), a orientação é um processo cognitivo que depende da capacidade de cada pessoa em perceber e tratar as informações, definindo estratégias de ação e executando-as. Cabe ressaltar que as informações adicionais devem ser acessíveis a todos, como textos em Braille para o deficiente visual e pictogramas para analfabetos e crianças. A ausência destas informações gera situações constrangedoras, pois acentua as restrições, causando exclusão e reduzindo a acessibilidade do ambiente. Quando não há cumprimento deste componente no ambiente, a pessoa com restrição sensorial visual é uma das mais prejudicadas.*

Deslocamento: *condição de movimento nos percursos horizontais e verticais e sua continuidade. É a possibilidade de deslocar-se de forma independente em percursos livres de obstáculos, que ofereçam conforto e segurança ao usuário. Este componente quando não aplicado gera dificuldades principalmente às pessoas com restrições físico-motoras. Por exemplo, a ausência de rampa ou algum dispositivo eletromecânico que possibilite a circulação de um usuário de cadeira de rodas dentro de ambientes com desníveis como cinemas e teatros.*

Uso: *condição que possibilita a utilização dos equipamentos e a participação nas atividades fins. Os equipamentos devem ser acessíveis a todos os usuários e manuseados com segurança, conforto e autonomia. Pessoas com restrições físico-motoras (ausência de força física, coordenação motora, precisão ou mobilidade) possuem limitações para utilizar certos equipamentos existentes no ambiente, como por exemplo, um cadeirante alcançar uma estante de livros com altura inadequada. O usuário com restrição visual, por exemplo, possui dificuldade para visitar uma exposição de arte, devido á ausência de dispositivos de áudio-descrição ou textos em Braille, que informe sobre as obras expostas e as atividades existentes.*

Comunicação: *condição de troca e intercambio entre pessoas e entre pessoas e equipamentos de tecnologia assistiva (como terminais de computadores e telefones com mensagens de texto), que permitam o ingresso e uso do ambiente. Na ausência deste componente no ambiente, os usuários com restrições sensoriais auditivas e restrições cognitivas (com limitações na produção lingüística) são os que mais enfrentam dificuldades, como por exemplo, a ausência de funcionários capacitados (interprete de Libras) para o atendimento de usuários surdos nos centros culturais.*

ANEXO II

Segundo a CORDE (1998, p. 12), a acessibilidade é tratada de acordo as seguintes categorias:

e) O acesso como a capacidade de se chegar a outras pessoas
Os seres humanos são entes sociais e o contato entre os membros de uma sociedade torna-se necessário para o bem estar de todos. Esta é a visão da cidade como cenário de troca entre as diferentes pessoas.

f) O acesso às atividades humanas
Oportunidades devem ser dadas a todas as pessoas para realizarem algo – como trabalhar, aprender, abrigar-se e divertir-se. A acessibilidade surge como atributo imprescindível na sociedade permitindo que todos possam desfrutar das mesmas oportunidades em aspectos fundamentais da vida: educação, trabalho, habitação, lazer, turismo, cultura e relações sociais.

g) O acesso ao meio físico
Os lugares de uma cidade são espaços que por sua natureza de convívio coletivo, devem ser acessíveis a todos. O planejamento da boa forma da cidade, que leve em consideração a acessibilidade ao meio físico, possibilitará a construção de uma sociedade inclusiva que assimile progressivamente a idéia de integração social e espacial das pessoas com todas as suas diferenças.

h) O acesso à autonomia, liberdade e individualidade
A acessibilidade pressupõe a liberdade de escolha ou a opção individual no ato de relacionar-se com o ambiente e com a vida.

e) O acesso ao sistema de transportes
O acesso ao sistema de transportes é de vital importância neste contexto. A cidade deve oferecer diversas alternativas, para que mesmo aqueles com deficiência temporária ou mobilidade reduzida (pessoas engessadas ou idosas, por exemplo), possam contar com eficiência e segurança na sua locomoção para realizar suas atividades.

f) O acesso à informação
Através da comunicação sensorial, reprodução dos significados da vida comum pelas formas, cores, texturas, sons, símbolos e signos expressos em cada espaço e mobiliário urbanos, é possível realizar um sistema de sinalização acessível a qualquer pessoa.