A acessibilidade constitui um dos fundamentos da equidade em saúde, da autonomia individual e da participação social, embora continue frequentemente a ser interpretada como uma questão predominantemente arquitetónica ou destinada exclusivamente às pessoas com deficiência. Contudo, a possibilidade de circular livremente, utilizar transportes, aceder a serviços e participar na comunidade representa uma condição essencial para o exercício da cidadania. Imagine-se, por um momento, que amanhã a nossa mobilidade dependia de uma cadeira de rodas manual, elétrica ou de uma scooter de mobilidade reduzida. Conseguiríamos deslocar-nos autonomamente pelas ruas do Funchal, atravessar uma passadeira, entrar num estabelecimento comercial ou chegar a uma consulta? Esta interrogação, aparentemente simples, permite compreender uma questão estrutural: a autonomia não depende exclusivamente das capacidades individuais, mas também das oportunidades e limitações produzidas pelo ambiente.

A compreensão científica desta realidade encontra fundamento no modelo biopsicossocial da funcionalidade. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2001), através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, estabeleceu que a funcionalidade e a incapacidade resultam da interação dinâmica entre condições de saúde, fatores pessoais e ambientais. Esta conceptualização representa uma mudança relativamente às abordagens centradas exclusivamente no défice individual, reconhecendo que as barreiras físicas, sociais e institucionais podem restringir a participação, mesmo quando existem capacidades funcionais preservadas. Consequentemente, a acessibilidade não deve ser entendida como uma adaptação complementar, mas como uma dimensão estruturante dos ambientes promotores de saúde.

Esta perspetiva é reforçada pelo modelo social da deficiência, que identifica nas estruturas sociais e ambientais importantes mecanismos de exclusão. Shakespeare (2014) argumenta, contudo, que uma compreensão rigorosa da deficiência exige integrar simultaneamente as experiências corporais e os condicionantes sociais, evitando interpretações excessivamente simplificadoras. Assim, uma pessoa com mobilidade reduzida pode apresentar limitações específicas, mas a intensidade das restrições à sua participação depende, em grande medida, da configuração dos espaços, dos recursos disponíveis e das respostas institucionais.

A relevância deste problema é evidenciada pelos dados internacionais. A WHO (2022) estima que aproximadamente 1,3 mil milhões de pessoas, correspondentes a cerca de 16% da população mundial, vivam com deficiência significativa. Este indicador demonstra que a

acessibilidade não representa uma preocupação marginal, mas uma necessidade transversal às políticas públicas. Acresce que o envelhecimento demográfico, as doenças crónicas e as alterações funcionais temporárias ampliam o número de pessoas que poderão beneficiar de ambientes acessíveis ao longo do ciclo de vida.

No contexto português, o Decreto-Lei n.º 163/2006 estabelece normas técnicas destinadas à promoção da acessibilidade em edifícios e espaços públicos, constituindo um instrumento jurídico relevante para a eliminação de barreiras arquitetónicas. Todavia, a existência de enquadramento legislativo não garante, isoladamente, a acessibilidade efetiva. A continuidade dos percursos, a manutenção das infraestruturas, a fiscalização e a participação dos utilizadores constituem condições indispensáveis para transformar disposições normativas em oportunidades reais de mobilidade.

Esta problemática adquire particular complexidade na Região Autónoma da Madeira, cuja configuração orográfica, os declives acentuados e a organização histórica de determinados espaços urbanos colocam desafios específicos ao planeamento inclusivo. No Funchal, a existência de ruas inclinadas, passeios estreitos e diferentes níveis de acesso exige soluções contextualizadas, tecnicamente fundamentadas e articuladas com as características territoriais. Contudo, as dificuldades geográficas não devem ser interpretadas como justificação para a manutenção de barreiras evitáveis. Pelo contrário, reforçam a necessidade de estratégias integradas de desenho urbano, mobilidade e acessibilidade.

A distinção entre acessibilidade pontual e acessibilidade contínua torna-se, neste contexto, fundamental. A instalação de uma rampa não assegura autonomia quando o percurso subsequente apresenta obstáculos, pavimentos inadequados ou ausência de atravessamentos seguros. A acessibilidade deve ser analisada como uma cadeia funcional, na qual a existência de uma única barreira pode comprometer a utilização de todo o trajeto. A WHO e a UNICEF (2022), no relatório global sobre tecnologia de apoio, salientam que os dispositivos de mobilidade só permitem concretizar plenamente o seu potencial quando acompanhados por ambientes adequados, serviços acessíveis e sistemas de apoio.

Esta abordagem encontra especial pertinência na Enfermagem de Reabilitação. A intervenção especializada procura maximizar a funcionalidade, prevenir complicações, promover a independência e favorecer a participação nas atividades significativas da vida quotidiana. Contudo, a recuperação de capacidades motoras ou a aprendizagem da utilização

de produtos de apoio não asseguram, por si só, a reintegração comunitária. Uma pessoa pode alcançar progressos clínicos relevantes e continuar impedida de realizar atividades essenciais devido às características do ambiente. A reabilitação deve, portanto, integrar a avaliação das condições habitacionais, dos percursos comunitários e das barreiras que condicionam a autonomia.

Esta reflexão tornou-se particularmente significativa nas 3.ªs Jornadas «Rota da Saúde – Saúde, Acessibilidade e Qualidade de Vida», realizadas a 28 de outubro de 2026, no Funchal, por iniciativa da Associação de Doenças Neuro-Músculo-Esqueléticas da Região Autónoma da Madeira. Sob o lema «Mais saúde, menos barreiras, mais inclusão!», o encontro proporcionou uma oportunidade de reflexão interdisciplinar sobre a relação entre acessibilidade, participação social e qualidade de vida. A sua relevância ultrapassa a sensibilização pública, evidenciando a necessidade de transformar o conhecimento técnico e científico em intervenções concretas nos territórios.

A acessibilidade apresenta igualmente uma dimensão psicológica e social frequentemente subestimada. A antecipação de obstáculos, o receio de quedas, a dificuldade em utilizar transportes e a necessidade recorrente de solicitar ajuda podem influenciar a confiança, a autodeterminação e a disponibilidade para participar em atividades comunitárias. A restrição da mobilidade pode, consequentemente, contribuir para processos de isolamento e redução da participação social. Neste sentido, os ambientes acessíveis não representam apenas infraestruturas fisicamente adaptadas, mas condições que favorecem a segurança percebida, a dignidade e a liberdade de escolha.

A Organização das Nações Unidas (United Nations, 2006), através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, reconhece a acessibilidade como condição fundamental para a participação plena e efetiva na sociedade. Esta perspetiva desloca a discussão de uma lógica assistencial para uma abordagem baseada nos direitos humanos. A inclusão não deve depender da disponibilidade ocasional de terceiros para ultrapassar obstáculos, mas da existência de condições estruturais que permitam às pessoas exercer os seus direitos em igualdade de oportunidades.

A transformação dos espaços urbanos exige, por isso, abordagens interdisciplinares que integrem saúde, arquitetura, engenharia, mobilidade, planeamento territorial e políticas sociais. O desenho universal constitui um referencial relevante, procurando conceber

ambientes utilizáveis pelo maior número possível de pessoas, independentemente da idade ou condição funcional. Contudo, a aplicação destes princípios deve ser acompanhada por processos de participação efetiva das pessoas com deficiência, reconhecendo o seu conhecimento experiencial como elemento essencial na identificação de necessidades e na avaliação das soluções.

A investigação científica pode contribuir para esta transformação através da avaliação sistemática da acessibilidade real. Auditorias aos percursos pedonais, análise das condições de utilização dos transportes, estudos de mobilidade e metodologias participativas podem identificar barreiras que permanecem invisíveis aos indicadores administrativos. A integração de medidas objetivas com experiências relatadas pelos utilizadores permitirá compreender não apenas a existência de infraestruturas, mas a sua funcionalidade, segurança e adequação às necessidades concretas.

A acessibilidade deve ainda ser compreendida numa perspetiva de sustentabilidade social. Cidades inclusivas favorecem a participação de pessoas idosas, cidadãos com deficiência, famílias com crianças pequenas e indivíduos com limitações temporárias. Investir na eliminação de barreiras pode, assim, contribuir para comunidades mais participativas, embora os seus efeitos devam ser avaliados através de indicadores de mobilidade, utilização de serviços, participação social e qualidade de vida.

Em última análise, a construção de cidades acessíveis exige reconhecer que a funcionalidade humana é dinâmica e que qualquer pessoa poderá enfrentar alterações na sua mobilidade ao longo da vida. A acessibilidade não constitui um privilégio atribuído a determinados grupos, mas uma responsabilidade coletiva associada à equidade, à saúde pública e aos direitos humanos. O verdadeiro desenvolvimento de uma cidade não se mede exclusivamente pela modernização das suas infraestruturas, mas pela capacidade de permitir que todas as pessoas utilizem os seus espaços com segurança, autonomia e dignidade.

Talvez a questão mais relevante não seja saber se amanhã precisaremos de uma cadeira de rodas, mas compreender por que razão continuamos a aceitar ambientes que limitam a participação de quem dela necessita hoje. Uma sociedade inclusiva não se define apenas pela capacidade de prestar assistência perante obstáculos, mas sobretudo pelo compromisso de os identificar, prevenir e eliminar. Porque a verdadeira acessibilidade começa quando a liberdade de circular deixa de depender da capacidade de ultrapassar barreiras e passa a

constituir uma condição efetiva de cidadania.

Referências bibliográficas

Kapsalis, E., Jaeger, N., & Hale, J. (2024). Disabled-by-design: Effects of inaccessible urban public spaces on users of mobility assistive devices—A systematic review. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 19(3), 604–622. https://doi.org/10.1080/17483107.2022.2111723

Lin, S., Yu, H., Brooks, I. S., Cheung, W. C., & Jan, Y.-K. (2026). Influences of the built environment in physical activity participation in individuals with disabilities: A systematic review. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/17483107.2026.2734042

Portugal. (2006). Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. Diário da República, 1.ª série, n.º 152.

Shakespeare, T. (2014). Disability rights and wrongs revisited (2nd ed.). Routledge.

United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. https://iris.who.int/handle/10665/42407

World Health Organization. (2022). Global report on health equity for persons with disabilities. https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2022). Global report on assistive technology. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451