



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 4.863, DE 2025

(Do Sr. Weliton Prado)

Institui a Política Nacional de Reabilitação– PNR, estabelece princípios, diretrizes e objetivos para a organização da rede de atenção à reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE
DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA;
SAÚDE;
FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (MÉRITO E ART. 54, RICD) E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD



PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2025
(Do Sr. Weliton Prado)

Institui a Política Nacional de Reabilitação – PNR, estabelece princípios, diretrizes e objetivos para a organização da rede de atenção à reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Reabilitação – PNR, de caráter permanente e abrangência nacional, destinada a assegurar o acesso universal, integral, equânime e contínuo à reabilitação em todas as fases da vida, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se por reabilitação o conjunto de intervenções planejadas, interdisciplinares e multiprofissionais que visam restaurar, manter ou melhorar a função física, emocional e social de pessoas com risco, deficiência ou limitação funcional, iniciando-se preferencialmente na fase aguda e acompanhando o indivíduo ao longo de toda a jornada de cuidado.

Art. 3º É instituída a Política Nacional de Reabilitação – PNR, que tem como principais objetivos:

- I. prevenir a ocorrência de incapacidades e agravos funcionais evitáveis;
- II. garantir o acesso adequado, oportuno e contínuo ao cuidado integral em reabilitação, em todos os níveis de complexidade;
- III. promover a máxima recuperação da função física, emocional, cognitiva e social das pessoas com deficiência ou risco de perda funcional;
- IV. contribuir para a reinserção escolar, profissional e social dos indivíduos reabilitados, promovendo autonomia e participação plena na sociedade;
- V. reduzir as desigualdades regionais e a barreira de acesso aos serviços de reabilitação, assegurando equidade em todo o território nacional.





§ 1º Fazem parte do cuidado integral referido no inciso II do *caput* deste artigo a prevenção de incapacidades, o diagnóstico funcional precoce, a definição do plano terapêutico singular, a reabilitação multiprofissional, a provisão, adaptação e acompanhamento do uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), a assistência em regime ambulatorial, hospitalar e domiciliar, o uso de tecnologias assistivas, a reabilitação de alta complexidade, os cuidados de suporte e paliativos e o apoio psicológico e social ao paciente e sua família.

§ 2º Os componentes do cuidado integral, referidos no § 1º deste artigo, devem ser oferecidos de forma oportuna e continuada, garantindo a integração entre os níveis de atenção e permitindo a evolução do paciente desde a fase aguda até a reintegração social.

§ 3º A política deverá assegurar a prescrição, adaptação, manutenção e reposição periódica de OPM, considerando a evolução funcional do usuário e sua transição ao longo do processo de reabilitação, desde o uso de cadeira de rodas até dispositivos de menor suporte, respeitando a vida útil e a necessidade de substituição.

§ 4º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios promoverão a incorporação de tecnologias inovadoras, como robótica aplicada à reabilitação e métodos de produção em escala de OPM, garantindo padronização, redução de custos e ampliação do acesso de forma equânime.

CAPÍTULO II

PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 4º A Política Nacional de Reabilitação reger-se-á pelos seguintes princípios:

- I. integralidade da atenção;
- II. equidade no acesso e na cobertura regional;
- III. transversalidade em todas as linhas de cuidado;
- IV. base em evidências científicas e protocolos clínicos;
- V. participação social e inclusão;
- VI. regionalização e hierarquização da rede de atenção;
- VII. monitoramento de indicadores de resultado funcional.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

§ 1º A integralidade da atenção compreende a oferta contínua de ações de prevenção, diagnóstico funcional, reabilitação multiprofissional, provisão e acompanhamento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, cuidados de suporte e paliativos, garantindo a evolução do paciente em todas as fases de sua jornada.

§ 2º A equidade no acesso implica o desenvolvimento de estratégias para redução das desigualdades regionais, priorizando populações em situação de vulnerabilidade, territórios com vazios assistenciais e grupos com maior risco de incapacidades.

§ 3º A transversalidade será assegurada pela integração da reabilitação às linhas de cuidado prioritárias do SUS, como oncologia, AVC, trauma, doenças crônicas, saúde mental, doenças raras e pediatria, garantindo abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

§ 4º A aplicação de protocolos clínicos deverá ser pautada por evidências científicas atualizadas, incorporando tecnologias inovadoras que ampliem a efetividade do cuidado e reduzam custos, como telereabilitação, robótica e métodos digitais de monitoramento.

§ 5º A participação social será promovida por meio de conselhos de saúde, colegiados regionais de reabilitação e mecanismos de escuta qualificada de pacientes, familiares e cuidadores, de modo a garantir transparência e corresponsabilidade no processo decisório.

Art. 5º São objetivos da PNR:

- I. prevenir incapacidades e agravos funcionais evitáveis;
- II. assegurar diagnóstico precoce e plano terapêutico individualizado;
- III. garantir acesso oportuno a serviços de reabilitação em todos os níveis de complexidade;
- IV. ampliar a oferta de reabilitação de alta complexidade e intra-hospitalar;
- V. integrar cuidados paliativos e de suporte ao processo reabilitador;
- VI. promover a reinserção escolar, profissional e social;
- VII. reduzir desigualdades regionais no acesso à reabilitação.

§ 1º Para o cumprimento dos objetivos previstos neste artigo, deverão ser instituídos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas específicos para reabilitação, contemplando prevenção, diagnóstico funcional, intervenção multiprofissional, prescrição e acompanhamento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como o monitoramento da evolução funcional.



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



§ 2º O poder público deverá garantir a utilização de tecnologias custo efetivas já incorporadas ao Sistema Único de Saúde, como a toxina botulínica para o manejo da espasticidade, assegurando sua disponibilidade em todo o território nacional e sua integração a programas de reabilitação multiprofissional.

§ 3º A reabilitação intra-hospitalar deverá ser iniciada preferencialmente na fase aguda, com equipe multiprofissional habilitada, visando reduzir complicações, otimizar o tempo de internação e melhorar o prognóstico funcional.

§ 4º A ampliação da reabilitação de alta complexidade incluirá a criação e habilitação de Centros de Reabilitação de Alta Complexidade (CRACs), dotados de infraestrutura, recursos tecnológicos e equipe especializada para atendimento intensivo e integração regional.

§ 5º Os serviços de reabilitação deverão garantir acompanhamento contínuo e, quando indicado, evolução gradativa dos dispositivos de auxílio à locomoção, respeitando a vida útil dos equipamentos e as necessidades funcionais do usuário, até a obtenção da máxima independência possível.

§ 6º O Ministério da Saúde, em articulação com estados, Distrito Federal e municípios, deverá assegurar mecanismos de financiamento específicos para a execução dos objetivos descritos neste artigo, vinculados a metas de cobertura, indicadores de resultado e linhas de cuidado prioritárias.

CAPÍTULO III

DIRETRIZES E ESTRUTURA DA REDE

Art. 6º A organização da Rede Nacional de Reabilitação deverá observar as seguintes diretrizes:

- I. articulação entre atenção primária, especializada, hospitalar e domiciliar;
- II. integração de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas para reabilitação precoce;
- III. estabelecimento de metas de cobertura populacional por região de saúde;
- IV. monitoramento de indicadores de acesso, qualidade e resultado funcional;
- V. uso de tecnologias de informação e comunicação para telereabilitação e segunda opinião;
- VI. garantia de fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

§ 1º Os Centros Especializados em Reabilitação (CERs), já habilitados nas modalidades II, III e IV, e que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), ficam obrigados a prestar assistência a todo paciente que necessite de reabilitação, independentemente da causa do agravo, seja ela decorrente de trauma, doença, deficiência congênita, adquirida ou qualquer outra condição de saúde.

§ 2º É vedada a negativa de atendimento por motivo de origem do processo causador da deficiência ou do estágio clínico do paciente, devendo o serviço realizar acolhimento, avaliação funcional e, quando necessário, referência para o ponto de atenção mais adequado.

§ 3º O Ministério da Saúde regulamentará os fluxos de referência e contrarreferência, assegurando que a integração entre CERs, hospitais e atenção primária permita continuidade do cuidado e início precoce da reabilitação.

§ 4º A expansão da Rede Nacional de Reabilitação deverá priorizar regiões com vazios assistenciais, garantindo ao menos um serviço de reabilitação multiprofissional para cada região de saúde, observando critérios de densidade populacional e carga de doença.

Art. 7º As unidades de saúde da atenção primária, especializada e hospitalar, públicas ou privadas conveniadas ao SUS, ficam obrigadas a realizar o encaminhamento para avaliação e diagnóstico funcional de todo paciente que, após atendimento por agravo agudo ou crônico, apresente risco de sequela, limitação funcional ou perda de autonomia.

§ 1º O encaminhamento deverá ser realizado de forma preferencialmente imediata, ainda durante a alta hospitalar ou conclusão do atendimento, garantindo o início precoce da reabilitação.

§ 2º Os gestores de saúde deverão estabelecer protocolos clínicos e fluxos de referência para assegurar que o paciente seja acolhido na rede de reabilitação em tempo oportuno, observando a capacidade instalada e a prioridade clínica.

§ 3º O descumprimento da obrigação de encaminhamento, quando caracterizada omissão de assistência, sujeitará o serviço às sanções administrativas previstas na legislação sanitária.

Art. 8º A Política Nacional de Reabilitação assegurará a oferta, adaptação, acompanhamento, manutenção e reposição periódica de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, observadas as seguintes diretrizes:

- I. prescrição baseada em protocolos clínicos e avaliação multiprofissional;
- II. garantia de treinamento do usuário e familiares para uso seguro e eficaz;

Gabinete Brasília: Praça dos Três Poderes, Câmara dos Deputados, Gab. 250, Anexo IV, CEP 70160-900
E-mail: dep.welitonprado@camara.leg.br, Fone: (61) 3215 5250



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD251271679800>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Weliton Prado



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

III. acompanhamento evolutivo para ajustes, trocas ou substituições quando necessário;

IV. estímulo à produção nacional e ao uso de tecnologias inovadoras, incluindo robótica, visando ampliar o acesso, reduzir custos e garantir padronização e qualidade;

V. registro e monitoramento dos dispositivos fornecidos para assegurar rastreabilidade e equidade na distribuição.

§ 1º A concessão de OPM deverá estar vinculada a um plano terapêutico singular (PTS) definido pela equipe multiprofissional, prevendo metas de evolução funcional e cronograma de reavaliações periódicas.

§ 2º As órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção fornecidos pelo SUS deverão ter garantia de manutenção preventiva e corretiva, bem como logística para substituição em caso de desgaste, perda de funcionalidade ou evolução clínica do usuário.

§ 3º O fornecimento de OPM não encerra a responsabilidade do poder público, devendo ser assegurada a fase de adaptação, treinamento para uso, acompanhamento domiciliar quando necessário e progressão para dispositivos de menor suporte conforme evolução clínica.

§ 4º O Ministério da Saúde deverá estabelecer metas de produção e aquisição de OPM, priorizando a produção nacional, a aquisição centralizada para ganho de escala e o uso de tecnologias inovadoras, garantindo custo-efetividade e atendimento às especificidades regionais.

§ 5º Será implementado sistema informatizado nacional para registro, rastreabilidade e controle de OPM fornecidos, permitindo o acompanhamento da vida útil, programação de reposição e integração com sistemas de regulação e de informações em saúde.

Art. 9º Fica criada a categoria Centro de Reabilitação de Alta Complexidade – CRAC, habilitado pelo Ministério da Saúde, com a seguinte finalidade:

I. ofertar programas intensivos e protocolos avançados de reabilitação, baseados em evidências científicas e metas de resultado funcional;

II. articular-se com hospitais de referência e unidades de alta complexidade para garantir o início precoce da reabilitação, inclusive em regime intra-hospitalar e de terapia intensiva;

III. ofertar assistência multiprofissional em regime ambulatorial, hospitalar, domiciliar e de internação prolongada, assegurando a integralidade do cuidado;



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

IV. ser polo de teleconsultoria, segunda opinião formativa e educação permanente para os municípios da região de saúde;

V. disponibilizar infraestrutura e equipe habilitada para realização de cirurgias corretivas, implantes, ajustes de próteses e procedimentos especializados necessários à reabilitação funcional;

VI. assegurar a provisão, adaptação e acompanhamento de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e tecnologias assistivas, com rastreabilidade e integração ao plano terapêutico do paciente.

§ 1º Os CRACs deverão contar com leitos de internação, leitos de terapia intensiva, centro cirúrgico e equipe multiprofissional qualificada para atendimento de pacientes com necessidades complexas, garantindo segurança e continuidade do cuidado.

§ 2º A habilitação dos CRACs pelo Ministério da Saúde será condicionada ao cumprimento de requisitos mínimos de estrutura física, recursos humanos, tecnologia assistiva, protocolos clínicos e integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como à capacidade de atender casos de alta complexidade regionalmente referenciados.

§ 3º O financiamento dos CRACs terá rubrica orçamentária específica no Fundo Nacional de Saúde, com repasse automático e regular, observadas metas de desempenho e indicadores de qualidade, incluindo taxa de início precoce de reabilitação, ganho funcional e reinserção social.

§ 4º Os CRACs funcionarão como referência nacional e ou regional de alta complexidade, devendo oferecer suporte técnico e matricial aos serviços de menor complexidade, com vistas a garantir a continuidade do cuidado e a integração dos fluxos de referência e contrarreferência.

Art. 10. Os Centros de Reabilitação de Alta Complexidade – CRAC deverão atuar como campos de prática e formação para programas de residência médica e multiprofissional em saúde, contribuindo para a qualificação da força de trabalho e para o desenvolvimento de pesquisas aplicadas à reabilitação.

§ 1º O Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, apoiará técnica e financeiramente a implantação e a manutenção de programas de residência em áreas estratégicas, incluindo medicina física e reabilitação, ortopedia, neurologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, serviço social e outras profissões de saúde relacionadas.

§ 2º Os programas de residência deverão priorizar metodologias de ensino que incluam o cuidado em regime de alta complexidade, reabilitação intra-hospitalar,



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

telereabilitação, tecnologias assistivas, robótica aplicada e protocolos baseados em evidências.

§ 3º A habilitação do CRAC como campo de prática estará condicionada ao cumprimento de requisitos pedagógicos e estruturação de preceptoria multiprofissional, garantindo ambiente de aprendizagem seguro e centrado no paciente.

§ 4º Poderão ser firmadas parcerias com instituições de ensino superior públicas e privadas para fomento à pesquisa, inovação e desenvolvimento de novas tecnologias para reabilitação, incluindo órteses, próteses e meios de locomoção.

Art. 11. Os serviços de reabilitação que integram a Política Nacional de Reabilitação, especialmente os Centros de Reabilitação de Alta Complexidade – CRAC, deverão contar com equipe multiprofissional mínima, composta por:

- I. médico fisiatra;
- II. médico ortopedista ou traumatologista;
- III. médico neurologista;
- IV. médico oftalmologista e otorrinolaringologista para suporte especializado;
- V. fisioterapeuta;
- VI. terapeuta ocupacional;
- VII. fonoaudiólogo;
- VIII. psicólogo;
- IX. nutricionista;
- X. enfermeiro e técnico de enfermagem;
- XI. assistente social;
- XII. farmacêutico clínico;
- XIII. profissional de educação física para reabilitação motora e funcional.

§ 1º A composição mínima prevista no *caput* não impede a inclusão de outros profissionais de saúde ou de áreas correlatas, de acordo com a necessidade do paciente ou com protocolos assistenciais específicos, como dentista para reabilitação orofacial ou engenheiro biomédico para adaptação de tecnologias assistivas.



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



§ 2º A carga horária dos profissionais deverá ser compatível com a complexidade dos casos atendidos e com o modelo assistencial proposto, de modo a garantir o cuidado integral e contínuo.

§ 3º O Ministério da Saúde regulamentará parâmetros quantitativos mínimos para cada categoria profissional, de acordo com o porte do serviço e a população de referência.

Art. 12. É obrigatória a oferta de terapia nutricional especializada em todos os serviços integrantes da Política Nacional de Reabilitação, incluindo os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) e os Centros de Reabilitação de Alta Complexidade (CRACs), como componente essencial do cuidado multiprofissional.

§ 1º O suporte nutricional deverá contemplar avaliação do estado nutricional, definição de metas individualizadas, prescrição dietética ou terapia nutricional especializada adequada ao quadro clínico, monitoramento de evolução e reavaliação periódica.

§ 2º Nos casos que envolvam condições específicas, como ostomias, disfagia, perda ponderal grave, sarcopenia ou necessidade de nutrição oral, enteral ou parenteral, deverá ser garantida equipe capacitada para manejo clínico e prescrição de terapia nutricional especializada.

§ 3º O fornecimento da terapia nutricional especializada, oral, enteral ou parenteral, deverá ser assegurado de forma contínua, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e Diretrizes Científicas.

§ 4º O financiamento para a terapia nutricional será cofinanciado de forma tripartite, com recursos da União, Estados e Municípios, sendo vedadas interrupções no fornecimento que comprometam a evolução clínica do paciente.

CAPÍTULO IV

GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO

Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde, como órgão coordenador da Política Nacional de Reabilitação – PNR:

I. planejar, coordenar e supervisionar a execução da PNR em âmbito nacional, garantindo sua integração às demais políticas de saúde e aos instrumentos de planejamento do SUS;

II. definir e publicar, em ato normativo próprio, os critérios técnicos para habilitação, credenciamento, custeio e monitoramento dos Centros de Reabilitação de Alta





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

Complexidade – CRACs, dos Centros Especializados em Reabilitação – CERs e dos demais serviços integrantes da rede;

III. garantir recursos orçamentários e financeiros, com rubrica específica no Fundo Nacional de Saúde, para apoiar estados, Distrito Federal e municípios na implantação, expansão, manutenção e qualificação da Rede Nacional de Reabilitação;

IV. instituir e manter sistema nacional de indicadores de reabilitação, interoperável com os sistemas de informação do SUS, assegurando o monitoramento de cobertura, acesso, qualidade e resultado funcional;

V. promover educação permanente e capacitação técnica para os profissionais de saúde, inclusive por meio de programas de residência médica e multiprofissional vinculados aos CRACs e CERs;

VI. fomentar pesquisa, inovação e incorporação de tecnologias relacionadas à reabilitação, incluindo telereabilitação, robótica e produção nacional de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

§ 1º As atribuições descritas neste artigo deverão constar do Plano Nacional de Saúde e dos instrumentos de planejamento e orçamento da União, com metas e indicadores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 2º O Ministério da Saúde deverá publicar, a cada quatro anos, relatório nacional de monitoramento e avaliação da PNR, contendo indicadores de acesso, qualidade, desfecho funcional e evolução da cobertura de serviços de reabilitação em todas as regiões do país.

Art. 14. Compete aos Estados e ao Distrito Federal, no âmbito da Política Nacional de Reabilitação – PNR:

I. elaborar e publicar planos estaduais de reabilitação, com metas de cobertura, indicadores de acesso e qualidade, e estratégias para redução de vazios assistenciais, alinhados às diretrizes nacionais e ao Plano Nacional de Saúde;

II. articular, coordenar e monitorar a Rede de Atenção à Reabilitação em âmbito regional, assegurando a referência e contrarreferência entre municípios, hospitais e Centros de Reabilitação de Alta Complexidade – CRACs e Centros Especializados em Reabilitação – CERs;

III. cofinanciar a rede de reabilitação, de acordo com os critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, garantindo previsibilidade orçamentária e repasses regulares aos municípios;



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



IV. apoiar tecnicamente os municípios para implantação, expansão e qualificação dos serviços de reabilitação, inclusive por meio de educação permanente e suporte matricial;

V. consolidar e analisar os dados regionais de reabilitação, alimentando os sistemas de informação nacionais e utilizando-os para gestão e avaliação de resultados.

§ 1º Os planos estaduais de reabilitação deverão ser revisados a cada quatro anos, alinhados ao Plano Estadual de Saúde, e aprovados no Conselho Estadual de Saúde, garantindo participação e controle social.

§ 2º O descumprimento das metas pactuadas deverá ser objeto de monitoramento pelo Ministério da Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite, com adoção de medidas de apoio e indução para correção de eventuais falhas na cobertura ou organização da rede.

Art. 15. Compete aos Municípios, no âmbito da Política Nacional de Reabilitação – PNR:

I. organizar o acesso local à reabilitação, garantindo acolhimento, busca ativa de pessoas com deficiência ou limitação funcional, avaliação inicial e referência para casos de maior complexidade, utilizando protocolos clínicos e fluxos de regulação definidos;

II. desenvolver ações de prevenção, diagnóstico funcional precoce e educação em saúde, priorizando populações em situação de vulnerabilidade e integrando a reabilitação às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS);

III. implantar e manter serviços municipais de reabilitação, isoladamente ou em consórcio com outros municípios, observando a regionalização e hierarquização da Rede Nacional de Reabilitação;

IV. participar do cofinanciamento da rede, garantindo contrapartida orçamentária regular para manutenção e qualificação dos serviços e para aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;

V. alimentar os sistemas de informação em saúde com os dados de produção e indicadores de resultado funcional, permitindo monitoramento e avaliação nacional;

VI. promover a participação social e o controle social, por meio do Conselho Municipal de Saúde e de fóruns locais, garantindo a escuta qualificada de pacientes, familiares e cuidadores no planejamento e avaliação dos serviços.

§ 1º Os municípios deverão assegurar que a regulação e o encaminhamento para serviços de reabilitação ocorram de forma oportuna, inclusive nos casos de alta hospitalar ou de conclusão do atendimento de agravos agudos, garantindo continuidade do cuidado.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

§ 2º O cumprimento das responsabilidades municipais será acompanhado pelas instâncias regionais e estaduais de gestão, que prestarão apoio técnico para organização da rede e correção de eventuais falhas de cobertura.

Art. 16. O financiamento da Política Nacional de Reabilitação – PNR será assegurado por dotação orçamentária específica, consignada no orçamento do Fundo Nacional de Saúde, com repasses automáticos, regulares e obrigatórios aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, observados os critérios de regionalização e pactuação tripartite.

§ 1º Os recursos destinados à PNR terão natureza de despesa obrigatória de caráter continuado, sendo vedados contingenciamentos ou bloqueios que comprometam o acesso da população aos serviços de reabilitação.

§ 2º A alocação de recursos deverá considerar:

- I. a carga de doença e o perfil epidemiológico da população de referência;
- II. o mapeamento dos vazios assistenciais e as metas de cobertura pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;
- III. os custos para habilitação, custeio e manutenção dos serviços, incluindo recursos humanos, tecnologias assistivas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- IV. a necessidade de financiamento específico para reabilitação de alta complexidade, incluindo internação, cirurgias, implantes e uso de tecnologia avançada.

§ 3º Os repasses de recursos deverão estar vinculados ao cumprimento de metas de acesso, qualidade e resultado funcional, definidas em pactuação tripartite, sem prejuízo da garantia de custeio mínimo para manutenção dos serviços.

§ 4º O Ministério da Saúde publicará, anualmente, relatório de execução orçamentária e financeira da PNR, discriminando valores empenhados, liquidados e pagos, por ente federativo e por modalidade de serviço.

§ 5º Poderão ser instituídos incentivos financeiros adicionais para expansão da oferta de reabilitação em regiões prioritárias, qualificação dos serviços e incorporação de novas tecnologias custo-efetivas.

Art. 17. Para garantir a oferta nacional e a continuidade da assistência em reabilitação de alta complexidade, o Ministério da Saúde poderá contratualizar os Centros de Reabilitação de Alta Complexidade – CRACs, bem como outros estabelecimentos habilitados para reabilitação intensiva, observados os seguintes parâmetros:



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *



I. utilização de instrumentos de contratualização compatíveis com o disposto na Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, e demais normas aplicáveis, com definição de metas quantitativas e qualitativas, indicadores de desempenho e mecanismos de monitoramento;

II. previsão de repasses financeiros regulares e proporcionais ao cumprimento das metas pactuadas, incluindo incentivos para ganhos de eficiência, qualidade e resultado funcional;

III. possibilidade de contratualização com entidades filantrópicas, hospitais de ensino, instituições públicas e privadas sem fins lucrativos, garantindo cobertura regional e priorizando territórios com vazios assistenciais;

IV. inserção de cláusulas que assegurem transparência, auditoria e prestação de contas, conforme regulamento do Ministério da Saúde.

§ 1º A contratualização poderá incluir custeio de leitos de internação, unidades de terapia intensiva, cirurgias, implantes, órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e tecnologias assistivas necessárias ao processo de reabilitação.

§ 2º Poderão ser firmados contratos de longo prazo, de até 5 (cinco) anos, prorrogáveis, de modo a garantir sustentabilidade financeira e previsibilidade para os prestadores de serviço.

§ 3º A contratualização será acompanhada por mecanismos de avaliação de desempenho e revisão periódica das metas, garantindo alinhamento com os objetivos da Política Nacional de Reabilitação.

CAPÍTULO V

EDUCAÇÃO PERMANENTE, PESQUISA E INOVAÇÃO

Art. 18. O Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, instituições de ensino, pesquisa e inovação, deverá:

I. promover formação, capacitação continuada e educação permanente das equipes multiprofissionais de reabilitação, incluindo programas de residência médica e multiprofissional, estágios curriculares e preceptoria em Centros de Reabilitação de Alta Complexidade – CRACs e demais serviços habilitados;





II. fomentar pesquisas aplicadas e estudos multicêntricos sobre custo-efetividade, impacto funcional, qualidade de vida, tecnologias assistivas e modelos de cuidado inovadores, priorizando linhas de pesquisa que contribuam para a efetividade da PNR;

III. incentivar o desenvolvimento, incorporação e uso de tecnologias assistivas, órteses, próteses, robótica, telereabilitação, realidade virtual, inteligência artificial e métodos digitais de monitoramento funcional, garantindo acesso equitativo a essas soluções em todas as regiões do país;

IV. estabelecer cooperação técnica com agências de fomento à pesquisa (CNPq, CAPES, FINEP e congêneres), para financiamento de projetos de inovação em reabilitação, estímulo à produção nacional de OPM e fortalecimento de *startups* e centros tecnológicos voltados para a área;

V. criar e manter banco de dados nacional de boas práticas e evidências científicas em reabilitação, acessível aos gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, promovendo a disseminação do conhecimento e a atualização contínua das diretrizes clínicas.

§ 1º As ações previstas neste artigo deverão priorizar regiões com menor oferta de serviços de reabilitação e menor densidade de profissionais especializados, contribuindo para reduzir desigualdades regionais.

§ 2º O Ministério da Saúde publicará, a cada dois anos, relatório de inovação e pesquisa em reabilitação, consolidando os resultados obtidos, as tecnologias incorporadas e as evidências geradas para subsidiar a tomada de decisão.

CAPÍTULO VI

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 19. O cumprimento das metas, indicadores e diretrizes da Política Nacional de Reabilitação – PNR será objeto de monitoramento contínuo e avaliação periódica, de forma articulada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 1º O Ministério da Saúde publicará, anualmente, relatório de monitoramento contendo:

I. indicadores de acesso, qualidade, cobertura e resultado funcional;

II. evolução da habilitação de serviços e da oferta de reabilitação em todos os níveis de complexidade;





III. utilização de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, com análise de vida útil e reposição;

IV. execução orçamentária e financeira da PNR, discriminada por ente federativo e por modalidade de serviço.

§ 2º A cada quatro anos, será publicada avaliação nacional de resultados da PNR, que incluirá:

I. análise de impacto na funcionalidade e na qualidade de vida da população;

II. estudo de custo-efetividade das ações e tecnologias incorporadas;

III. identificação de vazios assistenciais e recomendações para correção de desigualdades regionais;

IV. consolidação de boas práticas e propostas de atualização de protocolos clínicos.

§ 3º O relatório nacional de avaliação quadrienal será submetido ao Conselho Nacional de Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à pactuação de novas metas para o ciclo seguinte.

§ 4º O monitoramento e a avaliação deverão contar com a participação de representantes de usuários, profissionais de saúde, gestores e especialistas, assegurando transparência, controle social e accountability.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, definindo parâmetros técnicos, metas de cobertura e critérios de habilitação.

Art. 21. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A reabilitação é reconhecida internacionalmente como um componente essencial da atenção à saúde e um direito humano fundamental. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2,4 bilhões de pessoas em todo o mundo, o equivalente a 1 em





cada 3 pessoas têm condições de saúde que se beneficiariam de intervenções de reabilitação¹.

Essa estimativa revela a magnitude do desafio e a necessidade de incluir a reabilitação como eixo estruturante de qualquer sistema de saúde que busque a integralidade da atenção.

No Brasil, a reabilitação historicamente foi tratada de forma fragmentada, limitada a serviços ambulatoriais e sem estrutura de alta complexidade que garanta resposta adequada a agravos agudos (como AVC, trauma, câncer) e condições crônicas incapacitantes. Essa lacuna gera atrasos na recuperação funcional, prolonga internações, aumenta o risco de complicações e compromete a reintegração social e produtiva das pessoas.

A Assembleia Mundial da Saúde, por meio da Resolução WHA76.6 – “*Strengthening Rehabilitation in Health Systems*”, adotada em 2023², reconheceu a reabilitação como prioridade global de saúde pública e estabeleceu um roteiro de ações prioritárias para os Estados-Membros, incluindo:

- Integração da reabilitação em todos os níveis de atenção, especialmente na atenção primária.
- Fortalecimento da governança e do financiamento de serviços de reabilitação.
- Desenvolvimento de indicadores nacionais e integração de dados em sistemas de informação.
- Expansão e qualificação da força de trabalho em reabilitação³.

Além de responder a esse chamado global, o Brasil tem a oportunidade de organizar sua rede de reabilitação como modelo de referência, superando o atual cenário de fragmentação. Uma política nacional permitirá a definição de fluxos assistenciais claros, pactuados entre os entes federativos, garantindo o início precoce da reabilitação ainda na fase aguda, a continuidade do cuidado e a reintegração social do paciente. Isso

1. Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10 – 11 July 2023

2. <https://www.who.int/news/item/27-05-2023-landmark-resolution-on-strengthening-rehabilitation-in-health-systems>

3. Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10 – 11 July 2023





é crucial para que a reabilitação deixe de ser vista como etapa final e passe a ser eixo transversal de todo o sistema de saúde. Garantindo que:

- Estructure uma rede regionalizada e hierarquizada, incluindo Centros de Reabilitação de Alta Complexidade.
- Garanta financiamento protegido, com rubrica orçamentária específica no Fundo Nacional de Saúde.
- Integre a reabilitação às linhas de cuidado desde a fase aguda até o acompanhamento de longo prazo e cuidados paliativos.
- Promova a equidade, reduzindo desigualdades regionais e garantindo acesso oportuno a toda a população.
- Monitore resultados funcionais, assegurando que o investimento público gere impacto real na autonomia e qualidade de vida das pessoas.

O impacto econômico e social é igualmente relevante. A ausência de reabilitação adequada resulta em aposentadorias precoces, maior dependência previdenciária e redução da força de trabalho ativa. Estudos internacionais indicam que o investimento em reabilitação é custo-efetivo, reduz custos hospitalares e melhora os indicadores de produtividade e bem-estar⁴.

Outro ponto fundamental é a adoção de protocolos clínicos e o uso de tecnologias avançadas, como a robótica aplicada à reabilitação. A utilização de equipamentos robóticos e terapias inovadoras, quando integradas a protocolos baseados em evidências, promove ganhos funcionais acelerados, reduz complicações e encurta o tempo de internação e de dependência. Essa política nacional criará condições para incorporar, de forma organizada e equânime, tecnologias que hoje estão restritas a poucos centros de excelência, democratizando o acesso a tratamentos de ponta.

Nesse contexto, destaca-se também a necessidade de maior uso de toxina botulínica como ferramenta terapêutica essencial no manejo da espasticidade, condição comum em pacientes pós-AVC, pós-trauma e em diversas doenças neurológicas. Embora a toxina botulínica já esteja incorporada ao SUS e seja centralizada pelo Ministério da Saúde, seu uso permanece incipiente, muitas vezes limitado por falta de conhecimento,

4 Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10 – 11 July 2023





capacitação profissional ou ausência de protocolos de referência e contrarreferência bem definidos.

A ampliação do uso da toxina botulínica, de forma protocolada e associada a terapias de reabilitação intensiva, pode representar um salto de qualidade na recuperação funcional, permitindo melhor mobilidade, prevenção de contraturas, melhora da dor e maior participação social do paciente. Inserir esse recurso como componente estruturante da Política Nacional de Reabilitação é uma medida de alto impacto, com potencial para reduzir sequelas incapacitantes e otimizar recursos públicos, uma vez que diminui a necessidade de cirurgias ortopédicas corretivas e o uso prolongado de medicamentos sistêmicos.

No Brasil, um exemplo inspirador é o trabalho do Hospital de Amor, que já oferece programas de reabilitação de alta complexidade, com unidades regionalizadas no país. Esse modelo de atenção, que vai além do escopo atual dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), demonstra que é possível articular infraestrutura, equipe multiprofissional, tecnologia assistiva e acompanhamento contínuo, criando um padrão superior de atendimento. Essa experiência deve servir como referência nacional para a criação de uma nova classificação de serviços de reabilitação – os Centros de Reabilitação de Alta Complexidade (CRACs) – que serão instituídos pela presente política.

Outro aspecto fundamental a ser considerado na Política Nacional de Reabilitação é a produção, oferta, adaptação e acompanhamento contínuo do uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). A assistência não se encerra no ato da concessão do dispositivo: ao contrário, é nesse momento que se inicia uma nova etapa do processo reabilitador.

A vida útil de uma prótese ou de uma cadeira de rodas é limitada e exige substituições periódicas, manutenções, ajustes e evolução de uso. O paciente pode iniciar sua reabilitação utilizando cadeira de rodas, progredir para andador, depois para muletas, bengala e, em muitos casos, alcançar autonomia completa de marcha. Sem um programa





estruturado de acompanhamento, há risco de abandono precoce do tratamento, complicações posturais, lesões secundárias e perda de independência.

Nesse sentido, é essencial que a PNR não se limite a modelos protocolares tradicionais, mas estimule a inovação e a escalabilidade na produção e fornecimento de OPM. Um exemplo concreto é a experiência do Hospital de Amor, que utiliza tecnologias de robótica e automação para a confecção personalizada de OPM, garantindo redução de custos, padronização de qualidade, especificidade para cada paciente e capacidade de produção em escala. Esse modelo demonstra que é possível combinar alta tecnologia com eficiência e deve ser considerado como referência para a organização de uma rede nacional de OPM no SUS.

Portanto, a PNR deve garantir:

- Oferta qualificada e rastreável de OPM, com logística adequada para reposição.
- Protocolos de prescrição multiprofissional, baseados em avaliação funcional individualizada.
- Treinamento do usuário e familiares, garantindo adaptação correta e segurança no uso.
- Monitoramento evolutivo para identificar a necessidade de trocas, ajustes ou upgrades.
- Incentivo à produção nacional de dispositivos de qualidade, reduzindo custos e tempo de espera.

A institucionalização desses mecanismos permitirá reduzir desigualdades regionais, otimizar recursos públicos e assegurar que o OPM cumpra seu papel de restaurar a funcionalidade e devolver autonomia ao cidadão.

Outro desafio relevante é a ausência de protocolos formais de encaminhamento obrigatório para reabilitação após a alta hospitalar ou conclusão do tratamento de condições agudas. Casos frequentes como o do paciente que sobrevive a um acidente vascular cerebral (AVC) ou um politrauma, mas permanece com sequelas motoras e cognitivas, ilustram a falha de integração: muitas vezes o atendimento se encerra no hospital e o paciente não é inserido em um programa de reabilitação, perdendo janela terapêutica crucial para recuperação funcional.





A falta desse encaminhamento impacta diretamente o sistema previdenciário e a economia. Indivíduos que poderiam retomar uma vida ativa passam a depender de aposentadorias precoces ou benefícios assistenciais, aumentando o custo para o governo. Uma política que garanta o encaminhamento precoce e estruturado para reabilitação representa investimento social inteligente: reduz o tempo de afastamento do trabalho, diminui a dependência previdenciária, melhora a qualidade de vida e devolve autonomia ao cidadão.

Dessa forma, criamos um elo obrigatório entre atenção de alta complexidade → reabilitação, transformando a política em algo exequível e rastreável, evitando a atual “alta para o nada” que muitos pacientes enfrentam.

Outro desafio crítico é a insuficiência de equipes multiprofissionais completas nos serviços de reabilitação existentes. Muitos municípios contam apenas com um ou dois profissionais, o que impede a oferta de um cuidado integral e coordenado. A ausência do médico fisiatra, do terapeuta ocupacional ou do fonoaudiólogo, por exemplo, compromete diretamente a capacidade de recuperar funções motoras, cognitivas e de comunicação, prolongando o tempo de dependência do paciente. Ao estabelecer na lei a composição mínima obrigatória das equipes, a Política Nacional de Reabilitação cria um padrão nacional de qualidade, garante o acesso equitativo aos diferentes saberes profissionais e reduz a fragmentação do cuidado.

Outro componente essencial, porém, frequentemente negligenciado, é a terapia nutricional especializada como parte integrante do processo de reabilitação. Pacientes em recuperação de AVC, politraumas, ostomias, cirurgias ortopédicas ou oncológicas, bem como aqueles em internação prolongada ou com disfagia, apresentam elevado risco de desnutrição e sarcopenia, o que compromete a cicatrização, reduz a resposta à fisioterapia e prolonga o tempo de internação. Ao prever na lei a obrigatoriedade da terapia nutricional em toda a rede de reabilitação, inclusive nos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) e nos Centros de Alta Complexidade (CRACs), garante-se que cada paciente receba suporte individualizado para otimizar sua recuperação funcional. Essa medida é inovadora no SUS e representa investimento inteligente, com potencial





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal WELITON PRADO
Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer
Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência

Apresentação: 30/09/2025 18:03:41.710 - Mesa

PL n.4863/2025

para reduzir complicações, acelerar a alta hospitalar e diminuir os custos associados a internações prolongadas e aposentadorias precoces.

Mais do que números, metas e indicadores, a Política Nacional de Reabilitação fala de vidas transformadas. Fala da alegria de alguém que, após meses de fisioterapia, consegue ficar em pé pela primeira vez. Do sorriso de quem volta a andar, a ouvir, a enxergar, a falar, a segurar um talher ou a fechar sozinho o botão da camisa. Fala de pessoas que redescobrem a própria autonomia e recuperam a dignidade que a doença ou o trauma tentaram tirar.

O que para muitos é um gesto simples, para outros é o resultado de uma longa jornada de esforço, lágrimas, dor e superação. Esse projeto de lei é mais que um marco legal: é um ato de reconhecimento e esperança, que assegura que ninguém ficará sem a oportunidade de reabilitação. É um convite para o país investir no que há de mais valioso — o potencial humano — e construir um futuro em que cada pessoa possa voltar a sorrir, a caminhar, a trabalhar, a viver plenamente.

Assim, a aprovação desta Lei representa um passo histórico para o Brasil, colocando a reabilitação no centro da agenda de saúde pública, alinhando o país às diretrizes internacionais, reduzindo desigualdades e garantindo às pessoas o direito de recuperar, manter e potencializar sua funcionalidade, reintegrando-se plenamente à vida familiar, social e produtiva.

Sala de sessões, em setembro de 2025.

WELITON PRADO
DEPUTADO FEDERAL
Presidente fundador da CECÂNCER no Brasil
CPD – Comissão de Defesa dos Direitos das
Pessoas com Deficiência
Comissão Mista de Orçamento do Congresso Nacional
Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados

Gabinete Brasília: Praça dos Três Poderes, Câmara dos Deputados, Gab. 250, Anexo IV, CEP 70160-900
E-mail: dep.welitonprado@camara.leg.br, Fone: (61) 3215 5250



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD251271679800>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Weliton Prado



* C D 2 5 1 2 7 1 6 7 9 8 0 0 *

FIM DO DOCUMENTO