ReGeo ISSN: 2177-3246

A EXPANSÃO DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO PELO NOVO PAC SAÚDE: A NOVA SELEÇÃO CORRIGE A CONCENTRAÇÃO REGIONAL DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA?

THE EXPANSION OF SPECIALIZED REHABILITATION CENTERS THROUGH THE NEW PAC HEALTH: DOES THE NEW SELECTION CORRECT THE REGIONAL CONCENTRATION OF THE CARE NETWORK FOR PERSONS WITH DISABILITIES?

LA EXPANSIÓN DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN REHABILITACIÓN A TRAVÉS DEL NUEVO PAC SALUD: ¿CORRIGE LA NUEVA SELECCIÓN LA CONCENTRACIÓN REGIONAL DE LA RED DE CUIDADOS A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD?

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-115

Data de submissão: 06/08/2026 **Data de publicação:** 18/09/2026

Ana Paula Martins Dona
Medicina
E-mail: anapaulamdona8@gmail.com

RESUMO

O artigo examina se a incorporação de 23 Centros Especializados em Reabilitação (CER) à seleção de 2025 do Novo PAC Saúde, somada aos 30 equipamentos escolhidos na rodada de 2023, corrige o padrão de concentração territorial historicamente associado à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). A análise confronta a expansão física anunciada — 53 unidades e R$ 414 milhões — com quatro dimensões de equidade: distribuição espacial da oferta preexistente, necessidades populacionais, acessibilidade geográfica e capacidade de transformar obra em cuidado continuado. Os resultados indicam uma inflexão relevante, pois a política amplia o número de pontos especializados, contempla estados de todas as regiões e introduz novos polos no interior. Entretanto, não há base suficiente para afirmar correção estrutural da concentração. A seleção de equipamentos não equivale à habilitação, ao custeio ou ao funcionamento; a notícia oficial disponível informa 28 obras em andamento entre as 53 financiadas. Além disso, a equivalência do investimento entre as rodadas, apesar do menor número de unidades em 2025, sugere mudança do custo unitário, mas não demonstra que os recursos tenham sido ponderados por vazios assistenciais, população com deficiência ou tempo de viagem. A literatura converge ao mostrar redes ainda centradas na atenção especializada, fragilidades de regulação, oferta condicionada pela capacidade instalada e desigual implantação entre territórios. Conclui-se que a nova seleção promove desconcentração parcial e potencial, porém a correção efetiva depende da localização intrarregional, das modalidades ofertadas, de equipes completas, custeio regular, transporte sanitário, regulação e integração com atenção primária e hospitalar. Propõe-se monitoramento público por indicadores de cobertura e acesso, substituindo a contagem de obras como medida isolada de equidade.

Palavras-chave: Reabilitação. Regionalização da Saúde. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

This article examines whether the addition of 23 Specialized Rehabilitation Centers to the 2025 New Growth Acceleration Program for Health, combined with 30 facilities selected in 2023, corrects the territorial concentration historically associated with Brazil's Care Network for People with Disabilities. The analysis compares the announced physical expansion—53 facilities and BRL 414

million—with four dimensions of equity: the pre-existing spatial distribution of services, population needs, geographic accessibility, and the ability to convert construction into continuous care. The expansion is relevant because it adds specialized points, reaches states in every macro-region and creates potential new inland hubs. Yet the available evidence does not support a claim of structural correction. Selection is not equivalent to accreditation, recurring funding or operation, and official reporting indicated that 28 of the 53 financed facilities were under construction. Equal aggregate investment in both rounds, despite fewer units in 2025, also does not establish that resources were allocated according to care gaps, disability prevalence or travel time. Scientific studies consistently report specialized-care centrality, weak regulation, supply-driven network design and uneven implementation. The 2025 round therefore represents potential and partial deconcentration rather than proven territorial equity. Effective correction requires appropriate location, rehabilitation modalities, complete teams, recurring funding, accessible transport, regulation and integration with primary and hospital care.

Keywords: Rehabilitation. Health Regionalization. Health Equity.

RESUMEN

El artículo examina si la incorporación de 23 Centros Especializados en Rehabilitación (CER) a la selección de 2025 del Nuevo PAC Salud, sumada a los 30 equipamientos elegidos en la ronda de 2023, corrige el patrón de concentración territorial históricamente asociado a la Red de Cuidados de la Persona con Discapacidad (RCPD). El análisis confronta la expansión física anunciada —53 unidades y R$ 414 millones— con cuatro dimensiones de equidad: distribución espacial de la oferta preexistente, necesidades poblacionales, accesibilidad geográfica y capacidad de transformar obra en cuidado continuado. Los resultados indican una inflexión relevante, pues la política amplía el número de puntos especializados, contempla estados de todas las regiones e introduce nuevos polos en el interior. Sin embargo, no hay base suficiente para afirmar corrección estructural de la concentración. La selección de equipamientos no equivale a la habilitación, al financiamiento o al funcionamiento; la información oficial disponible informa 28 obras en curso entre las 53 financiadas. Además, la equivalencia de la inversión entre las rondas, a pesar del menor número de unidades en 2025, sugiere cambio del costo unitario, pero no demuestra que los recursos hayan sido ponderados por vacíos asistenciales, población con discapacidad o tiempo de viaje. La literatura converge al mostrar redes aún centradas en la atención especializada, fragilidades de regulación, oferta condicionada por la capacidad instalada e implantación desigual entre territorios. Se concluye que la nueva selección promueve desconcentración parcial y potencial, pero la corrección efectiva depende de la localización intrarregional, de las modalidades ofertadas, de equipos completos, financiamiento regular, transporte sanitario, regulación e integración con atención primaria y hospitalaria. Se propone monitoreo público por indicadores de cobertura y acceso, sustituyendo el conteo de obras como medida aislada de equidad.

Palabras clave: Rehabilitación. Regionalización de la Salud. Equidad en Salud.

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação é parte do direito à saúde e não um benefício acessório. Para pessoas com impedimentos físicos, auditivos, visuais ou intelectuais, o acesso oportuno a avaliação, terapias, órteses, próteses e tecnologias assistivas condiciona autonomia, participação social e prevenção de agravos secundários. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) assinala que a necessidade de reabilitação cresce com o envelhecimento, a sobrevivência a doenças e traumas e a prevalência de condições crônicas. Em sistemas universais, portanto, distribuir serviços especializados no território é requisito de equidade.

No Brasil, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída em 2012 para criar, ampliar e articular pontos de atenção no Sistema Único de Saúde. Entre esses pontos, os Centros Especializados em Reabilitação ocupam posição estratégica: são serviços ambulatoriais multiprofissionais classificados conforme duas, três ou quatro modalidades de reabilitação. Seu papel compreende diagnóstico, avaliação funcional, intervenção, adaptação de tecnologia assistiva e articulação do projeto terapêutico com outros componentes do SUS (BRASIL, 2012; BRASIL, 2020).

O desenho normativo, contudo, não elimina a geografia desigual da oferta. Serviços especializados tendem a localizar-se em capitais, regiões metropolitanas e municípios com maior capacidade fiscal, administrativa e profissional. Em áreas rurais, amazônicas e de baixa densidade, distâncias, custo do deslocamento e escassez de equipes transformam uma vaga formalmente existente em acesso apenas nominal. A regionalização busca justamente organizar referências para populações de múltiplos municípios, mas pode reproduzir centralização se não considerar fluxos reais, transporte e escala mínima.

A literatura da RCPD descreve uma implantação heterogênea. Dubow, Garcia e Krug (2018) observaram uma rede em construção, ainda com ênfase nos serviços especializados como centro do cuidado. Ribeiro *et al.* (2023), em oito estados das cinco regiões, registraram graus diferentes de implantação e fragilidades em componentes essenciais. Mota e Bousquat (2023) identificaram que parte da estrutura de reabilitação se organizava pela oferta já existente, e não pelas necessidades territoriais, além de barreiras de regulação. Esses resultados formam o padrão histórico contra o qual a expansão recente deve ser julgada.

O Novo Programa de Aceleração do Crescimento abriu uma janela de investimento em infraestrutura sanitária. Na primeira seleção, lançada em 2023 e divulgada em 2024, foram escolhidos 30 novos CER, com investimento anunciado de R$ 207 milhões. Em 2025, nova seleção acrescentou 23 unidades, também com R$ 207 milhões, alcançando 53 centros financiados e R$ 414 milhões. O

Ministério da Saúde informou que os novos equipamentos de 2025 alcançariam 14 estados de todas as regiões e que, no conjunto, 28 obras já estavam em andamento (BRASIL, 2024; BRASIL, 2025a).

A magnitude nominal do investimento não responde, por si, à pergunta distributiva. Uma unidade acrescentada em área já densa e outra instalada em vazio assistencial contam igualmente no balanço físico, mas possuem efeitos distintos sobre equidade. Do mesmo modo, selecionar um município não garante conclusão da obra, habilitação, composição de equipe, financiamento de custeio nem redução de filas. A avaliação precisa separar insumo de capital, capacidade instalada, produção assistencial e resultado de acesso.

O problema de pesquisa é: a seleção de 23 CER em 2025 corrige o padrão de concentração regional descrito para a RCPD, quando analisada em conjunto com os 30 centros selecionados em 2023? A formulação utiliza "corrige" em sentido exigente: não basta presença em todas as macrorregiões; é necessário que o incremento reduza desigualdades relativas de cobertura, distância e oportunidade de cuidado.

A justificativa é simultaneamente científica e gerencial. Investimentos de capital criam efeitos duradouros e custos recorrentes. Uma localização inadequada pode consolidar dependências e exigir deslocamentos por décadas. Por outro lado, uma unidade bem situada, integrada a transporte e regulação regional, pode alterar trajetórias de famílias que hoje percorrem centenas de quilômetros. Examinar a seleção antes da maturação dos serviços permite explicitar critérios de monitoramento e impedir que obra concluída seja confundida com política implementada.

O objetivo geral é avaliar criticamente a capacidade redistributiva das seleções de CER do Novo PAC Saúde. Os objetivos específicos são: reconstruir o marco institucional da RCPD; sistematizar os números e estágios das duas rodadas; identificar o padrão de concentração descrito na literatura; estabelecer critérios de correção territorial; discutir convergências, divergências e limites das evidências; e propor indicadores para acompanhamento da expansão.

A hipótese é que a rodada de 2025 representa desconcentração parcial, mas ainda não comprova correção regional. A seleção amplia a infraestrutura potencial e sinaliza prioridade federal, porém seus efeitos dependem de escolhas intrarregionais e de capacidades de implementação. A unidade de análise adequada não é apenas a macrorregião ou o estado, mas a região de saúde, o percurso do usuário e a cadeia operacional que conecta encaminhamento, atendimento e continuidade terapêutica.

2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, conduzida por revisão integrativa da literatura e análise documental. A revisão reuniu estudos sobre implementação, organização, acesso e

avaliação da RCPD e dos CER. A análise documental examinou normas, manuais técnicos, resultados de seleção e comunicações oficiais do Novo PAC Saúde. A síntese é predominantemente qualitativa, com estatística descritiva dos quantitativos e investimentos anunciados.

As buscas foram realizadas de 14 a 20 de setembro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO, DOAJ e Google Scholar. Empregaram-se, em português e inglês, os descritores "Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência", "Centro Especializado em Reabilitação", "serviços de reabilitação", "regionalização", "desigualdade regional", "acesso geográfico", "health services accessibility", "rehabilitation services" e "people with disabilities", combinados com operadores AND e OR.

Foram elegíveis artigos revisados por pares, publicados prioritariamente entre 2012 e 2026, que abordassem a RCPD, serviços de reabilitação no SUS, regionalização ou barreiras territoriais. Mantiveram-se documentos anteriores quando fundamentavam conceitos de redes e acesso. Excluíram-se duplicatas, textos sem identificação de fonte, publicações promocionais, estudos exclusivamente clínicos sem relação com organização do serviço e referências cujo título, periódico ou endereço não pôde ser verificado.

O corpus documental incluiu a Portaria GM/MS nº 793/2012, a Portaria de Consolidação nº 3/2017, o Manual de Ambiência dos CER, atos e páginas oficiais do Novo PAC e informações do resultado de 2025. Notícias institucionais foram usadas somente para números de seleção, investimento, abrangência e estágio das obras; interpretações sobre equidade foram fundamentadas na literatura e na comparação analítica.

A extração registrou: território estudado; nível de análise; composição da rede; barreiras de acesso; governança; regulação; força de trabalho; articulação assistencial; conclusão dos autores; e limitações. Para os documentos do programa foram extraídos ano, unidades, investimento, abrangência declarada e estágio de execução. Os dados foram conferidos entre atos normativos e páginas oficiais sempre que possível.

A avaliação de correção territorial utilizou quatro eixos. O primeiro foi disponibilidade, isto é, quantidade e modalidades dos CER em relação à população e à necessidade. O segundo foi acessibilidade, considerando distância, tempo, transporte e barreiras físicas e comunicacionais. O terceiro foi capacidade operacional, abrangendo obra, habilitação, equipe, custeio, regulação e produção. O quarto foi integração, referente à coordenação com atenção primária, hospital, assistência social, educação e transporte.

Adotou-se como contrafactual descritivo o padrão apontado por estudos anteriores: oferta centralizada, rede induzida por serviços já existentes, implantação desigual e fragilidade da

coordenação regional. A nova seleção seria considerada corretiva se deslocasse recursos proporcionalmente para vazios assistenciais e se apresentasse condições verificáveis de funcionamento. Presença em todas as regiões foi tratada como alcance nacional, não como prova suficiente de equidade.

Os Gráficos 1 e 2 reproduzem os totais oficiais das rodadas: 30 e 23 unidades, com R$ 207 milhões em cada etapa. O Gráfico 3 compara 28 obras informadas como em andamento com 25 unidades em demais estágios, diferença calculada sobre o total de 53. Essa categoria residual não significa cancelamento ou paralisação; indica apenas que a comunicação consultada não as classificava como "em andamento".

A pesquisa não realizou geocodificação de todos os municípios nem estimou cobertura por tempo de viagem, porque a listagem nacional consolidada, as modalidades definitivas e o cronograma operacional não estavam uniformemente disponíveis nas fontes examinadas. Consequentemente, as conclusões referem-se à capacidade redistributiva demonstrável na fase de seleção, e não a efeitos causais sobre utilização, funcionalidade ou qualidade de vida.

Quadro 1. Protocolo metodológico da revisão e análise documental

Elemento	Definição operacional
Desenho	Revisão integrativa e análise documental com síntese crítica.
Período de busca	14 a 20 de setembro de 2026.
Recorte	Publicações de 2012–2026, com exceções conceituais justificadas.
Inclusão	Estudos sobre RCPD, CER, regionalização, acesso e desigualdade territorial.
Exclusão	Duplicatas, textos promocionais, estudos clínicos sem dimensão organizacional e fontes não verificáveis.
Desfecho	Evidência de desconcentração e de correção territorial efetiva.
Eixos	Disponibilidade, acessibilidade, operação e integração do cuidado.

Fonte: Elaboração própria (2026).

3 A RCPD E O PAPEL DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO

3.1 DA CRIAÇÃO DA REDE À CENTRALIDADE DO CER

A Portaria nº 793/2012 concebeu a RCPD como rede e não como coleção de estabelecimentos. Seus objetivos incluem ampliar acesso, qualificar atendimento, articular pontos e desenvolver ações de prevenção e identificação precoce. A atenção especializada compreende CER, oficinas ortopédicas e outros serviços; a atenção básica deve coordenar o cuidado, enquanto a atenção hospitalar e de urgência precisa assegurar encaminhamento e reabilitação precoce. A arquitetura pretende superar fragmentação.

O CER é classificado em CER II, III ou IV de acordo com o número de modalidades — auditiva, física, intelectual e visual. A classificação tem consequência distributiva: duas regiões com um centro cada podem possuir capacidade muito diferente. Contar prédios sem identificar

modalidades, equipes, vagas e oficinas ortopédicas produz equivalência artificial. Também importa saber se o serviço é municipal com alcance regional, estadual ou contratado.

O Manual de Ambiência (BRASIL, 2020) traduz o modelo assistencial em programa físico, prevendo espaços de avaliação, terapias, estimulação, oficinas e circulação acessível. A padronização arquitetônica reduz incerteza e acelera projetos, mas não resolve a adequação territorial. O mesmo projeto pode funcionar em cidade compacta e fracassar em território com deslocamento fluvial se transporte e hospedagem não integrarem o planejamento.

A centralidade prática do CER decorre de sua visibilidade e densidade tecnológica. Entretanto, Dubow, Garcia e Krug (2018) alertam que a ênfase excessiva no serviço especializado pode enfraquecer a noção de rede viva. Quando o centro absorve toda a responsabilidade, a atenção primária torna-se mero encaminhador e a continuidade depende de retornos distantes. O êxito do investimento, portanto, deve ser medido pela capacidade de organizar linhas de cuidado, e não só pelo volume interno.

Valentim *et al.* (2021) construíram e validaram modelo lógico para os CER, evidenciando a necessidade de relacionar recursos, processos, produtos e resultados. Essa perspectiva é especialmente útil ao Novo PAC: recurso de capital é apenas uma entrada. Processos incluem contratação, qualificação, regulação e projeto terapêutico; produtos incluem atendimentos e tecnologias; resultados envolvem funcionalidade, participação e acesso equitativo.

3.2 REGIONALIZAÇÃO, ESCALA E TERRITÓRIO

Serviços especializados exigem escala populacional e equipes raras. A regionalização tenta equilibrar proximidade e viabilidade técnica por referências pactuadas. Não seria racional instalar todos os tipos de CER em cada município, mas tampouco é equitativo concentrá-los onde já existem profissionais e hospitais. O ponto de equilíbrio depende da distribuição da necessidade, das redes viárias e fluviais, do transporte sanitário e da capacidade de atendimento.

A região de saúde deve funcionar como espaço de planejamento compartilhado. Contudo, fronteiras administrativas nem sempre coincidem com deslocamentos. Usuários podem buscar cidade de outro estado ou região por menor distância. Critérios baseados exclusivamente em sede formal ignoram fluxos. Reis *et al.* (2017) propõem uma regionalização viva, atenta às relações e à capacidade real de coordenação.

A densidade populacional altera o significado de distância. Em metrópoles, poucos quilômetros podem representar horas, custo e barreiras de acessibilidade no transporte. Na Amazônia e no Pantanal, a viagem pode depender de rio e sazonalidade. Em áreas rurais, frequência de transporte e necessidade

de acompanhante afetam adesão. A distribuição equitativa não é uma divisão aritmética por região, mas alocação que equalize oportunidades.

Syed, Gerber e Sharp (2013) mostram, em revisão, que transporte constitui barreira recorrente ao acesso à saúde. Para reabilitação, o efeito é intensificado pela necessidade de sessões repetidas e pela mobilidade reduzida de parte dos usuários. Um trajeto tolerável para consulta anual pode ser inviável duas ou três vezes por semana. Assim, o indicador mais informativo não é apenas distância ao CER, mas tempo e custo acumulado do plano terapêutico.

A teleassistência pode apoiar matriciamento e seguimento, mas não substitui avaliações, adaptação de órteses ou terapias presenciais quando clinicamente necessárias. Seu uso deve reduzir deslocamentos evitáveis e fortalecer equipes locais, não justificar manutenção de vazios. A expansão física precisa combinar polos especializados, cuidado descentralizado e apoio remoto de forma coerente.

4 O NOVO PAC SAÚDE E AS DUAS RODADAS DE EXPANSÃO

Tabela 1. Seleções de Centros Especializados em Reabilitação no Novo PAC Saúde

Rodada	CER selecionados	Investimento anunciado	Média aritmética por CER	Informação territorial
2023	30	R$ 207 milhões	R$ 6,9 milhões	Primeira seleção nacional
2025	23	R$ 207 milhões	R$ 9,0 milhões	14 estados, todas as regiões
Total	53	R$ 414 milhões	R$ 7,81 milhões	Expansão acumulada

Médias calculadas a partir dos valores agregados anunciados; não representam necessariamente o valor individual de cada obra.
Fonte: Brasil (2024; 2025a).

A Tabela 1 evidencia duas características. A primeira é o volume: 53 equipamentos constituem expansão materialmente relevante para uma rede especializada. A segunda é a diferença de média aritmética. Mantido o investimento agregado de R$ 207 milhões, a média passa de R$ 6,9 milhões em 2023 para R$ 9 milhões em 2025. A diferença pode refletir atualização de custos, porte, modalidades ou especificações, mas as fontes agregadas não permitem atribuir causa.

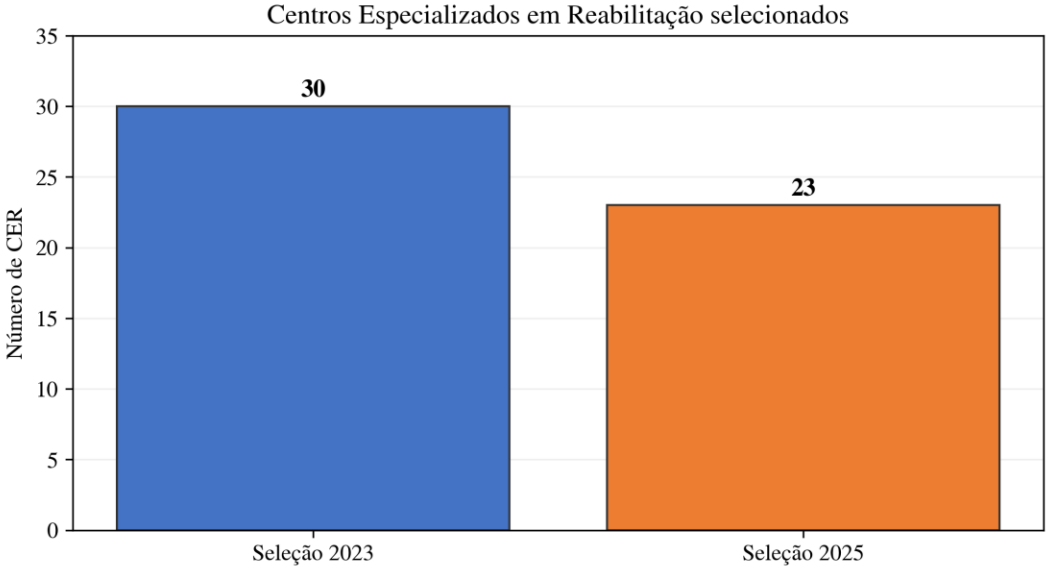
A média não deve ser confundida com repasse padronizado. Projetos de portes diferentes exigem valores distintos e a execução pode sofrer ajustes. Ainda assim, o cálculo é útil para transparência: se a segunda rodada seleciona menos centros com o mesmo montante, o monitoramento deve demonstrar que a mudança corresponde a escopo, inflação ou complexidade e não a perda de eficiência.

A abrangência de 14 estados em todas as regiões constitui sinal de desconcentração macrorregional. Ela impede que a seleção seja restrita a um único eixo desenvolvido. Porém, “todas

as regiões" é uma condição mínima. O Sudeste, por exemplo, reúne territórios ricos e vazios assistenciais; o Norte combina capitais relativamente equipadas e extensas áreas sem acesso. A análise distributiva precisa descer à região de saúde e ao município de referência.

O processo seletivo por propostas possui uma tensão conhecida no federalismo. Municípios com melhores equipes de planejamento tendem a apresentar documentação mais robusta e executar mais rapidamente. Se a seleção valoriza apenas prontidão, pode premiar capacidade prévia e reproduzir desigualdade. Se ignora capacidade, aumenta risco de obra atrasada. O desenho equitativo exige assistência técnica e ponderação explícita de vulnerabilidade, além de avaliação de mérito.

Gráfico 1. Quantidade de CER selecionados nas rodadas de 2023 e 2025

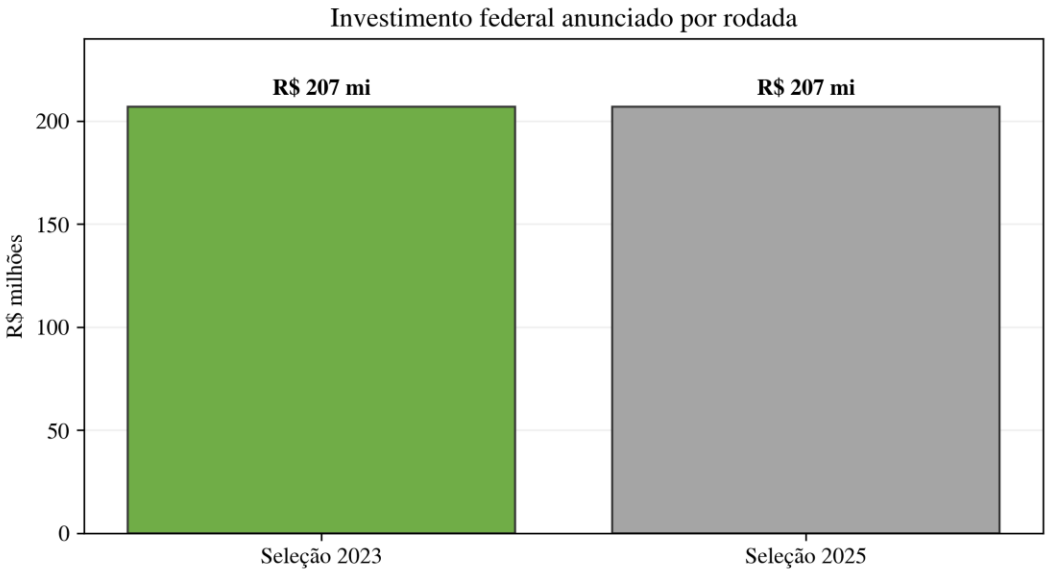


Fonte: Brasil (2024; 2025a).

O Gráfico 1 mostra redução de sete unidades na segunda rodada, equivalente a 23,3% em relação à primeira. Isso não significa retração acumulada, pois os 23 centros se somam aos 30. O resultado adequado é crescimento de 53 unidades potenciais. Contudo, uma segunda seleção corretiva deveria demonstrar de modo rastreável que aprendeu com a geografia da primeira e priorizou lacunas remanescentes.

A divulgação pública por número total facilita prestação de contas, mas é insuficiente para essa verificação. Seriam necessários, para cada proposta, população de referência, modalidades planejadas, distância ao serviço mais próximo, produção existente, fila, tempo de espera, Índice de Vulnerabilidade Social, disponibilidade de transporte e contrapartida de custeio. Sem essa matriz, a correção é inferida por presença territorial, não comprovada por necessidade.

Gráfico 2. Investimento anunciado nas duas rodadas de seleção



Fonte: Brasil (2024; 2025a).

O Gráfico 2 demonstra igualdade nominal do investimento agregado. Em termos reais, valores de anos diferentes deveriam ser corrigidos para comparação econômica precisa. Este artigo mantém os montantes nominais porque são os números oficiais associados ao programa e porque o objetivo não é medir custo de construção, mas discutir alocação.

O investimento de capital precisa ser acompanhado de custeio federal, estadual e municipal. O prédio cria compromisso com salários, manutenção, insumos, transporte e equipamentos. Um município pode concluir a obra e não dispor de profissionais especializados. A literatura sobre implementação ensina que capacidade estatal e governança alteram a política entre formulação e entrega; logo, equidade financeira inclui sustentabilidade operacional.

5 O PADRÃO DE CONCENTRAÇÃO DESCRITO NA LITERATURA

5.1 CONVERGÊNCIAS DOS ESTUDOS

A revisão identificou quatro convergências. Primeiro, a RCPD ampliou reconhecimento institucional e induziu organização do cuidado. Segundo, sua implantação é desigual entre estados e regiões. Terceiro, o componente especializado adquire centralidade maior que a coordenação transversal. Quarto, regulação, comunicação e disponibilidade de profissionais limitam a capacidade de transformar serviços em rede.

Ribeiro *et al.* (2023) avaliaram a implantação em Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo. A inclusão de casos nas cinco macrorregiões reforça a conclusão de heterogeneidade, embora a seleção dos estados não constitua

amostra probabilística do país. O estudo demonstra que políticas nacionais assumem configurações diferentes conforme governança, pactuação e contexto.

Mota e Bousquat (2023), na região de São José do Rio Preto, encontraram protagonismo federal no financiamento, papel conciliador estadual e ausência de regulação assistencial efetiva. Serviços contratualizados podiam controlar acesso, e parte da estrutura se vinculava à existência histórica de prestadores. O achado é central: quando a oferta preexistente define o mapa, necessidades não atendidas permanecem invisíveis.

Dubow, Garcia e Krug (2018) observaram movimentos de construção da rede, mas também centralidade do especializado. A contribuição não é negar o CER; é lembrar que concentração funcional pode coexistir com expansão numérica. Um centro novo que não compartilha cuidado, não apoia a atenção básica e não ordena fluxos pode ampliar procedimentos sem produzir integralidade.

Cunha *et al.* (2022), em revisão de escopo sobre atenção à saúde das pessoas com deficiência no SUS, reuniram barreiras atitudinais, estruturais e organizacionais. A desigualdade territorial é atravessada por inacessibilidade física, formação profissional e comunicação. Assim, redistribuir prédios é necessário, mas não suficiente.

Machado *et al.* (2018) discutem integralidade como articulação entre componentes. A reabilitação iniciada tardiamente após internação, a referência sem contrarreferência e a fragmentação entre níveis reduzem o efeito de infraestrutura especializada. O usuário experimenta a rede como percurso; se cada transição falha, a existência do equipamento não garante cuidado.

5.2 DIVERGÊNCIAS E LIMITES DO CONCEITO DE CONCENTRAÇÃO

Os estudos divergem menos sobre a existência de desigualdades do que sobre a unidade de avaliação. Trabalhos locais detalham fluxos e relações, mas não estimam o mapa nacional. Avaliações multicêntricas comparam estados, porém não medem todas as regiões de saúde. Bases administrativas permitem contagem de estabelecimentos, mas podem não refletir equipes, agendas e produção. Cada desenho ilumina uma camada.

"Concentração regional" pode significar ao menos quatro fenômenos: maior número absoluto de CER no Sul e Sudeste; concentração em capitais dentro de qualquer macrorregião; predominância de serviços em municípios maiores; ou concentração de modalidades mais raras em poucos polos. Uma política pode reduzir um tipo e manter os demais. A formulação precisa explicitar qual desigualdade pretende corrigir.

A distribuição populacional também importa. Regiões mais populosas podem legitimamente possuir mais centros em números absolutos. A análise per capita, por sua vez, pode favorecer áreas

pequenas sem considerar distância e dispersão. Para reabilitação, recomenda-se combinar centros por população, centros por população com deficiência, cobertura por tempo de viagem e capacidade de atendimento.

Outra divergência decorre da prevalência. O Censo Demográfico de 2022 adotou perguntas e critérios que não são diretamente comparáveis a levantamentos anteriores sem cautela. Necessidade de reabilitação tampouco é idêntica à prevalência de deficiência: inclui condições temporárias e varia por gravidade, idade e contexto. Utilizar um único percentual nacional para distribuir CER seria metodologicamente frágil.

A literatura revisada descreve limitações de acesso, mas raramente produz estimativa causal do efeito de abrir um CER. Há viés de seleção, porque regiões estudadas possuem grupos acadêmicos e serviços acessíveis. Também faltam séries de fila, abandono e funcionalidade. A expansão do PAC cria oportunidade para avaliação prospectiva, desde que se preserve linha de base anterior à operação.

Quadro 2. Síntese crítica das evidências sobre a RCPD

Fonte	Escopo	Contribuição	Limite para esta pergunta
Dubow et al. (2018)	Região de saúde no RS	Rede em construção e centralidade do especializado	Caso local; não mede distribuição nacional
Cunha et al. (2022)	Revisão de escopo do SUS	Barreiras múltiplas para pessoas com deficiência	Heterogeneidade dos estudos incluídos
Ribeiro et al. (2023)	Oito estados, cinco regiões	Implantação heterogênea e avaliação multicêntrica	Estados não formam censo nacional
Mota; Bousquat (2023)	São José do Rio Preto	Oferta histórica e regulação condicionam acesso	Um território com arranjo específico
Valentim et al. (2021)	Modelo lógico para CER	Relaciona estrutura, processo e resultados	Não avalia as seleções do PAC
OMS (2022)	Perspectiva internacional	Reabilitação como prioridade sistêmica	Não resolve alocação brasileira

Fonte: Elaboração própria a partir das obras citadas (2026).

6 RESULTADOS: A SELEÇÃO DE 2025 CORRIGE A CONCENTRAÇÃO?

6.1 EVIDÊNCIAS FAVORÁVEIS À DESCONCENTRAÇÃO

A primeira evidência favorável é a adicionalidade: 23 unidades de 2025 não substituem as 30 anteriores, elevando o portfólio do Novo PAC a 53. Em uma rede cuja literatura registra insuficiência, a expansão amplia a possibilidade de novos polos. O montante de R$ 414 milhões indica prioridade de capital incompatível com uma política meramente simbólica.

A segunda evidência é o alcance declarado de 14 estados e das cinco macrorregiões. Ainda que o número por região não esteja detalhado de forma homogênea na fonte agregada usada, a abrangência evita exclusão completa de uma macrorregião. Municípios interioranos divulgados em páginas oficiais e estaduais sugerem movimento para além das capitais, aspecto coerente com regionalização.

A terceira evidência é a segunda rodada em si. Seleções sucessivas permitem cobrir lacunas, atualizar custos e ajustar especificações. Políticas de rede exigem continuidade, pois um único ciclo

dificilmente corrige décadas de formação desigual da oferta. A rodada de 2025 deve ser lida como etapa incremental, não como intervenção isolada.

A quarta evidência é a articulação do investimento a um programa nacional de infraestrutura. Projetos padronizados e apoio federal podem reduzir a vantagem de municípios capazes de custear projeto próprio. Se associados a assistência técnica, esses mecanismos aumentam capacidade de execução em localidades menos estruturadas.

Esses elementos justificam classificar a mudança como desconcentração potencial. O adjetivo "potencial" não diminui o investimento; localiza o estágio da política. Antes da inauguração e do funcionamento sustentado, o efeito territorial é uma oportunidade criada, não acesso realizado.

6.2 EVIDÊNCIAS QUE IMPEDEM AFIRMAR CORREÇÃO ESTRUTURAL

O principal obstáculo é a ausência, na divulgação agregada, de comparação explícita entre os selecionados e o mapa de vazios assistenciais. Informar estados e regiões não demonstra que localidades com menor cobertura receberam maior prioridade relativa. Sem denominadores de população, necessidade e tempo de viagem, a contagem não mede equidade.

O segundo obstáculo é a diferença entre seleção e operação. O processo passa por projeto, licitação, obra, aquisição, vistoria, habilitação, contratação e regulação. A comunicação oficial informou 28 obras em andamento entre 53 centros financiados. Logo, pouco mais da metade havia alcançado esse estágio, e nenhuma inferência geral sobre produção assistencial pode ser derivada do número total.

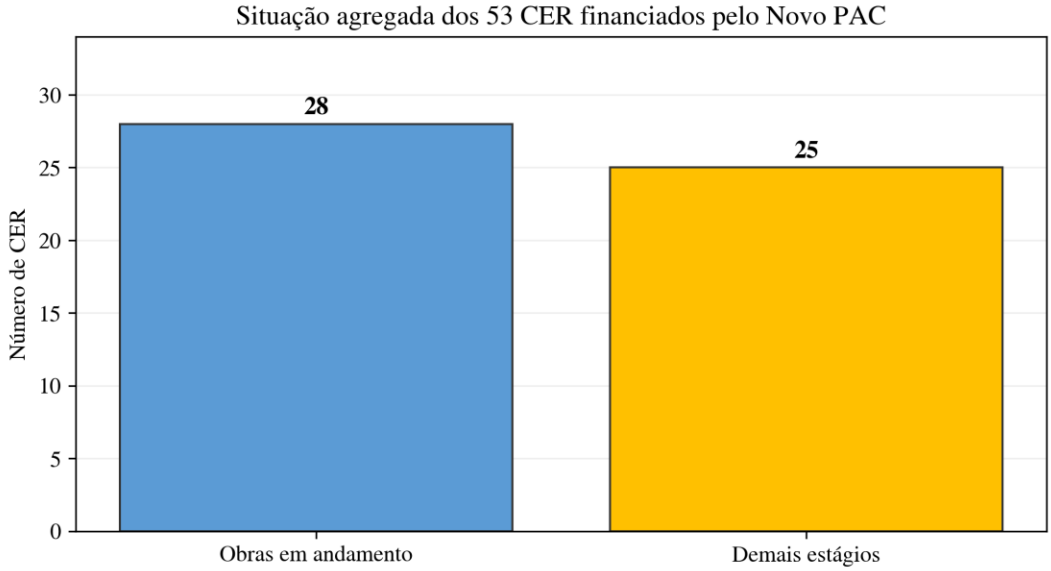
O terceiro obstáculo é a força de trabalho. Fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, medicina, enfermagem, serviço social, técnicos e profissionais de apoio apresentam distribuição desigual. Construir em vazio pode ser redistributivo, mas exige estratégia de provimento. Sem ela, a unidade poderá operar abaixo da capacidade, restringir modalidades ou depender de vínculos instáveis.

O quarto obstáculo é o custeio. Investimento de R$ 9 milhões por unidade na média de 2025 não cobre indefinidamente pessoal, manutenção e transporte. Municípios de menor capacidade podem enfrentar maior dificuldade justamente porque foram priorizados por vulnerabilidade. A equalização precisa incluir financiamento recorrente proporcional ao papel regional.

O quinto obstáculo é a integração. Um CER pode estar geograficamente descentralizado e permanecer inacessível se a regulação for opaca, a fila não for regional, o transporte não estiver pactuado ou a atenção primária não puder acompanhar. Correção espacial do prédio e correção funcional da rede são dimensões relacionadas, mas distintas.

O sexto obstáculo é temporal. Obras em andamento não podem ser avaliadas pelos mesmos indicadores de serviço habilitado. Anunciar que a concentração foi corrigida antes de conclusão gera erro de maturidade. O monitoramento precisa acompanhar coortes de projetos e registrar transições de estágio, atrasos e causas.

Gráfico 3. Estágio agregado das 53 unidades financiadas



Fonte: Brasil (2025a). A categoria "demais estágios" resulta de 53 menos 28 e não permite distinguir projeto, licitação, contratação ou obra ainda não iniciada.

O Gráfico 3 torna visível a distância entre portfólio e execução. As 28 obras em andamento correspondem a 52,8% do total, enquanto 25 unidades, ou 47,2%, estavam em outros estágios na data da informação. Esses percentuais são fotografia administrativa, não julgamento de desempenho. Seu valor analítico é impedir que os 53 sejam apresentados como serviços disponíveis.

Mesmo obra concluída não equivale a CER habilitado. A denominação pressupõe atendimento em modalidades e requisitos definidos. Por isso, relatórios futuros devem publicar cinco marcos: selecionado, contratado, em obra, concluído e habilitado/operando. A produção deve ser adicionada depois, com vagas, usuários, procedimentos, fila e desfechos.

6.3 MATRIZ DE JULGAMENTO

Tabela 2. Julgamento da capacidade corretiva da seleção de 2025

Critério	Evidência observada	Julgamento
Expansão absoluta	23 novos CER; total de 53 no Novo PAC	Favorável
Abrangência macrorregional	14 estados e todas as regiões	Favorável, porém insuficiente
Priorização de vazios	Matriz nacional não explicitada na divulgação agregada	Não demonstrada
Acessibilidade	Sem série nacional de tempo de viagem e transporte	Não demonstrada
Execução	28 de 53 obras informadas como em andamento	Parcial
Operação	Seleção não equivale a habilitação e produção	Ainda não demonstrada
Sustentabilidade	Custeio e força de trabalho dependem de implementação	Condicionada
Correção estrutural	Conjunto dos critérios	Não comprovada; desconcentração potencial

Fonte: Elaboração própria com dados de Brasil (2024; 2025a) e literatura revisada (2026).

O julgamento não exige que todos os centros estejam prontos para reconhecer mérito da seleção. Ele distingue validade da decisão de investir e evidência de resultado. A política possui direção compatível com desconcentração, mas os dados disponíveis não permitem verificar redistribuição proporcional. Assim, a resposta à pergunta de pesquisa é: a seleção contribui, porém ainda não corrige de forma demonstrável o padrão histórico.

A conclusão poderia mudar com dados municipais completos. Se os 23 projetos apresentarem alta concentração em regiões de saúde sem CER, grandes reduções de tempo de viagem e modalidades antes ausentes, a evidência corretiva será forte. Se estiverem próximos a polos já servidos ou não avançarem para operação, a expansão aumentará estoque sem alterar desigualdade.

A comparação correta deve usar o mapa anterior a cada rodada. O efeito marginal de 2025 depende do que 2023 já cobriu. Avaliar apenas o total acumulado mistura desenho inicial e ajuste. Recomenda-se publicar, para cada rodada, a variação da população coberta em 60, 90 e 120 minutos, ponderada pela necessidade e pela capacidade de cada CER.

7 DISCUSSÃO

7.1 INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA, MAS NÃO SUFICIENTE

Os resultados convergem com a literatura de implementação: recursos federais são decisivos, mas seu efeito passa por arranjos locais. Mota e Bousquat (2023) mostram como regulação e prestadores moldam acesso; Ribeiro *et al.* (2023) mostram graus distintos de implantação; Dubow, Garcia e Krug (2018) evidenciam a centralidade do especializado. O Novo PAC atua fortemente sobre estrutura física, justamente a dimensão mais visível, mas não substitui os demais componentes.

A política enfrenta um paradoxo. Para corrigir concentração, precisa investir em territórios com menor capacidade. Esses mesmos territórios têm maior risco de atraso, falta de profissionais e

dificuldade de custeio. Uma seleção neutra quanto à capacidade pode fracassar; uma seleção que privilegia capacidade pode perpetuar desigualdade. A solução é combinar prioridade territorial com apoio técnico diferenciado, cronogramas realistas e compromissos interfederativos.

O custo unitário médio maior em 2025 pode ser coerente com projetos mais completos ou atualização de preços. Também pode favorecer qualidade e acessibilidade. Todavia, transparência exige detalhar composição. Equidade não significa maximizar quantidade ao menor custo; um CER em área remota pode custar mais e gerar maior ganho social. A justificativa deve explicitar esse valor público.

O uso de modelos arquitetônicos padronizados acelera a execução, mas padronização deve admitir adaptação. Territórios amazônicos exigem soluções climáticas, energéticas e logísticas; cidades densas exigem integração ao transporte coletivo; regiões rurais precisam de bases descentralizadas. Padronizar o núcleo técnico sem reconhecer contexto pode transferir custo ao usuário.

A discussão também revela risco de "obra-centrismo". Indicadores políticos tendem a privilegiar inauguração, enquanto continuidade terapêutica produz menos visibilidade. Um CER bem-sucedido pode reduzir encaminhamentos desnecessários, apoiar equipes locais e dar alta responsável; esses resultados não aparecem na contagem de procedimentos. A avaliação deve recompensar coordenação e funcionalidade.

7.2 EQUIDADE NÃO É IGUALDADE ARITMÉTICA

Distribuir 23 unidades igualmente entre cinco regiões seria simples, mas não necessariamente justo. População, prevalência, território, modalidades existentes e capacidade variam. O princípio de equidade demanda mais recursos onde a necessidade não atendida e a barreira são maiores. Isso pode produzir números regionais desiguais com resultado mais justo.

A demanda observada também não é medida pura de necessidade. Regiões sem serviço apresentam baixa produção porque não há onde atender; utilizar procedimentos passados como critério reproduz a oferta. Filas registradas sofrem o mesmo problema se profissionais deixam de encaminhar casos sem perspectiva. São necessários inquéritos, dados da atenção primária, estimativas demográficas e modelagem geográfica.

A população com deficiência não é homogênea. Crianças que necessitam intervenção precoce, pessoas após acidente vascular cerebral, usuários de implante auditivo e pessoas com baixa visão possuem periodicidades e recursos distintos. O planejamento por modalidades é mais preciso que a contagem total de CER. Uma região pode possuir CER II e continuar sem referência visual ou auditiva.

Interseccionalidade aprofunda barreiras. Renda, raça, gênero, idade, ruralidade e necessidade de acompanhante afetam deslocamento. O custo indireto de perder trabalho ou cuidar de outros dependentes pode ser maior que a passagem. Indicadores devem captar abandono e faltas por território, sem responsabilizar o usuário.

A equidade exige participação. Pessoas com deficiência e organizações locais conhecem barreiras invisíveis em bases administrativas. Conselhos de saúde e grupos condutores devem participar da definição de localização, rotas, comunicação e prioridades. A consulta, porém, precisa fornecer dados e alternativas reais para não se reduzir a validação formal.

7.3 DA SELEÇÃO AO RESULTADO ASSISTENCIAL

Uma cadeia de implementação permite localizar responsabilidades. A União financia e normatiza; estados coordenam regiões e frequentemente complementam serviços; municípios executam ou integram consórcios; prestadores e equipes organizam agendas; atenção primária identifica e acompanha; transporte viabiliza presença. Falha em qualquer elo reduz o benefício do prédio.

A habilitação deve ocorrer com equipe e modalidades coerentes com o plano regional. Abrir parcialmente pode ser necessário, mas precisa de cronograma público. Unidades com contratação temporária e alta rotatividade perdem continuidade. Programas de residência, educação permanente e incentivos de provimento podem ser vinculados aos novos polos.

A regulação deve ser regional e transparente. Critérios clínicos, prioridade, tempo de espera e devolutiva precisam ser pactuados. Sistemas que registram apenas procedimentos não mostram demanda reprimida. Uma lista única regional, com proteção de dados e auditoria, melhora capacidade de planejamento e reduz seleção informal de usuários.

O transporte sanitário acessível é parte do serviço. Veículos sem plataforma, horários incompatíveis ou rotas que exigem longas esperas anulam proximidade relativa. Em territórios fluviais, soluções podem incluir apoio para hospedagem e telemonitoramento. O custeio deve reconhecer que acessibilidade territorial não termina na porta do CER.

A articulação com oficinas ortopédicas e tecnologia assistiva é crucial. Avaliar e prescrever sem produzir, adaptar ou manter dispositivos gera cuidado incompleto. Prazos de entrega e manutenção devem integrar indicadores do centro e da rede. A expansão de CER precisa ser lida com as oficinas selecionadas e habilitadas.

7.4 PROPOSTA DE MONITORAMENTO

Quadro 3. Painel mínimo para avaliar desconcentração e equidade

Dimensão	Indicador	Periodicidade
Implantação	percentual por estágio: projeto, licitação, obra, conclusão e habilitação	Mensal
Disponibilidade	capacidade e modalidades por 100 mil pessoas e por população com deficiência	Semestral
Acessibilidade	população a até 60/90/120 minutos; custo médio de deslocamento	Anual
Acesso realizado	tempo mediano e percentil 90 de espera, por modalidade e território	Mensal
Equidade	taxa de atendimento por renda, raça/cor, idade, sexo e ruralidade	Trimestral
Continuidade	abandono, contrarreferência e seguimento na atenção primária	Trimestral
Força de trabalho	vagas ocupadas, rotatividade e carga horária por profissão	Mensal
Resultado	medidas funcionais e participação definidas por linha de cuidado	Semestral

Fonte: Elaboração própria com base em OMS (2022), Valentim *et al.* (2021) e literatura da RCPD (2026).

O painel proposto evita um índice único opaco. Indicadores de estágio respondem se a obra avança; disponibilidade mostra oferta; acessibilidade mede geografia; espera revela gargalo; estratificação mostra equidade; continuidade e resultado captam qualidade. Publicar séries por região de saúde permite comparação sem reduzir a avaliação a ranking simplista.

Metas devem considerar ponto de partida. Regiões remotas podem melhorar substancialmente e ainda apresentar tempos maiores. O acompanhamento deve premiar redução da desigualdade e não apenas alcance de valor nacional uniforme. Também é necessário contextualizar eventos como licitação deserta, enchentes e escassez profissional.

Uma avaliação quase experimental pode comparar evolução de regiões contempladas e não contempladas, com pareamento por características anteriores. Desfechos incluem tempo de viagem, fila, utilização, abandono e medidas funcionais. A interpretação deve reconhecer que seleção não é aleatória: localidades contempladas podem diferir em capacidade e mobilização.

Dados abertos facilitariam controle social e pesquisa. Cada empreendimento deveria possuir identificador, localização, modalidade prevista, população de referência, orçamento, cronograma, estágio e data de habilitação. A integração com CNES e produção ambulatorial permitiria rastrear transição entre infraestrutura e cuidado sem depender de notícias fragmentadas.

8 LIMITAÇÕES E LACUNAS CIENTÍFICAS

A principal limitação deste estudo é não dispor de base geocodificada consolidada com os 53 projetos, os CER preexistentes, suas modalidades, capacidades e estágios na mesma data. A análise

não calcula índice de Moran, concentração de Gini, cobertura potencial ou redução de tempo de viagem. Portanto, não afirma que determinada região ganhou ou perdeu participação quantitativa.

Os valores financeiros são agregados e nominais. A média por unidade serve apenas à descrição e não incorpora inflação, porte, terreno, equipamentos ou contrapartidas. Também não foi possível separar construção nova, ampliação e eventual especificidade técnica em todos os casos.

A literatura científica disponível antecede parte da expansão e concentra-se em estudos de caso. Isso é adequado para compreender mecanismos, mas limita generalização estatística. Ainda são raras avaliações nacionais que combinem estrutura, produção, experiência do usuário e resultado funcional. Publicações recentes sobre CER também podem sofrer atraso entre coleta e divulgação.

As fontes oficiais possuem finalidade administrativa e comunicacional. Termos como "selecionado", "em andamento" e "entregue" precisam de definições uniformes. O artigo adotou leitura conservadora, sem converter seleção em serviço habilitado e sem classificar as 25 unidades residuais além do que a fonte permite.

Há lacunas prioritárias: cartografia nacional por modalidade; análise de equidade racial e rural; avaliação do transporte sanitário; custos familiares; força de trabalho; resultados de tecnologia assistiva; e impacto de modelos consorciados. A coorte dos 53 CER oferece oportunidade rara de pesquisa de implementação desde a linha de base.

Outra lacuna é a relação entre escala e qualidade. Centros muito pequenos podem não manter equipe e experiência; centros grandes podem gerar distâncias e filas. Estudos devem estimar funções de custo e volume mínimo por modalidade, incorporando soluções itinerantes e teleassistência. A resposta provavelmente varia entre auditiva, física, intelectual e visual.

Por fim, correção territorial não elimina barreiras atitudinais e comunicacionais. Acessibilidade arquitetônica pode coexistir com capacitismo, ausência de Libras e decisões sem participação do usuário. A avaliação precisa combinar medidas espaciais e experiência de cuidado.

9 CONCLUSÃO

A seleção de 23 novos Centros Especializados em Reabilitação em 2025, somada aos 30 escolhidos em 2023, amplia de modo relevante a infraestrutura potencial da RCPD. O total de 53 unidades e R$ 414 milhões, com presença declarada da nova rodada em 14 estados e todas as macrorregiões, constitui sinal de desconcentração e continuidade do investimento federal.

Entretanto, a pergunta de pesquisa não pode ser respondida afirmativamente em sentido pleno. A evidência disponível demonstra expansão e alcance, mas não prova que a alocação tenha reduzido desigualdades relativas frente à oferta preexistente, à população com deficiência, às modalidades

ausentes e ao tempo de viagem. A informação de 28 obras em andamento confirma que seleção e acesso realizado pertencem a estágios distintos.

A literatura revisada explica por que essa distinção importa. A RCPD apresenta implantação heterogênea, centralidade do componente especializado, fragilidades de regulação, dependência da oferta histórica e dificuldades de integração. Novos prédios enfrentam essas condições e só alteram o padrão quando entram em operação com equipes, custeio, transporte e fluxos regionais.

Conclui-se, portanto, que a rodada de 2025 promove correção parcial e potencial, não correção estrutural já demonstrada. Seu mérito redistributivo dependerá da localização intrarregional e da conversão do investimento em capacidade assistencial sustentável. A política deve ser monitorada por cobertura ponderada pela necessidade, tempo de deslocamento, modalidades, espera, utilização, continuidade e resultado funcional.

Os objetivos foram atendidos ao reconstruir o marco da rede, sistematizar as rodadas, confrontar os números com a literatura e propor critérios verificáveis. A conclusão não desqualifica a expansão; define o padrão de evidência necessário para que a promessa de equidade territorial seja confirmada. O teste decisivo não será quantos centros foram anunciados, mas quem passou a receber cuidado oportuno, próximo e contínuo depois que eles operarem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros Especializados em Reabilitação. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/daet/rcpd/centros-especializados-em-reabilitacao. Acesso em: 20 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. FNS – Novo PAC 2025: resultado final das propostas, Portaria GM/MS nº 7.613, de 17 de julho de 2025. Brasília, DF, 2025b. Disponível em: https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_PAC_2025/CGIN_PAC_2025.html. Acesso em: 20 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação e das Oficinas Ortopédicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambiencia-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020_.pdf. Acesso em: 20 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança nova linha de cuidados para TEA e anuncia 23 novos Centros Especializados em Reabilitação. Brasília, DF, 19 set. 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/mato-grosso-do-sul/ministerio-da-saude-lanca-nova-linha-de-cuidados-para-tea-e-anuncia-investimento-anual-de-r-3-6-milhoes-para-mato-grosso-do-sul. Acesso em: 20 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 20 set. 2026.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078.

CUNHA, M. A. O. *et al.* Health care for people with disabilities in the Unified Health System in Brazil: a scoping review. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 3, art. 1472, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19031472.

DIAS, T. E. C.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. CoDAS, v. 31, n. 5, e20180102, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018102.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, n. 117, p. 455-467, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811709.

KUPER, H.; HANEFELD, J. Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? BMC Health Services Research, v. 18, art. 738, 2018. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-018-3547-2.

MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 20 set. 2026.

MOTA, P. H. S.; BOUSQUAT, A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. Saúde e Sociedade, v. 32, n. 2, e220608pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220608pt.

REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 5, e00186122, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT186122.

SYED, S. T.; GERBER, B. S.; SHARP, L. K. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. Journal of Community Health, v. 38, n. 5, p. 976-993, 2013. DOI: https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1.

VALENTIM, R. S. *et al.* Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. Revista de Saúde Pública, v. 55, art. 54, 2021. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002976.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600. Acesso em: 20 set. 2026.