

Uma reflexão científica sobre os determinantes sociais da saúde, a funcionalidade, a inclusão e a participação comunitária, no contexto das 3.ªs Jornadas «Rota da Saúde», realizadas no Funchal.

A construção de sociedades inclusivas constitui um dos desafios centrais da saúde pública contemporânea, particularmente num contexto marcado pelo envelhecimento demográfico, pelo aumento das doenças crónicas e pela persistência de desigualdades sociais e territoriais. A saúde não pode ser compreendida exclusivamente pela ausência de doença, pela disponibilidade de tratamentos ou pela capacidade de resposta dos serviços assistenciais. A sua verdadeira dimensão manifesta-se nas oportunidades que cada pessoa tem de viver com autonomia, segurança, dignidade e participação social. Esta compreensão esteve subjacente à reflexão proporcionada pelas 3.ªs Jornadas «Rota da Saúde – Saúde, Acessibilidade e Qualidade de Vida», realizadas a 28 de outubro de 2026, no Funchal, evidenciando a necessidade de reconhecer a inclusão como responsabilidade partilhada entre instituições, profissionais e comunidades.

A relação entre condições sociais e resultados em saúde encontra fundamentação nos contributos de Marmot et al. (2008), que identificaram os determinantes sociais como fatores estruturantes das desigualdades. Esta perspetiva foi atualizada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2025), cujo relatório mundial sobre equidade em saúde demonstra que as condições de habitação, educação, rendimento, trabalho e acesso a recursos continuam a influenciar profundamente as oportunidades de viver com saúde. O documento sublinha que reduzir desigualdades exige políticas intersetoriais e transformações estruturais, não sendo suficiente aumentar isoladamente a oferta de cuidados.

Neste enquadramento, a acessibilidade deve ser reconhecida como determinante da participação social. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (WHO, 2001) estabelece que a funcionalidade resulta da interação entre condições de saúde, capacidades individuais e fatores ambientais. Consequentemente, uma limitação física não determina necessariamente uma restrição de participação, podendo esta ser ampliada ou reduzida pelas características dos espaços e serviços. A investigação de Solomon e Buliung (2026), baseada numa revisão crítica da literatura sobre barreiras urbanas, reforça esta interpretação ao identificar obstáculos nos transportes e nas infraestruturas que condicionam a mobilidade e a participação social das pessoas com deficiência.

A evidência recente permite aprofundar esta relação. Lin et al. (2026), numa revisão sistemática de 26 estudos, identificaram a acessibilidade, a segurança, a conectividade das ruas e outras características do ambiente construído como fatores associados à participação em atividade física das pessoas com deficiência. Contudo, os autores reconheceram limitações metodológicas, nomeadamente a predominância de estudos transversais, que restringem a interpretação causal dos resultados. Esta conclusão demonstra que a acessibilidade não deve ser avaliada apenas pela existência de infraestruturas adaptadas, mas pela sua capacidade efetiva de proporcionar mobilidade, segurança e oportunidades de participação.

A importância desta abordagem torna-se particularmente evidente perante o envelhecimento populacional. Beard et al. (2016) conceptualizaram o envelhecimento saudável a partir da capacidade funcional, considerando a interação entre capacidades intrínsecas e ambientes. Assim, prolongar a vida não significa necessariamente preservar a qualidade dos anos vividos. A manutenção da autonomia depende também da acessibilidade dos serviços, da existência de redes de apoio e das oportunidades de participação comunitária. Neste sentido, a promoção do envelhecimento saudável exige respostas que integrem saúde, proteção social, mobilidade e planeamento territorial.

A reabilitação constitui uma componente essencial desta estratégia. Cieza et al. (2020), através de uma análise sistemática da necessidade mundial de reabilitação, demonstraram a dimensão das condições de saúde suscetíveis de beneficiar destas intervenções. A WHO (2023) reforça a necessidade de integrar a reabilitação nos sistemas de saúde, privilegiando a continuidade assistencial e a centralidade da pessoa. Esta orientação permite compreender que a intervenção reabilitadora não deve terminar com a recuperação de capacidades físicas, devendo incluir a possibilidade de utilizar essas capacidades nos contextos reais de vida.

Na Enfermagem de Reabilitação, esta perspetiva adquire particular relevância. A promoção da mobilidade, do autocuidado e da independência funcional deve articular-se com a avaliação das barreiras ambientais e das oportunidades de participação. Recuperar a capacidade de caminhar ou utilizar uma cadeira de rodas representa um progresso clínico significativo; contudo, esse progresso pode não se traduzir em autonomia comunitária quando persistem obstáculos arquitetónicos, dificuldades de transporte ou serviços inacessíveis. A eficácia da reabilitação deve, por isso, ser analisada também através de resultados centrados na pessoa, incluindo participação social, qualidade de vida e realização

de atividades significativas.

A investigação de Watchorn et al. (2026), numa revisão de âmbito sobre a participação das pessoas com deficiência no codesenho de ambientes públicos, reforça a importância de integrar os utilizadores nos processos de planeamento. Esta abordagem reconhece que o conhecimento experiencial constitui um contributo essencial para identificar barreiras e desenvolver soluções ajustadas às necessidades reais. A inclusão deixa, assim, de representar uma intervenção concebida exclusivamente por especialistas para assumir uma dimensão participativa, na qual as pessoas diretamente afetadas contribuem para definir prioridades e avaliar resultados.

A literacia em saúde representa outra dimensão fundamental da autonomia. Nutbeam e Lloyd (2021) demonstraram que a capacidade de compreender, avaliar e utilizar informação em saúde depende tanto das competências individuais como das características dos sistemas de comunicação e prestação de cuidados. A disponibilização de informação não garante, isoladamente, decisões esclarecidas. Torna-se necessário adaptar a linguagem, reduzir a complexidade organizacional e desenvolver estratégias educativas acessíveis. Esta responsabilidade é particularmente importante na prevenção de doenças crónicas, na alimentação saudável, na gestão terapêutica e na promoção de comportamentos protetores.

A saúde mental constitui igualmente um elemento indissociável da qualidade de vida. A WHO (2022) reconhece que o bem-estar psicológico é influenciado por condições sociais, económicas e ambientais. A dor persistente, as limitações funcionais, o isolamento e as experiências de exclusão podem comprometer a autoestima, a segurança emocional e o sentimento de pertença. Consequentemente, as intervenções em saúde devem integrar dimensões físicas, psicológicas e sociais, evitando abordagens fragmentadas que desconsiderem a experiência global da pessoa.

As condições neuro-músculo-esqueléticas exemplificam esta interdependência. A dor, a fadiga e as alterações da mobilidade podem limitar o desempenho ocupacional, as relações sociais e a participação comunitária. A resposta interdisciplinar deve integrar exercício terapêutico, educação para a saúde, gestão da dor, apoio psicossocial e adaptação ambiental. Contudo, a promoção da atividade física exige condições adequadas de acessibilidade, segurança e acompanhamento, respeitando as características individuais e evitando soluções uniformizadas.

A Região Autónoma da Madeira apresenta particularidades geográficas que tornam esta discussão especialmente pertinente. Os declives acentuados, a configuração histórica de determinados espaços urbanos e as necessidades de mobilidade de uma população heterogénea exigem estratégias de planeamento inclusivo. A acessibilidade deve ser compreendida como uma continuidade funcional entre habitação, transportes, espaços públicos e serviços, reconhecendo que uma única barreira pode comprometer a utilização de todo um percurso.

A investigação de Azamnia et al. (2026), numa revisão de âmbito sobre deficiência e ambiente construído, reforça a necessidade de analisar criticamente a relação entre conceção dos espaços e experiências de exclusão. Esta abordagem evidencia que a transformação urbana não depende exclusivamente da aplicação de normas técnicas, exigindo também mudanças nos processos de planeamento e na forma como a diversidade funcional é considerada.

A construção de comunidades inclusivas requer, portanto, uma abordagem intersetorial, articulando saúde, educação, transportes, arquitetura, proteção social e participação cívica. As jornadas científicas e comunitárias representam oportunidades relevantes para aproximar diferentes áreas do conhecimento, mas o seu contributo deverá ser avaliado pela capacidade de gerar propostas concretas e mudanças sustentáveis. A investigação pode apoiar este processo através de indicadores de acessibilidade, funcionalidade, participação social e qualidade de vida, complementados por metodologias qualitativas que valorizem as experiências dos cidadãos.

Em síntese, a saúde, a acessibilidade e a qualidade de vida constituem dimensões interdependentes de um modelo de desenvolvimento centrado na dignidade humana. A evidência científica recente reforça que a inclusão não pode limitar-se à adaptação individual perante ambientes inadequados, exigindo transformações estruturais, participação comunitária e compromisso institucional. Construir uma sociedade inclusiva significa reconhecer que a autonomia não depende exclusivamente das capacidades das pessoas, mas também das condições que lhes são proporcionadas para exercer essas capacidades. O verdadeiro progresso social manifesta-se, assim, quando os espaços, os serviços e as políticas permitem que todos os cidadãos vivam, participem e envelheçam com segurança, liberdade e dignidade.

Referências bibliográficas

- Azamnia, V., Shew, A., & Afsari, K. (2026). Disability in the built environment: A scoping review. *Buildings*, 16(14), Article 2731. <https://doi.org/10.3390/buildings16142731>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- 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*. Publicação antecipada online. <https://doi.org/10.1080/17483107.2026.2734042>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Solomon, R., & Buliung, R. (2026). A critical narrative review of urban built environment barriers affecting people with mobility and vision disabilities. *Transport Reviews*. Publicação antecipada online. <https://doi.org/10.1080/01441647.2026.2677170>
- Watchorn, V., Frawley, P., Tucker, R., & Hitch, D. (2026). Participation of people with disability in the co-design of public built environments: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*. Publicação antecipada online. <https://doi.org/10.1080/09638288.2026.2723366>
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and

health: ICF. <https://iris.who.int/handle/10665/42407>

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

World Health Organization. (2023). Rehabilitation in health systems: Guide for action.

World Health Organization. (2025). World report on social determinants of health equity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>