



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS

BÁRBARA DÓRIA DE MENDONÇA COSTA

**A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 NO BRASIL:
UM PANORAMA DE LEGISLAÇÃO VIGENTE E IMPLEMENTAÇÃO DE
TERAPIAS ALTERNATIVAS**

Maceió/AL
2025

BÁRBARA DÓRIA DE MENDONÇA COSTA

**A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 NO BRASIL:
UM PANORAMA DE LEGISLAÇÃO VIGENTE E IMPLEMENTAÇÃO DE
TERAPIAS ALTERNATIVAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte de requisitos para obtenção do título
de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Ivo

MACEIÓ/AL
2025

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Sâmela Rouse de Brito Silva – CRB-4 – 6023

C837p Costa, Bárbara Dória de Mendonça.
 A proteção jurídica dos portadores de diabetes tipo 1 no Brasil: um panorama de legislação vigente e a implementação de terapias alternativas / Bárbara Dória de Mendonça Costa. – 2025.
 80 f. : il.

Orientador: Gabriel Ivo.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2025.

Bibliografia: f. 68-80.

1. Direito à saúde. 2. Diabetes mellitus tipo 1. 3. Direitos fundamentais sociais.
I. Título.

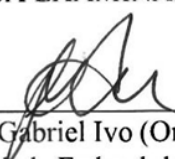
CDU: 342.7

BÁRBARA DÓRIA DE MENDONÇA COSTA

A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 NO BRASIL:
Um panorama de legislação vigente e a implementação de terapias alternativas

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte de requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Direito.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gabriel Ivo (Orientador)
Universidade Federal de Alagoas



Documento assinado digitalmente
OLGA JUBERT GOUVEIA KRELL
Data: 02/06/2025 19:57:50-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Olga Jubert Gouveia Krell (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Alagoas



Documento assinado digitalmente
LANA LISIER DE LIMA PALMEIRA
Data: 01/06/2025 20:35:27-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Lana Lisiêr de Lima Palmeira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Alagoas

Maceió-AL
2025

Dedico este trabalho a todos aqueles que, assim como eu, precisaram trocar as bonecas por canetas de insulina. Aos meus pais, por nunca me deixarem duvidar de que há muita vida após um diagnóstico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que, em sua infinita sabedoria, me atribuiu batalhas, mas nunca me tirou a força e a coragem para enfrentá-las.

Ao meu pai Messias, minha maior inspiração, que com seu amor, cuidado e dedicação me guia pelos caminhos tortuosos da vida. Seu caráter e sua bondade me motivam a ser melhor todos os dias. Sua competência é marcante, tenho sorte em saber que a maior expressão dela é em seu papel de Pai.

À minha mãe Suzana, minha melhor amiga, que costuma dizer que sou forte como a minha avó. Mãe, eu sou forte como você. Seu amor incondicional, sua fé, seu senso de justiça e suas mãos talentosas formam o meu ser. Meus pais, não há nada maior que meu amor por vocês.

Ao Bruno, meu amor, que com seu carinho, seu abraço e suas palavras de conforto, me faz sentir amada e cuidada. Seu apoio incondicional foi fundamental para a conclusão desta etapa. Poder construir uma vida com você é o meu maior presente.

Aos meus irmãos de profissão e de vida: Aracelly, Eliza, Heitor e Vyda, que me fazem acreditar no milagre dos encontros.

À Larissa, minha irmã, meu porto seguro. Sua existência me lembra todos os dias que eu nunca estarei sozinha. Às minhas amigas de uma vida inteira: Helena, Duda, Isa, Lara, Rafa e Lala. Muito obrigada pela irmandade, tenho um pedaço de cada uma no que sou hoje.

À Julia, Luana e Duda Monteiro, que me levantam, sacodem minha poeira e me ajudam a dar a volta por cima sempre que necessário. Vocês são minhas almas gêmeas.

Ao meu professor e orientador Gabriel Ivo, que com sua sabedoria guiou este trabalho.

À Clarinha, minha amiga-irmã, que fez tudo isso acontecer.

Aos meus avós, que têm sua ausência sentida a cada passo que dou.

Aos meus tios e primos, que sempre confiaram no meu potencial. A certeza de que tenho com quem contar me impede de ter medo de voar.

A todos aqueles que se fizeram presentes de alguma forma, meu muito obrigada.

RESUMO

A Constituição Federal brasileira, ao elencar os Direitos e Garantias Fundamentais, define a saúde como direito fundamental social, determinando o dever do Estado para com a sua efetivação. Tal garantia constitucional relaciona-se diretamente ao diabetes mellitus tipo 1, doença incurável que atinge uma parcela considerável da população e é, muitas vezes, invisibilizada perante a sociedade. O presente trabalho não apenas estuda a promoção do direito fundamental à saúde para os portadores dessa doença, como também analisa se tal enfermidade está suficientemente regulamentada pelo Estado. Para tanto, será analisada a positivação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, bem como as políticas públicas fornecidas pelo Estado que visem a ampliação do acesso a terapias para todos. Elabora, também, uma conexão interdisciplinar, entre medicina e direito, com o objetivo de explorar o atual cenário da doença no Brasil e no mundo. Por fim, avalia o alto grau de judicialização de demandas referentes à diabetes tipo 1, traçando um paralelo entre os benefícios e os malefícios da disponibilização de medicamentos de alto custo pelo Estado. Este trabalho foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica, com consulta a livros, trabalhos acadêmicos, consulta a artigos científicos, teses e dissertações. Para além disso, analisa normas, relatórios e decisões judiciais.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Diabetes Mellitus Tipo 1; Judicialização da Saúde; Políticas Públicas.

ABSTRACT

The Brazilian Federal Constitution, when listing Fundamental Rights and Guarantees, defines health as a fundamental social right, determining the State's duty to ensure its implementation. This constitutional guarantee is directly related to type 1 diabetes mellitus, an incurable disease that affects a considerable portion of the population and is often invisible to society. This paper not only studies the promotion of the fundamental right to health for those with this disease, but also analyzes whether this disease is sufficiently regulated by the State. To this end, it will analyze the positivization of the right to health in the Brazilian legal system, as well as the public policies provided by the State that aim to expand access to therapies for all. It also develops an interdisciplinary connection between medicine and law, with the objective of exploring the current scenario of the disease in Brazil and worldwide. Finally, it evaluates the high degree of judicialization of lawsuits related to type 1 diabetes, drawing a parallel between the benefits and harms of the provision of high-cost medications by the State. This work was carried out through bibliographical research, with consultation of books, academic works, scientific articles, theses and dissertations. In addition, it analyzes standards, reports and judicial decisions.

Keywords: Right To Health; Type 1 Diabetes Mellitus; Judicialization Of Health; Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Valores de medicações e aparelhos para diabetes.....	26
Figura 01 - Metas individualizadas para diabetes.....	24
Figura 02 - Insumos disponíveis no Componente Básico.....	27
Figura 03 - Gastos do governo federal com medicamentos judicializados.....	54
Figura 04 - Análise dos processos judiciais movidos contra a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e a Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas no TJ do Estado do Amazonas, 2013 a 2017.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	Artigo
Anti-GAD	Anti-glutamato descarboxilase
Anti-IA2	Anti-tirosina fosfatase (IA-2)
Anti-IAA	Anti-insulina
Anti-ICA	Anti-células das ilhotas
Anti-znt8	Anti-transportador de zinco tipo 8
CAD	Cetoacidose Diabética
CC	Código Civil
CIPCD	Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DKN-A	Questionário de Escala de Conhecimento sobre Diabetes
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DSBD	Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes
FID	Federação Internacional de Diabetes
GJ	Glicemia Plasmática de Jejum
HbA1c	Hemoglobina Glicada
A1c HLA	Antígenos Leucocitários Humanos (do inglês Human Leukocyte Antigen)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISPAD	International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes
LADA	Latent Autoimmune Diabetes in Adults (Diabetes Autoimune Latente do Adulto)
LBIPD	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MCG	Monitoramento Contínuo de Glicose MDI – Múltiplas Doses de Insulina
NPH	Neutral Protamine Hagedorn (insulina intermediária) OMS – Organização Mundial da Saúde
PGE	Procuradoria-Geral do Estado (de Alagoas)
PL	Projeto de Lei
PPA	Plano Plurianual
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SICI	Sistema de Infusão Contínua de Insulina SOB – Sistema Orçamentário Brasileiro
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TIR	Time in Range (Tempo na Faixa Alvo)
TTGO	Teste de Tolerância à Glicose Oral
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 POR QUE FALAR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1?.....	14
1.1 Diagnóstico.....	17
1.2 Tratamento.....	20
1.2.1 Tratamento ofertado pelo SUS nos dias atuais.....	25
1.3 Inclusão das Crianças, Jovens e Adultos Diabéticos na Sociedade.....	28
2 GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE PARA OS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 1.....	33
2.1 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.....	34
2.2 Saúde como Direito de Todos	37
2.3 Papel do Estado na Promoção do Direito à Saúde.....	40
3 ACESSO A TERAPIAS IDEAIS PELA VIA JUDICIAL	49
3.1 O fenômeno da “Judicialização da Saúde”.....	49
3.2 Análise jurisprudencial das demandas relativas à concessão de terapias alternativas para a diabetes mellitus tipo 1	58
3.3 Análise do PL 2687/2022	61
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	68

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 estabelece os fundamentos essenciais para os direitos e garantias fundamentais que sustentam o sistema jurídico nacional. Após anos de omissão, a Constituição Cidadã deu à saúde o destaque que ela merece: direito fundamental social.

A consagração do direito à saúde na legislação proporciona à sociedade ferramentas para assegurar tanto a saúde quanto o bem-estar dos cidadãos. Tal positivação influencia diretamente na realidade das pessoas que sofrem com doenças crônicas, como é o caso dos portadores de diabetes mellitus tipo 1, objeto de estudo do presente trabalho.

Há poucas décadas, um diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 representava uma sentença de morte. Muito pouco se sabia sobre sua forma de ação no corpo humano, menos ainda maneiras de atenuar seus efeitos.

O diabetes tipo 1, que geralmente surge na infância, é uma condição que costuma se desenvolver de forma discreta. Em grande parte dos casos, só é descoberta quando atinge níveis perigosos de descontrole, podendo evoluir para o óbito do paciente. Tal fato demonstra com clareza a falta de conhecimento acerca da enfermidade, uma vez que seu diagnóstico depende de atenção aos sinais, entretanto, segue sendo muitas vezes invisibilizada e subestimada pela sociedade e pelo Poder Público.

Hoje em dia os tratamentos são diversos, envolvendo tanto medicamentos quanto dispositivos tecnológicos que simulam a função pancreática de uma pessoa saudável. Entretanto, os altos custos envolvidos no tratamento dificultam o acesso da maior parte dos brasileiros.

A diabetes mellitus tipo 1 pode não parecer um grande problema a ser enfrentado, ou não parecer ser uma doença rara, em razão da confusão que existe entre os dois tipos mais famosos da doença. O presente trabalho discorrerá sobre as formas de manifestação da doença e apresentará a considerável divergência entre as duas, em especial na causa e no tratamento.

Este trabalho busca investigar a forma como o ordenamento jurídico brasileiro assegura os direitos das pessoas com diabetes tipo 1, à luz do direito à saúde, da dignidade humana e da igualdade.

Portanto, para cumprir o objetivo de investigar a existência de lacunas assistenciais, que afastem a comunidade DM1 do gozo de uma vida digna, foi realizada pesquisa bibliográfica, com consulta a livros, trabalhos acadêmicos, teses, dissertações e artigos científicos tanto da área jurídica, quanto da área da saúde, tendo em vista a interdisciplinaridade do assunto.

Tendo em vista que esta monografia se propõe a expor e analisar uma realidade vivida por uma parcela específica da população, os portadores de diabetes tipo 1, não seria possível compreender a importância da promoção de políticas públicas e o investimento financeiro advindo do Estado, sem entender de que forma a doença se manifesta e quais os cuidados diários que os pacientes necessitam.

Em razão disso, o primeiro capítulo destina-se a uma explanação geral dos conceitos que envolvem a doença, perpassando pelo seu diagnóstico e tratamento. Expõe-se, também, a difícil realidade vivida pelos diabéticos tipo 1 na sociedade, que, perante a sua invisibilidade jurídica, não estão amparados e diversas áreas da vida, como nas escolas e mercado de trabalho. Alguns termos médicos foram utilizados, com as respectivas explicações, para que se compreenda os aspectos mais teóricos da doença.

Ademais, o primeiro capítulo traz os aspectos que envolvem a definição do termo ‘saúde’, utilizando-se de conceitos divulgados pela Organização Mundial de Saúde e do pensamento de estudiosos das áreas médica e jurídica.

O segundo capítulo debruça-se na garantia do direito fundamental à saúde, contida na Carta Constitucional. Inicialmente, aborda-se o princípio da dignidade da pessoa humana, presente no art. 1º da Constituição Federal, conceituando-o e relacionando-o com tal direito fundamental. Posteriormente, utiliza-se do art. 196, para tratar de dois aspectos nele apresentados: a saúde como direito de todos; e o papel do Estado na promoção desse direito.

Para entender a saúde como direito de todos, a presente monografia trouxe os conceitos referentes ao princípio da igualdade, contido no art. 5º, I, da Constituição Federal. Trouxe também o impacto que o desrespeito a tal princípio tem sobre a parcela mais pobre da população.

Prosseguiu, então, tratando do papel do Estado na promoção do direito à saúde, determinado, também, no art. 196. Para tanto, abordou conceitos do modelo de Estado em que o Poder Público assume uma obrigação positiva de garantir o direito fundamental à saúde. Além disso, trata dos aspectos práticos que envolvem o orçamento público, como forma de entender o impacto que as políticas públicas para atender a demanda dos diabéticos tipo 1 exerceria sobre as políticas orçamentárias do país.

No terceiro e último capítulo, o trabalho passa a discorrer sobre os aspectos pragmáticos do tema. Discorre-se sobre o fenômeno da judicialização da saúde e seus efeitos no orçamento anteriormente discutido, além de trazer dados numéricos nacionais e estaduais para que melhor se compreenda as necessidades da procura pelo Poder Judiciário.

Em seguida, realiza-se uma análise jurisprudencial das demandas relativas à concessão de terapias alternativas para a diabetes tipo 1, expondo decisões do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça sobre tais casos.

Finalizando o terceiro capítulo, o presente trabalho volta-se à análise do Projeto de Lei 2687/2022, que visa a incorporação da doença diabetes tipo 1 ao rol de deficiência, para termos práticos e legais. Para isso, discorre sobre a razão de propositura do PL e examina o veto presidencial.

Por fim, apresenta-se a conclusão da monografia, que busca expor se tais direitos constitucionalmente garantidos estão sendo respeitados e promovidos pelo poder público em sua atuação como responsável pela elaboração de políticas públicas que assegurem o acesso igualitário à saúde para toda a população.

1 POR QUE FALAR DE DIABETES MELLITUS TIPO 1?

Compreender a doença Diabetes Mellitus Tipo 1, observando suas principais características, incidência e dados científicos que a cercam é essencial para que seja possível uma maior razoabilidade na discussão acerca de sua importância perante o direito fundamental à saúde. Tal direito fundamental apresenta ligação direta ao direito à vida, que, nos termos da Constituição Federal de 1988¹, em seu artigo 196, determina que é direito de todos e dever do estado sua garantia.

Sabe-se que o conceito de saúde reflete diretamente a conjuntura social, histórica, econômica, política e cultural de um povo. Assim, a conceituação do termo saúde depende de diversos aspectos como época, classe social, concepções científicas, religiosas, políticas, dentre muitos outros.²

Dessa forma, diversas foram as tentativas de estabelecer uma definição clara de saúde, o que gerou uma gama de interpretações que muitas vezes se distanciam entre si, devido as distintas perspectivas de sua formulação. Essa diversidade de concepções evidencia o fato de que a saúde é um fenômeno complexo, que envolve várias dimensões e aspectos, impossibilitando uma abordagem de maneira plena a partir de uma única perspectiva.

Atualmente, o conceito de saúde mais utilizado é o que advém da Organização Mundial de Saúde, daqui por diante tratada por OMS, que a definiu na carta de princípios de 7 de abril 1946, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade.³ Tal conceituação enfrenta diversas divergências de opiniões.

Contudo, a discussão atual envolve uma renovação deste significado adotado pela OMS. O principal motivo para a existência de tal discussão é a amplitude do conceito de bem-estar, podendo significar não se sentir mal, sentir-se bem ou ter satisfeitas suas necessidades

¹ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 fev. 2025.

² E ASSIS SILVA, Michelle Emanuella. **Direito à saúde**: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos, Natal, v. 9, n. 2, p. 4-22, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251/8480>. Acesso em: 18 abr. 2025.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. **O que significa ter saúde?** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude#:~:text=Seguindo%20essa%20linha%20mais%20abrangente%2C%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,em%20comum%20com%20a%20defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 18 abr. 2025.

biológicas, psicológicas e sociais. Deste modo, ainda que bem construído, a definição de saúde da OMS dependeria do significado do conceito de bem-estar, ausente nela.⁴

Além disso, considerar saúde como estado de completo bem-estar não condiz com a ideia de que o indivíduo pode viver saudável, mesmo que em uma condição de doença, quando, em teoria, não se vive em completo bem-estar. A discussão do presente trabalho traz consigo o objetivo de demonstrar que é possível viver com saúde, ainda que lidando com as limitações presentes no diabetes mellitus tipo 1, não significando, portanto, um estado de completo bem-estar, mas sim um equilíbrio entre as dificuldades contidas na doença e a sua correta administração.

Observa-se, também, que há uma potencialização da doença em detrimento ao ser e o viver com saúde dos indivíduos, especialmente creditada pela indústria farmacêutica e tecnológica. Isso porque, na área da saúde, os profissionais costumam centrar-se em aspectos aparentes ou sinais externos, objetificando o ser humano e desconsiderando sua singularidade e historicidade enquanto sujeito da sua saúde. Esta prática favorece a reprodução do modelo biotecnológico, a partir do qual a comunização socialmente relevante é a doença, não a saúde.⁵

Percebe-se, ainda, que não diferente dos sistemas privados, o Sistema Único de Saúde também segue este fluxo de reprodução do modelo biomédico, uma vez que foca em práticas assistencialistas em detrimento das ações integradas e integrativas que promovem a saúde, para que não seja necessário tratar as futuras doenças.⁶ Assim, o conceito de saúde deve ser ampliado, valorizando o ser humano como ser uno e multidimensional, capaz de viver com saúde ainda que em uma condição de enfermidade.

Importante ressaltar, também, que a atual Carta Magna incorporou noções de saúde preventiva ao tratar sobre o direito à saúde, estabelecendo que as políticas devem ser voltadas à redução do risco de doenças e que as atividades preventivas são prioritárias nas ações e serviços de saúde, conforme os artigos 196 e 198 da CF.⁷

⁴ JUNIOR, Sá; DE MIRANDA, Luis Salvador. **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), p. 15-16, 2004. Disponível em: <https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Def-Saude.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2025.

⁵ YÉPEZ, M. A. T.; PINHEIRO, V. S. **Adolescência, saúde e contexto social**: esclarecendo práticas. Psicologia & Sociedade, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 133-147, jul./dez. 2002.

⁶ DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. **Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde**. Escola Anna Nery, v. 15, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NJb3hzFmZwKrnqBDGnLv3L/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2025.

⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 abr. 2025.

Em seu artigo “Reflexões sobre a saúde”, o médico Drauzio Varella traça um panorama histórico acerca da concepção de saúde e da evolução daquilo que é considerado enfermidade, com o passar dos anos. A partir dele, entende-se que a saúde não se limita à ausência de doenças, pois o conceito de doença é complexo e inserido em um contexto social, no qual os médicos desenvolvem diagnósticos e tratamentos, pacientes buscam explicações e alívio e autoridades elaboram políticas públicas para reduzir impactos econômicos e sanitários. A doença é mais que um problema individual, é um fenômeno social.⁸

Definido o termo saúde, adentra-se então, às especificidades da doença tratada no presente trabalho, isto porque, ter informações suficientes sobre os elementos que integram o universo da Diabetes Mellitus Tipo 1, ou DM1, como será tratado daqui para frente, é de suma importância para, a partir deles, compreender sua gravidade e relevância, e por que a DM1 deve receber atenção estatal no que diz respeito à existência de legislação e promoção de políticas públicas que englobem os fatores inerentes à garantia da saúde e do bem-estar do paciente diabético.

A diabetes mellitus tipo 1 é uma doença autoimune crônica, caracterizada pela destruição seletiva das células beta pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina e glucagon. Essa condição surge devido a uma combinação de fatores, incluindo predisposição genética – com forte associação aos genes de histocompatibilidade (HLA)-, influências ambientais e uma resposta autoimune desregulada⁹, que leva à produção de anticorpos ou linfócitos auto-reativos contra as próprias células pancreáticas. Como resultado, ocorre a falência progressiva do pâncreas, comprometendo a síntese desses hormônios e, consequentemente, a capacidade do organismo de metabolizar adequadamente a glicose.¹⁰

Diferentemente de outros tipos de diabetes, em que o corpo não utiliza adequadamente a insulina produzida¹¹, na DM1 há uma ausência quase total desse hormônio, levando a anormalidades metabólicas que exigem controle rigoroso por meio da reposição desse hormônio e monitoramento constante dos níveis glicêmicos.

⁸ VARELLA, Drauzio. **Reflexões sobre a saúde (artigo)**. [S.l.], 2015. Disponível em: <https://drauzioarella.uol.com.br/drauzio/reflexoes-sobre-a-saude-artigo/>. Acesso em: 4 abr. 2025.

⁹ FERNANDES, Ana Paula Morais et al. **Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 743-749, nov./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/w3FV6f4SWCMCmptTW8ktPCM/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2024.

¹⁰ CHOCAIR, Carlos Eduardo et al. **Diferenças entre diabetes tipo 1 e tipo 2**. [S. l.]: Chocair Médicos, [2024]. Disponível em: <https://chocairmedicos.com.br/diferencas-entre-diabetes-tipo-1-e-tipo-2/>. Acesso em: 11 fev. 2025.

¹¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Página oficial. [S. l.], [20--]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/#diabetes>. Acesso em: 11 fev. 2025.

Além disso, por todo o contexto complexo do surgimento da doença, ela não pode ser prevenida, pois não está relacionada com o tipo de alimentação ou maus hábitos de seu portador. Uma vez diagnosticado, o indivíduo torna-se insulínico dependente, visto que não há cura.

A Diabetes Mellitus manifesta-se de duas formas, conhecidas como Tipo 1 e Tipo 2. Conhecer a diferença entre as duas formas da doença é crucial para o bom entendimento do conteúdo aqui narrado.

A Diabetes Mellitus Tipo 2, diferente do tipo anterior, ocorre em um indivíduo que possuía níveis normais de produção de insulina pelo pâncreas, entretanto, devido a maus hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, o organismo apresenta uma resistência aos efeitos da insulina. Assim, a insulina produzida pelo corpo do portador não é suficiente para atender às suas necessidades, sobrecarregando o pâncreas.¹²

Percebe-se, então, que o aumento dos níveis de açúcar no sangue ocorre por fatores diferentes nas duas doenças, representando uma diferença não apenas em nomenclatura, como também no tratamento e efeito da doença no corpo daquele que convive com ela. No tipo 1 está relacionado com uma condição puramente orgânica, inevitável, enquanto no tipo 2 o organismo, uma vez saudável, sobrecarrega-se e apresenta resistência à ação do hormônio da insulina.¹³

Segundo dados coletados pela Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation*), no ano de 2024, 588.7 milhões de pessoas viviam com algum tipo de diabetes. Na mesma pesquisa, uma projeção futura estima que em 2050 haverá um aumento de 45% desses casos, fazendo com que 852.5 milhões de pessoas sejam acometidos pela doença. Dos 588.7 milhões, apenas 9.15 milhões são casos de diabetes tipo 1. Além disso, o Atlas demonstra que o Brasil ocupa a 4ª colocação no ranking de países com o maior número de portadores de diabetes tipo 1, perdendo apenas para os Estados Unidos, Índia e China.¹⁴

1.1 Diagnóstico

Expostas as diferenças entre os tipos 1 e 2 da condição, torna-se possível compreender que todos os aspectos que englobam cada uma dessas doenças são divergentes e justificam as diferentes formas de lidar com seus efeitos.

¹² BRUTSAERT, Erika F. **Diabetes mellitus (DM)**. In: Manual MSD Versão Saúde para a Família. [S. l.], c2025. Seção: Tipos de diabetes. Disponível em: https://www.msmanuals.com/pt/casa/distúrbios-hormonais-e-metabólicos/diabetes-mellitus-dm-e-distúrbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/diabetes-mellitus-dm#Tipos-de-diabetes_v772819_pt. Acesso em: 11 fev. 2025.

¹³ CHOCAIR, Carlos Eduardo et al. **Diferenças entre diabetes tipo 1 e tipo 2**. [S. l.]: Chocair Médicos, [2024]. Disponível em: <https://chocairmedicos.com.br/diferencas-entre-diabetes-tipo-1-e-tipo-2/>. Acesso em: 11 fev.

¹⁴ INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**, 2025. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>. Acesso em: 30 abr. 2025. Tradução nossa.

O DM1 é uma das doenças crônicas mais comuns na infância, isso porque sua maior taxa de diagnóstico se dá entre crianças e jovens. Ele pode se desenvolver a qualquer momento, mesmo durante a fase neonatal ou durante a primeira infância, mas em geral inicia entre os quatro e os seis anos de idade, ou entre os dez e os catorze anos de idade.^{15 15}

Além disso, há uma forma de diabetes na qual o ataque e destruição das células beta pancreáticas ocorre de forma gradativa, mais devagar, e o uso obrigatório de insulina vem a acontecer após vários diagnósticos. Essa forma de diabetes é chamada de LADA (Adult Latent Autoimmune Diabetes), forma essa que a disfunção pancreática é descrita como uma mistura dos dois tipos de diabetes mellitus.¹⁶

No diabetes tipo 1, as manifestações iniciais variam de hiperglicemia assintomática à cetoacidose diabética, potencialmente fatal.¹⁷¹⁷ Os sintomas que a doença manifesta, variam entre fome frequente, sede constante, vontade de urinar diversas vezes ao dia, perda de peso, fraqueza, fadiga, mudanças de humor, náuseas e vômito.

Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, o diagnóstico de diabetes mellitus, de ambos os tipos, deve ser estabelecido pela identificação de hiperglicemia. Para isso, podem ser usados os exames de glicemia plasmática de jejum (GJ), o teste de tolerância à glicose por via oral (TTGO) e a hemoglobina glicada (HbA1c). O TTGO é um exame de glicemia realizado após uma hora (TTGO-1h) ou duas horas (TTGO-2h) de uma sobrecarga de 75 gramas de glicose por via oral.¹⁸

Entretanto, devido à alta complexidade da Diabetes tipo 1 e das suas causas de desenvolvimento, existem outras maneiras de diagnosticar a doença, conforme dita a Organização Mundial de Saúde e a *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD). Segundo essas organizações, a presença de autoanticorpos associados à destruição

¹⁵ CALABRIA, Andrew. **Diabetes mellitus (DM) em crianças e adolescentes**. In: *Manual MSD Versão Saúde para a Família*. [S. l.]: Merck Sharp & Dohme, c2025. Seção: Tipos de diabetes. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/casa/problemas-de-saude-infantil/disturbios-hormonais-em-criancas/diabetes-mellitus-dm-em-criancas-e-adolescentes#Tipos-de-diabetes_v21912426_pt. Acesso em: 12 fev. 2025.

¹⁶ DE FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz et al. **Diabetes autoimune latente do adulto (LADA):** fisiopatologia, critérios diagnósticos e associação com doenças autoimunes. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e91101119532, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19532. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19532>. Acesso em: 12 fev. 2025.

¹⁷ CALABRIA, Andrew. **Diabetes mellitus em crianças e adolescentes**. In: *Manual MSD Profissional*. [S. l.]: Merck Sharp & Dohme, c2024. (Atualizado em abr. 2024). Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatria/disturbios-endocrinos-em-criancas/diabetes-mellitus-em-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 12 fev. 2025.

¹⁸ RODACKI, Melanie et al. **Diagnóstico de diabetes mellitus**. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S. l.]: SBD, 2024. p. [1-41]. DOI: 10.29327/5412848.2024-1. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/?pdf=17554>. Acesso em 15 fev. 2025.

das células beta pancreáticas – anti-glutamato descarboxilase (anti-GAD), anti-fosfatase de tirosina (anti-IA2), anti-insulina (anti-IAA), anti-células das ilhotas (anti-ICA) e anti-transporte de zinco 8 (anti-ZnT8) – pode corroborar para o diagnóstico, especialmente quando há alguma dúvida sobre ele.¹⁹¹⁹

O diagnóstico da diabetes tipo 1 precocemente é de suma importância, posto que as consequências da demora podem ser fatais. Tendo em vista a faixa etária acometida majoritariamente, a investigação dos sintomas é retardada, pois os sinais podem passar despercebidos por pais e cuidadores.²⁰ Se os indícios não forem reconhecidos, investigados e identificados com agilidade, o indivíduo poderá desenvolver um distúrbio potencialmente fatal chamado cetoacidose diabética.²¹

Ao tempo do diagnóstico de DM1, os indivíduos apresentam insulinopenia, ou seja, a falta de insulina ou a diminuição da produção de insulina pelo pâncreas. Como consequência, são altamente propensos a evoluírem para a cetoacidose diabética (CAD), condição caracterizada pelo aumento de corpos cetônicos, acidose metabólica, hiperglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos que resultam da diminuição acentuada dos níveis de insulina no sangue e do subsequente aumento de substâncias contrarreguladoras, como catecolaminas, glucagon, cortisol e hormônio do crescimento.²²

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a cetoacidose diabética pode estar presente em aproximadamente 25% dos casos no momento do diagnóstico de DM1.²³ A

¹⁹ SOUZA, Leonardo Calil Vicente Franco de et al. **Diabetic ketoacidosis as the initial presentation of type 1 diabetes in children and adolescents: epidemiological study in southern Brazil** [Cetoacidose diabética como apresentação inicial do diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes: estudo epidemiológico no sul do Brasil]. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 38, p. e2018204, 2019. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018204. Acesso em: 15 fev. 2025. Tradução nossa.

²⁰ PEREIRA, Mariana Fernanda Vaz; FIGUEIREDO, Andréa Mendes. **A importância do diagnóstico da Diabetes Mellitus tipos 1 e 2 na infância**. 2017. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v36_n2_2017_art_15.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.

²¹ CALABRIA, Andrew. **Diabetes mellitus (DM) em crianças e adolescentes**. In: *Manual MSD Versão Saúde para a Família*. [S. l.]: Merck Sharp & Dohme, c2025. Seção: Tipos de diabetes. Disponível em: https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-saúde-infantil/distúrbios-hormonais-em-crianças/diabetes-mellitus-dm-em-crianças-e-adolescentes#Tipos-de-diabetes_v21912426_pt. Acesso em: 12 fev. 2025.

²² SILVA JÚNIOR, W. S. et al. **Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-5. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

²³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)**. [Salvador]: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2025.

CAD ocorre tipicamente nos pacientes com diabetes tipo 1, embora também possa ocorrer em pacientes com DM2.²⁴²⁴

Conforme indicado por Santomauro, *et al.*, a demora na intervenção terapêutica para correção da acidose e reposição hídrica pode resultar em choque por diminuição do volume sanguíneo e morte.²⁵²⁵

A CAD ocorre por diversos fatores, mas as principais causas são: omissão de tratamento com insulina ou remédios; mau funcionamento da bomba de insulina; doenças agudas como infecções (urinária, pulmonar, gripe); infarto do miocárdio; hemorragia digestiva; distúrbios endócrinos (feocromocitoma, hipertireoidismo, acromegalia); drogas (corticóides, agonistas adrenérgicos, fenitoína, beta-bloqueadores, antipsicóticos, álcool, cocaína); desidratação (ingestão deficiente de água, diarreia, sauna); ingestão excessiva de refrigerantes ou líquidos açucarados.²⁶

O edema cerebral agudo ocorre primariamente em crianças e com menor frequência em adolescentes e adultos jovens, representando uma complicação de 1% dos casos de CAD. O tratamento precisa ser realizado em UTI, pois as avaliações clínicas e laboratoriais são, inicialmente, necessárias a cada uma ou duas horas, com ajustes apropriados do tratamento.²⁷

Posto isso, nota-se a imprescindibilidade do diagnóstico precoce da DM1, tendo em vista as várias complicações ocasionadas pela doença e pela mudança radical de estilo de vida que recairá sob aquele que a desenvolva.

1.2 Tratamento

Pode-se abordar diversos aspectos do tratamento da DM1, tanto medicamentosos quanto relativos à mudança de hábitos. A princípio, em pacientes com DM1, é recomendado iniciar o

²⁴ SANTOMAURO, Ana Teresa et al. **Diagnóstico e tratamento da Cetoacidose Diabética**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-6. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/#citacao>. Acesso em: 15 fev. 2025.

²⁵ SANTOMAURO, Ana Teresa et al. **Diagnóstico e tratamento da Cetoacidose Diabética**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-6. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/#citacao>. Acesso em: 15 fev. 2025.

²⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Página inicial**. [S.l.], [20--?]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

²⁷ BRUTSAERT, Erika F. **Cetoacidose diabética (CAD)**. Manual MSD. [S.l.], 2023. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-de-carboidratos/cetoacidose-diab%C3%A9tica-cad#Sinais-e-sintomas_v989291_pt. Acesso em: 16 fev. 2025.

tratamento com insulina imediatamente após o diagnóstico clínico, de modo a prevenir a descompensação metabólica e a CAD.

Conforme Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento com insulina para pacientes com DM1 deve reproduzir o padrão natural de liberação hormonal observado em indivíduos saudáveis. O método mais recomendado é a abordagem basal-bolus, que deve ser implementada logo no início do diagnóstico, utilizando-se tanto múltiplas aplicações diárias de insulina (Múltiplas Doses de Insulina – MDI, como será tratado daqui por diante) quanto dispositivos de infusão contínua (Sistema de Infusão de Insulina – SICI, como será tratado daqui por diante). Para que seja possível simular a produção natural do hormônio, deve-se utilizar insulinas de ação prolongada para cobrir as necessidades basais e análogos de ação rápida ou ultrarrápida para as refeições.²⁸

O cálculo para determinar as dosagens diárias de insulina na pessoa com diabetes tipo 1 são realizados a partir do peso corporal, geralmente variando entre 0,4 U/kg/dia a 1,0 U/kg/dia, sendo sempre uma estimativa sujeita a alterações. A necessidade de aumento da dosagem pode acontecer por vários fatores, os mais comuns são puberdade, gestação ou infecções. O componente prandial, por sua vez, é dividido em três a quatro bolus pré-prandiais ao dia, com aplicação 30 minutos antes da refeição para a insulina humana regular, 20 minutos antes da refeição para os análogos rápidos e imediatamente antes da refeição para os análogos ultrarrápidos.²⁹

Além disso, a administração da insulina se dá por via parenteral, ou seja, forma de administração medicamentosa introduzida diretamente na corrente sanguínea ou outros tecidos corporais, sendo a subcutânea a via mais usada. No tratamento padrão, por MDI, são utilizados dois tipos de insulina: basal e prandial. A administração de insulina basal de ação prolongada ou intermédia acontecerá 1 ou 2 vezes ao dia, enquanto a prandial de ação rápida deverá ser injetada antes de todas as refeições, de acordo com a glicemia capilar e a quantidade de carboidratos que serão ingeridos.

²⁸ SILVA JÚNIOR, W. S. et al. **Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-5. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

²⁹ SILVA JÚNIOR, W. S. et al. **Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-5. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

Hoje, no Brasil as formulações de insulina disponíveis são: para insulinas basais – NPH (insulina intermediária); Glargina U100 (análogo de ação longa); Detemir (análogo de ação intermediária); Glargina U300 e Degludeca (análogo de ação ultra-longa); para insulinas prandiais – Regular, sendo Humulin R ou Novolin R (insulina rápida); Asparte - Novorapid, Lispro - Humalog, Glulisina - Apidra, Fast Aspartate – Fiasp, Inalada – Afrezza (análogos de ação ultra-rápida); para insulinas pré-misturada – Humulin70/30, Humalog Mix 25, Humalog Mix 50 e NovoMix 70/30.³⁰ Cada uma das insulinas citadas possui um tempo de ação, portanto, influenciam no tratamento de maneiras diversas.

Para a insulinoterapia, pode ser utilizado também o sistema de infusão contínua de insulina (SICI), popularmente conhecida como bombas de insulina. As bombas são dispositivos mecânicos com comando eletrônico que injetam a insulina continuamente, que ficam armazenadas num reservatório. O reservatório é ligado a um cateter inserido no tecido subcutâneo, podendo ser aplicado na parede abdominal, nádegas ou coxas. Esses dispositivos eletrônicos simulam a fisiologia natural, liberando insulina basal por meio de aplicações em pulso continuamente. As insulinas utilizadas na bomba de infusão são as análogas de ação rápida.³¹

Devido ao alto risco de hipoglicemias assintomáticas, principalmente noturnas, não há que se falar de reposição diária de insulina sem que ocorra, concomitantemente, a monitorização glicêmica apropriada.³² Essa monitorização se dá por meio de testes diários de glicemia.

Após o diagnóstico, para que o tratamento de insulinoterapia atinja um bom resultado, é imprescindível a realização de testes de controle da glicemia com frequência, tendo em vista que esse é um dos fatores de cálculo para dosagem de insulina prandial. Os testes de controle da glicemia feitos de forma individual apresentam-se de duas formas: monitoramento da glicose no sangue com o uso do glicosímetro e monitoramento contínuo de glicose (MCG), com o uso de um sensor fixo à pele.³³

³⁰ *Ibid.*

³¹ BRICH, Mayara et al. "**Mãe pâncreas**": o cuidado de crianças e adolescentes em condição diabética. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/220540/PGAF0014-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 mar. 2025.

³² PIRES, Antonio Carlos; CHACRA, Antonio Roberto. **A evolução da insulinoterapia no diabetes melito tipo 1**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 52, p. 268-278, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/gghq5fbCYKYg4XWRPs4HWJw/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

³³ CDB. **Controle da glicemia**: entenda a importância e conheça a tabela de alimentos. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://blog.cdb.com.br/controle-da-glicemia-entenda-a-importancia-e-conheca-a-tabela-de-alimentos/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

As ferramentas digitais são de grande ajuda no tratamento da DM1 e, no quesito monitoramento de glicose, essa influência é ainda maior. Nos MCGs, o sensor é instalado no subcutâneo do diabético e passa a capturar dados e enviá-los a um aplicativo no *smartphone* do usuário, que encaminha à nuvem e então integra-se a outros dados. Portanto, tais equipamentos tecnológicos evidenciam a necessidade e facilitam a realização de intervenções clínicas no tratamento daquele paciente.³⁴

Já a outra forma de monitoramento da glicose é realizada com o auxílio do glicosímetro comum, sendo a maneira mais utilizada atualmente. Seu uso consiste na realização de um pequeno furo na ponta dos dedos, com um aparelho que se assemelha a uma caneta. A gota de sangue é depositada nas tiras-teste, ocorrendo uma reação química, que possibilita a indicação da glicemia naquele momento.³⁵

Para o melhor tratamento possível, é necessário observar os padrões de variações glicêmicas, a partir dos valores apresentados nos testes de glicemia capilar ou nos MCGs. A Sociedade Brasileira de Medicina estabelece metas de controle glicêmico, que são adaptadas a cada grupo de diabéticos, conforme a tabela disponibilizada pela SBD:

Figura 1 - Metas individualizadas para diabetes

	Pacientes DM1 ou DM2	Idoso Saudável*	Idoso Comprometido (Frágil)*	Idoso Muito Comprometido*	Criança e adolescente
HbA1c %	<7,0	<7,5	<8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	<7,0
Glicemia de Jejum e Pré Prandial	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
Glicemia 2h Pós-Prandial	<180	<180	<180	-	<180
Glicemia ao deitar	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150
TIR 70-180 mg/dL	>70%	> 70%	>50%	-	> 70%
T Hipog <70 mg/dL	<4%	<4%	<1%	0	<4%
T Hipog <54 mg/dL	<1%	<1%	0	0	<1%

Fonte: Grupo MedCof (2023).

³⁴ DAMACENO, Laerte et al. **Ferramentas digitais em diabetes: o papel da telemedicina**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-9. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/ferramentas-digitais-em-diabetes/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

³⁵ TUA SAÚDE. **Aparelho para medir a glicose: como escolher e usar corretamente**. [S.l.], 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/aparelho-para-medir-a-glicose/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Assim, entende-se que para os diabéticos, o controle glicêmico, assim como todos os aspectos do tratamento, deve ser individualizado e ajustado conforme a situação clínica daquele paciente. Utiliza-se, então, como parâmetro, a hemoglobina glicada A1c (HbA1c) e as glicemias capilares em jejum, nos períodos pré-prandiais, 2 horas após as refeições e ao deitar-se. Entretanto, após a disseminação dos MCGs, foram incorporados novos parâmetros de avaliação: o tempo no alvo (TIR – Time in Range), o tempo em hipoglicemia, o coeficiente de variação e a glicemia média estimada.³⁶

Ademais, em se tratando de um bom controle glicêmico e mínimas consequências adversas derivadas da diabetes, o estilo de vida saudável é protagonista. Entende-se, então, que uma terapia nutricional adequada, combinada com a prática de exercícios físicos regularmente é de grande ajuda na qualidade de vida após o diagnóstico de DM1.

O tratamento nutricional do diabético tipo 1 não requer uma restrição alimentar. Atualmente, a terapia nutricional recomendada baseia-se na contagem de carboidratos, de modo que a pessoa com diabetes não precise cortá-los de sua alimentação, apenas balancear as quantidades e aplicar a insulina de ação rápida conforme a quantidade que será ingerida.³⁷

Conforme detalhado, o tratamento para o diabetes tipo 1 é complexo e envolve uma série de dispositivos, medicamentos e profissionais. Portanto, cada aspecto do tratamento envolve um investimento financeiro, muitas vezes inalcançável para o brasileiro médio que, segundo dados divulgados pelo IBGE, possuía como renda mensal *per capita*, em 2023, R\$ 1.853,00 (mil, oitocentos e cinquenta e três reais).³⁸

A renda nominal mensal domiciliar *per capita* de cada unidade da federação, divulgada em 2023, destaca ainda mais o estado de Alagoas como o segundo estado com menor rendimento *per capita* do Brasil, à frente apenas do estado do Maranhão. Segundo o dado

³⁶ PITITTO, B. et al. **Metas no tratamento do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-3. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

³⁷ CAMPOS, Tarcila Ferraz de et al. **Terapia nutricional no diabetes tipo 1**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-4. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-diabetes-tipo-1/#citacao>. Acesso em: 25 fev. 2025.

³⁸ IBGE. Agência de Notícias. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita e o coeficiente de desequilíbrio regional de 2023**. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/40201-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-e-o-coeficiente-de-desequilibrio-regional-de-2023>. Acesso em: 5 abr. 2025.

divulgado, a renda mensal do alagoano resume-se a R\$ 1.110,00 (mil, cento e dez reais)³⁹, fato este que demonstra a impossibilidade de arcar com os custos decorrentes do tratamento da DM1.

Faz-se necessário, então, detalhar os valores de cada dispositivo e medicamento que envolve o tratamento para a diabetes tipo 1, para que seja possível uma maior compreensão das limitações financeiras da comunidade DM1 no país:

Tabela 1 – Valores de medicações e aparelhos para diabetes

INSULINAS	De R\$ 48,00 até R\$ 210,00
GLICOSÍMETRO	De R\$ 50,00 até R\$ 200,00
TIRAS-TESTE (caixa com 50 unidades)	R\$ 123,00
BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA (MEDTRONIC MMT01896 Bp Minimed 780g)	R\$ 19.446,00
SENSOR PARA BOMBA DE INSULINA (duração de 6 dias)	R\$ 2.140,00
SENSOR DE GLICEMIA (duração de 15 dias)	R\$ 329,90

Fonte: Drogasil (2025).

Ainda há uma grande controvérsia envolvendo a obrigação estatal de fornecimento das bombas de infusão de insulina. Isto porque o SUS prioriza o fornecimento dos insumos necessários para o método MDI, julgando ser suficiente para a manutenção de um bom controle glicêmico, como exposto a seguir.

1.2.1 Tratamento ofertado pelo SUS nos dias atuais

A Sociedade Brasileira de Diabetes, por meio da publicação das diretrizes, divulgou em 2024 a orientação acerca da dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS.⁴⁰

³⁹ IBGE. Agência de Notícias. **IBGE divulga rendimento domiciliar per capita 2023 para Brasil e unidades da federação**. [Rio de Janeiro], 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/39262-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2023-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 5 abr. 2025.

⁴⁰ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS**. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/dispensacao-de-medicamentos-e-insumos-para-o-tratamento-do-diabetes-mellitus-no-sus/>. Acesso em: 7 abr. 2025.

Sabe-se que a lista de medicamentos e insumos ofertados pelo SUS para pessoas com diabetes mellitus foi definido na Portaria MS/GM nº 2.583, de 10 de outubro de 2007⁴¹ e, nos termos da Lei Federal nº 11.347.⁴²

É de competência municipal a aquisição, padronização e distribuição dos insumos de acordo com o respectivo protocolo municipal ou estadual.⁴³

O quadro abaixo, divulgado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, lista os medicamentos e insumos que estão disponíveis no Componente Básico para Diabetes Mellitus, tanto tipo 1 quanto tipo 2:

Figura 2 – Insumos disponíveis no Componente Básico

Quadro 1. Medicamentos e insumos disponíveis no Componente Básico para Diabetes Mellitus:
• Glibenclamida comprimidos de 5 mg. • Cloridrato de metformina comprimidos de 500 mg e 850 mg. • Gliclazida comprimidos de 30 e 60 mg. • Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável em frasco de 10ml ou caneta 100UI/ml, tubetes de 3ml. • Insulina Humana Regular 100 UI/mL, em frasco de 10ml ou caneta 100UI/ml, tubetes de 3ml. • Tiras reagentes de medida de glicemia capilar. • Lancetas para punção digital. • Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina. • Glicosímetros. • Lancetadores.

Fonte: Diretriz Diabetes (2024).

Além disso, a Portaria 2583, citada anteriormente, dispõe que portadores de diabetes em uso de insulina terão direito a receber não apenas as medicações, como também todos os outros insumos que envolvem o uso delas.⁴⁴

Vale ressaltar, ainda, que qualquer diabético, da rede pública, privada ou suplementar, tem acesso a esses medicamentos mediante apresentação da receita médica, cartão nacional de

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007**. Aprova o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 out. 2007.

⁴² BRASIL. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes mellitus inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 set. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11347.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.

⁴³ BOTTO, Nilce (Enfermeira) et al. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-2. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/dispensacao-de-medicamentos-e-insumos-para-o-tratamento-do-diabetes-mellitus-no-sus/#ref4>. Acesso em: 7 abr. 2025.

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007**. Aprova o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 out. 2007.

saúde ou cadastro municipal de saúde, além de documentos pessoais. Já para os insumos, geralmente, o acesso ocorre por meio de cadastro no programa municipal de insumos para diabéticos, com apresentação de relatório médico, receita contendo a prescrição de insulinas e frequência de automonitorização da glicemia, documentos pessoais, cartão nacional de saúde e comprovante de endereço.⁴⁵

Além do RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que busca selecionar e padronizar os medicamentos utilizados pelo SUS,⁴⁶ os municípios possuem o REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), que abrange a maior parte dos medicamentos disponíveis no primeiro, com a possibilidade de inclusão de medicamentos complementares, adquiridos com recurso municipal próprio.⁴⁷

A diretriz divulgada pela Sociedade Brasileira de Diabetes determina, também, que os portadores de DM1 devem ser atendidos e educados preferencialmente em centros de referência por endocrinologistas e equipe de saúde multiprofissional. Além disso, deve haver uma avaliação periódica para que se verifique a adesão ao tratamento, sua eficácia e a possível necessidade de ajuste de doses de insulina.⁴⁸

Tratadas as questões acerca de medicamentos disponíveis e forma de tratamento, resta claro que as opções disponíveis na rede pública não compreendem todas as tecnologias e equipamentos, citados no capítulo e subcapítulos anteriores, necessários para uma qualidade de vida plena aos portadores de Diabetes tipo 1.

O alto custo do tratamento atualizado e especializado impossibilita que o brasileiro de renda média o utilize. Desse modo, o direito à saúde é violado, quando não há possibilidade de igualdade e equidade entre todos os brasileiros portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1.

⁴⁵ BOTTO, Nilce (Enfermeira) et al. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-2. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/dispensacao-de-medicamentos-e-insumos-para-o-tratamento-do-diabetes-mellitus-no-sus/#ref4>. Acesso em: 7 abr. 2025.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome>. Acesso em: 7 abr. 2025.

⁴⁷ SÃO FRANCISCO DE GOIÁS (Município). **Acesso aos medicamentos essenciais: lista REMUME**. São Francisco de Goiás, [20--?]. Disponível em: <https://saofranciscodegoias.go.gov.br/acesso-aos-medicamentos-essenciais-lista-remume/>. Acesso em: 7 abr. 2025.

⁴⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento do diabetes mellitus tipo 1 no SUS**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-1-no-sus/#ref1>. Acesso em: 7 abr. 2025.

1.3 Inclusão das Crianças, Jovens e Adultos Diabéticos na Sociedade

Ao tratar de diabetes mellitus tipo 1, dá-se grande ênfase ao apoio familiar ao paciente diabético, especialmente no momento do diagnóstico. Considerando que, como já citado anteriormente, em sua maioria, o diagnóstico se dá durante a infância.

Para Freud, em sua obra *Luto e Melancolia* (1915), o luto é uma reação à perda, não necessariamente de um ente querido, mas também de algo que tenha igual importância. Ele é um processo natural para a elaboração da perda, ou seja, a pessoa afetada sabe exatamente o que perde.⁴⁹ Desse modo, o indivíduo que recebe o diagnóstico de DM1 convive com o sentimento de luto, sendo imprescindível um acompanhamento psicológico individualizado.

É inegável que os sentimentos que acompanham o adoecimento são negativos, tendo em vista o enfrentamento de algo diferente e invasivo, tornando-se comum a demonstração de inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão.⁵⁰

A família, quanto organização, conforma-se como um lugar de apoio mútuo, caracterizando-se como o suporte fundamental para aqueles que se encontram adoecidos.⁵¹ Portanto, o trabalho psicoterapêutico individual pode ser realizado tanto com a pessoa diabética, quanto com os pais de crianças e adolescentes diabéticos, a fim de que os cuidadores também elaborem a perda do filho perfeito idealizado e possam aceitar a doença, contribuindo para a aceitação do próprio paciente diabético.⁵²

As famílias, invariavelmente, são os cuidadores primários de seus membros, em todo e qualquer sentido relacionado ao desenvolvimento de um ser humano. Entretanto, as famílias prestam esses cuidados de acordo com os recursos que dispõem. A eficiência desse cuidado é enfraquecida em situações de vulnerabilidade. No caso das famílias que precisam manejar uma doença crônica em algum ou mais de um membro, o dever de cuidado é potencializado, podendo ocasionar estresse e ansiedade não apenas no paciente crônico, mas em todo o corpo familiar.⁵³

⁴⁹ FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução de Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 243-263.

⁵⁰ MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional**. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 18, p. 72-77, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/ZdsTW5hTzFqFyytgZmb7kvL/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁵¹ PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos et al. **Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes**. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 69, n. 5, p. 912-919, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3SGKDs9zYP3PjXnvT43QS7D/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁵² MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional**. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 18, p. 72-77, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/ZdsTW5hTzFqFyytgZmb7kvL/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁵³ BELLATO, Roseney et al. **The family experience of care in chronic situation**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p. 81-88, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5w3rLHGDcdZkZfZyWHy9ZbC/?lang=en>. Acesso em: 5 mar. 2025.

Outro ponto de extrema importância é o nível de escolaridade e classe social, tanto do diabético quanto dos pais e cuidadores.

Um estudo realizado em 2015 demonstra a qualidade de vida relacionada à saúde para pacientes com diabetes tipo 1 no Brasil. Este estudo mostra que os brasileiros reportam uma qualidade de vida relacionada à saúde inferior aos DM1 na Alemanha e no Reino Unido. A pesquisa mostra que essa diferença entre os hemisférios norte e sul pode ter relação com o melhor status econômico, sistemas de saúde, nível de educação e controle glicêmico da população europeia.⁵⁴

Contudo, o controle glicêmico não é o único aspecto que afeta a qualidade de vida e saúde dos diabéticos. O estudo sugere que, mesmo os adolescentes que alcançam o nível de hemoglobina glicada ideal, enxergam a diabetes como um impacto negativo em suas vidas, desenvolvem sinais de depressão e acreditam que a doença é de difícil manejo.⁵⁵

Outro estudo, publicado em 2018, analisa o conhecimento dos familiares de crianças com diabetes mellitus tipo 1 atendidas em um centro de referência na cidade de Porto Alegre – RS. No estudo, restou claro que aqueles cuidadores que possuem ensino médio completo apresentaram um maior número de acertos no DKN-A (*Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* – Questionário de Escala de Conhecimento sobre Diabetes).⁵⁶

Comprovou-se, também, que as baixas condições econômicas se relacionam diretamente com a maior prevalência de complicações decorrentes do DM1. Isso se dá pois o alto custo do tratamento pode impedir que o indivíduo de baixa renda siga as recomendações de cuidado, como acesso à alimentação de qualidade e atividades físicas, além da impossibilidade de adquirir os apetrechos tecnológicos mais avançados que facilitam o manejo da doença.⁵⁷

A inclusão do indivíduo diabético tipo 1 na sociedade ainda é um desafio. Ainda que imperceptível, a doença gera uma série de transtornos àquele que com ela convive, desse modo,

⁵⁴ BRAGA DE SOUZA, Ana Carolina Contente et al. **Health-related quality of life in people with type 1 Diabetes Mellitus**: data from the Brazilian Type 1 Diabetes Study Group. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 13, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0396-0>. Acesso em 5 mar. 2025.

⁵⁵ *Idem*.

⁵⁶ SOARES, Nathália Simadon et al. **Conhecimento dos familiares de crianças com diabetes mellitus 1 atendidas em um centro de referência**. *Research, Society and Development*, v. 7, n. 7, p. e677294-e677294, 2018. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/294/253>. Acesso em: 05 mar. 2025.

⁵⁷ WALSH, M. G.; ZGIBOR, J.; SONGER, T.; BORCH-JOHNSEN, K.; ORCHARD, T. J. **The socioeconomic correlates of global complication prevalence in type 1 diabetes (T1D): a multinational comparison**. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Amsterdam, v. 70, n. 2, p. 143-150, nov. 2005.

a vivência do DM1 é, por muitas vezes, afetada pela sua condição de saúde, especialmente quando se trata de crianças.

Como já citado, o momento do diagnóstico é crucial na vida das pessoas com diabetes, principalmente quando ocorre na infância, quando o indivíduo ainda não possui autonomia para manejar seu próprio tratamento. Diversos são os casos de crianças não aceitas ou expulsas de escolas quando diagnosticadas. Exemplo disso é o caso que ocorreu em fevereiro de 2025, com uma mãe pancreas – denominação dada a mães de crianças DM1.⁵⁸

Em janeiro de 2025 foi sancionada a Lei Nº 15.100, a qual consta a proibição do uso de aparelhos eletrônicos portáteis – celulares – em todas as dependências das escolas, destacando exceções que beneficiam estudantes com diabetes e outras questões de saúde.⁵⁹ Isso porque, como é sabido, o monitoramento da glicose por meio dos MCGs depende do uso do aparelho celular, que possui conexão direta com o sensor e alarmes de aviso de variações glicêmicas.

No caso citado, Thalita Araujo Figueira Silva, mãe de Daniel Araujo Alves de Barros, foi proibida de permanecer na escola para monitorar a glicemia do filho durante o turno escolar, ainda que a escola não disponibilize um profissional capacitado para acompanhar a criança. Ao questionar se alguém ficaria com o celular da criança, para que fosse monitorada a glicose, a diretoria negou e informou que a mãe poderia ir a cada duas horas para que fossem realizados os testes glicêmicos.⁶⁰

Outro caso amplamente divulgado ocorreu em 2016, quando uma escola privada expulsou um adolescente de 15 anos que, por ter diabetes tipo 1, precisa fazer o uso de insulina durante o período de aulas. A escola chegou a ser notificada pelo Ministério Público, após as tentativas de acordo com a instituição não lograrem êxito.⁶¹

Os casos narrados levantam a discussão acerca do direito fundamental à educação para crianças com diabetes tipo 1. Ainda não há leis que amparem os estudantes DM1 e famílias no

⁵⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE EDUCADORES EM DIABETES - SÃO PAULO (SBEM-SP). **O papel essencial das mães-pancreas**. São Paulo, [s.d.], Brasil. Disponível em: <https://www.sbemsp.org.br/o-papel-essencial-das-maes-pancreas/>. Acesso em: 05 mar. 2025.

⁵⁹ BRASIL. **Lei nº 15.100, de 13 de janeiro de 2025**. [Ementa: Dispõe sobre o reconhecimento da diabetes tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, ed. 10, seção 1, p. 1, 13 jan. 2025. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15100-13-janeiro-2025-796892-publicacaooriginal-174094-pl.html>. Acesso em: 05 mar. 2025.

⁶⁰ MÃE tenta permanecer em escola para cuidar do filho com diabetes e é expulsa no interior de SP. **Um Diabético**, [S.l.], 20 fev. 2025, Brasil. Disponível em: <https://umdiabetico.com.br/mae-tenta-permanecer-em-escola-para-cuidar-do-filho-com-diabetes-e-e-expulsa-no-interior-de-sp/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁶¹ EXTRA. **ESCOLA que expulsou aluno com diabetes é denunciada ao Ministério Público**. Extra, Rio de Janeiro, 10 out. 2016, Brasil. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/escola-que-expulsou-aluno-com-diabetes-denunciada-ao-ministerio-publico-20264655.html>. Acesso em: 5 mar. 2025.

que diz respeito à obrigatoriedade de instituições escolares ajudarem o diabético em sua rotina de cuidados.⁶²

Esta discussão seria facilmente atenuada, caso os portadores de diabetes tipo 1 se enquadrassem na lista de pessoas com deficiência, pois seriam amparados pela Lei Nº 13.146/2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que, em seu capítulo IV trata do direito à educação. A referida lei define como pessoa com deficiência “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.⁶³ Contudo, mesmo diante de todas as barreiras cotidianas, a diabetes tipo 1 não é amparada por esta lei.

O PL 2687/2022, proposto pela deputada Flávia Moraes (PDT/GO), previa que pessoas com diabetes tipo 1 passariam a fazer parte do rol de deficiência, para todos os efeitos legais, conforme será aprofundado no terceiro capítulo do presente trabalho.⁶⁴ Entretanto, o projeto de lei foi vetado pela presidência da república.⁶⁵

Diante disso, na ausência de leis que garantam assistência às necessidades da criança diabética no ambiente escolar, a parceria entre escola e família é fundamental. Quando há coesão, apoio e organização entre a família das crianças, jovens e adultos com diabetes tipo 1, há uma maior adesão ao tratamento.⁶⁶

A associação entre o manejo de doenças e apoio social vem sendo amplamente pesquisado no âmbito social e ciências comportamentais. O mecanismo preciso pelo qual a sociedade contribui para os resultados no âmbito da saúde ainda não é completamente compreendido. Pesquisas mostram, entretanto, que uma rede de apoio pode beneficiar a saúde

⁶² CAMPOS, Cláudia Marcele; AZEVEDO, Lucy Ferreira. **Escola, família e o diabetes tipo 1**: sentidos produzidos pelas Mães Pâncreas. Research, Society and Development, v. 11, n. 2, p. e44411226035-e44411226035, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26035/22737>. Acesso em: 5 fev. 2025.

⁶³ BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 129, seção 1, p. 2, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁶⁴ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposição nº 2.336/2024**. [Ementa: Dispõe sobre o reconhecimento da diabetes tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais]. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2336404>. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁶⁵ BRASIL. Senado Federal. **Lula veta projeto que equipara diabetes tipo 1 a deficiência**. Brasília, DF, 13 jan. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/01/13/lula-veta-projeto-que-equipara-diabetes-tipo-1-a-deficiencia>. Acesso em: 5 mar. 2025.

⁶⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Aspectos psicológicos e adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus**. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/aspectos-psicologicos-e-adesao-ao-tratamento-de-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

de pacientes, diminuindo o estresse e influenciando uma diminuição de comportamentos prejudiciais.⁶⁷

Assim, é inegável que uma série de fatores são responsáveis pela inclusão dos diabéticos na sociedade, desde políticas públicas que delimitem os direitos das pessoas com diabetes tipo 1, até o apoio de familiares e amigos. A inclusão começa, especialmente, em escolas, tendo em vista o papel de protagonismo na formação do ser humano.

⁶⁷ MILLER, Tricia A.; DIMATTEO, M. Robin. **Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy**. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy, p. 421-426, 2013. Disponível em: <https://www.dovepress.com/article/download/14908>. Acesso em: 5 fev. 2025. Tradução nossa.

2 GARANTIA DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE PARA OS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Conforme descrito no capítulo anterior, o tratamento especializado e eficaz para diabetes mellitus tipo 1 envolve uma série de investimentos financeiros e intelectuais, que afetam não apenas o paciente, como também todo o seio familiar.

Neste sentido, a garantia do direito fundamental à saúde para essa parte da população apresenta um papel de protagonismo na promoção da qualidade de vida das pessoas com diabetes tipo 1. Desse modo, este capítulo se debruçará nos aspectos referentes a esse direito fundamental e sua apresentação no ordenamento jurídico brasileiro.

Importante compreender que a Constituição Federal de 1988, doravante designada CF/88, foi pioneira no que diz respeito à consagração do direito fundamental à saúde, tendo em vista que as constituições pregressas não definiam saúde como tal direito.⁶⁸ Portanto, a consagração constitucional de um direito fundamental à saúde, a partir da sua positivação junto a uma série de outros direitos fundamentais sociais, configura um dos principais avanços da CF/88 e a relaciona ao constitucionalismo de cunho democrático-social desenvolvido no período pós II Guerra.⁶⁹

Nas Constituições anteriores, o direito à saúde restringia-se a normas esparsas, a exemplo da Constituição Política do Império do Brasil, de 1824, em seu art. 179, XXXI, que se limitava à garantia de “socorros públicos”.⁷⁰ Já a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1934, trouxe, em seu art. 113, *caput*, a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência.⁷¹ Importante destacar, também, a existência das normas sobre a proteção à saúde do trabalhador e disposições acerca da garantia de assistência social, nas constituições posteriores de 1937, 1946 e 1967.

Assim, é possível perceber que a CF/88 revolucionou as tratativas referentes ao âmbito da saúde, classificando-a como direito e garantia fundamental e um direito social, conforme

⁶⁸ CARVALHO, Mariana Siqueira. **A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em: 18 abr. 2025.

⁶⁹ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchitiner. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988**. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 17, n. 67, p. 125-172, jul./set. 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 1 mai. 2025.

⁷⁰ BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil (1824)**. Art. 179, inciso XXXI. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 1º mai. 2025.

⁷¹ Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (1934). Art. 113, *caput*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 1º mai. 2025

disposto no art. 6º, caput.⁷² Portanto, a Magna Carta de 88 estabeleceu uma transformação significativa no papel do Estado em relação à saúde, elevando seu *status quo* enquanto um direito fundamental de ordem social.⁷³

2.1 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

Para melhor compreender o papel da CF/88 na elevação do direito à saúde para um patamar de direito fundamental, é necessário que se analise os princípios basilares que regem a formação desses direitos. Inicialmente, em seu art. 1º, III, a Magna Carta determina a dignidade da pessoa humana como máxima fundamentadora de toda a constituição, juntamente à soberania, cidadania, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político.⁷⁴ Portanto, é a partir desta fundamentação que nasce a República Federativa do Brasil.

Assim, é a partir dos fundamentos elencados no art. 1º que decorrem os direitos e garantias fundamentais, dentre eles, o direito à saúde, objeto do presente trabalho. Tal fato é pontuado por Canotilho, ao evidenciar que os direitos sociais, entre os quais se inclui a saúde, são desdobramentos do princípio da dignidade humana, ao assegurar as condições mínimas para uma existência digna.⁷⁵

Direitos sociais estes que objetivam assegurar aos cidadãos condições mínimas necessárias para o pleno gozo dos seus direitos. Em razão disso, demandam do Estado uma intervenção de ordem social, com o propósito de reduzir as desigualdades sociais, razão pela qual possuem um custo alto para a sua efetivação⁷⁶, conforme será discutido posteriormente.

Historicamente, quem primeiro estabeleceu a dignidade da pessoa humana como direito fundamental foi a Lei Fundamental da República Federal da Alemanha, em seu art. 1º, nº 1, declarando que “a dignidade da pessoa humana é intangível. Respeitá-la e protegê-la é

⁷² BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 6º, caput. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 maio 2025.

⁷³ CARNEIRO, Normando A. Siqueira. **Direito constitucional à saúde: o impacto da cláusula de coparticipação no exercício do direito de acesso à saúde**. Direito UNIFACS–Debate Virtual-Qualis A2 em Direito, n. 243, 2020.

⁷⁴ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 1º, caput. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 maio 2025.

⁷⁵ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

⁷⁶ LIEBL, Helena; DEMARCHI, Clóvis. **A efetividade da dignidade da pessoa humana através dos direitos sociais**. Revista da ESMESC, Florianópolis, v. 25, n. 31, p. 85-106, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p85>. Acesso em: 1º mai. 2025.

obrigação de todo o poder público”.⁷⁷ Portanto, antes de apresentar mudanças no ordenamento jurídico brasileiro, o período pós-guerra alterou a forma de pensar em todo o mundo. Essa alteração ocorreu de forma mais contundente no território brasileiro após a tortura e toda sorte de desrespeito à pessoa humana praticadas durante o período de regime militar.⁷⁸

Utilizando-se, então, do pensamento de José Afonso da Silva, é possível compreender a dimensão da importância do princípio da dignidade da pessoa humana, não apenas constitucionalmente, mas também como forma de valorização do ser humano como tal. Os eventos anteriores à constitucionalização do fundamento da dignidade demonstram, com clareza, que sem ela não é possível a existência de um Estado Democrático de Direito.⁷⁹

Deste modo, não é precipitado afirmar que a dignidade da pessoa humana é qualidade intrínseca, inseparável de todo e qualquer ser humano, é característica que o define como tal, conforme narra Ingo Wolfgang Sarlet.⁸⁰

A dignidade da pessoa humana não se atém a um princípio constitucional construído com este fim exclusivo. A filosofia Kantiana foi de extrema importância para construir a base do pensamento que norteia o entendimento da dignidade humana. Ainda segundo Sarlet, ao analisar o pensamento Kantiano, discorre:

Nos séculos XVII e XVIII, quando predominava o pensamento jusnaturalista, a dignidade era vista como direito natural a partir da premissa da igualdade de todos os homens em dignidade e liberdade. A concepção Kantiana, vinculada a uma compreensão da dignidade como qualidade insubstituível da pessoa humana é a mais expressiva do período, como repúdio de considerações acerca do ser humano que o reduzissem a objeto ou coisa. Kant traça uma distinção entre as coisas no mundo que têm preço e as que, em contraposição, têm dignidade e vale-se do entendimento de que tudo aquilo que está acima de qualquer preço e sem possibilidade de substituição é dotado de dignidade. Tudo que é digno não permite valorização ou substituição.⁸¹

⁷⁷ ALEMANHA. **Lei Fundamental da República Federal da Alemanha**. Versão oficial em português. Tradução de Aachen Assis Mendonça. Edição de junho de 2022. Art. 1º, nº 1. E-book. Disponível em: <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf>. Acesso em: 1º mai. 2025.

⁷⁸ SILVA, José Afonso. **A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia**. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 212, p. 89-94, abr./jun. 1998. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/download/47169/45637>. Acesso em 1º mai. 2025.

⁷⁹ Idem.

⁸⁰ SARLET, Wolfgang Ingo. A dignidade da pessoa humana. **Revista de Direito Administrativo**, v. 212, p. 84-94, 1998. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/13488/13488_3.PDF. Acesso em 1º mai. 2025.

⁸¹ Idem.

Assim sendo, a dignidade humana é referência constitucional e une todos os direitos fundamentais listados na Constituição. Conforme o pensamento de Fachin, esse valor fundamental estende sua influência sobre todo o ordenamento jurídico, moldando a política econômica para garantir condições dignas de vida a todos (art. 170)⁸². Igualmente, no âmbito social, orienta a construção de uma sociedade mais justa (art. 193)⁸³ e assegura o direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento humano e à formação cidadã (art. 205)⁸⁴.⁸⁵ Percebe-se, então, que o direito à saúde, a partir do momento que assegura a dignidade humana, também atua como um direito à cidadania, fortalecendo a democracia e a participação social.

Para além do art. 1º da CF/88, a dignidade da pessoa humana é citada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu art. 1º, determinando que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Apresenta, também, em seu art. 3º, a garantia do direito à vida, invariavelmente ligada à dignidade humana.⁸⁶

Ao comentar o art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Ministra Carmem Lúcia enfatiza a semelhança entre todo e qualquer ser humano, ainda que muito diferentes:

Gente não muda. Muda o invólucro. O miolo, igual. Gente quer ser feliz, tem medos, esperanças e esperas. Que cada qual vive a seu modo. Lida com as agonias de um jeito único, só seu. Mas o sofrimento é sofrido igual. A alegria, sente-se igual.⁸⁷

O comentário da Ministra demonstra a necessidade da positivação da dignidade da pessoa humana e da igualdade de direitos. Assim, a natureza fundamental do direito à saúde transcende sua mera previsão constitucional, radicando-se em seu status de direito humano essencial, dada sua indissociável vinculação ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana.

⁸² BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Art. 170, caput. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

⁸³ **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 193, caput. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

⁸⁴ **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Art. 205. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

⁸⁵ FACHIN, Edson Luiz. **Estatuto jurídico do patrimônio mínimo**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

⁸⁶ ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 1º mai, 2025.

⁸⁷ ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **Direito de todos e para todos**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2004. p. 13.

A inefetividade desse direito inviabiliza o exercício concreto dos demais direitos fundamentais.⁸⁸

2.2 Saúde como Direito de Todos

O direito à saúde não é mencionado apenas no art. 6º da CF/88. Mais adiante, em seu Capítulo II, trata da Seguridade Social, a partir do qual a Seção II dedica-se exclusivamente à saúde. Já no primeiro artigo da Seção, a Lei Fundamental dispõe que a saúde é um direito garantido a todos.⁸⁹ Esta disposição, contida no art. 196, concretiza o princípio da igualdade, a partir da universalização do acesso à saúde, como pontua Barroso.⁹⁰

A ideia de que cerca o princípio da igualdade não é recente. O filósofo Jean-Jacques Rousseau, em sua obra *Do Contrato Social*, já abordava o tema, ao afirmar que o maior de todos os bens, que deve servir de finalidade para todos os sistemas legislativos, resume-se em liberdade e igualdade. Liberdade pois qualquer dependência particular significa uma parcela de força tomada ao corpo do Estado, e a igualdade, pois a liberdade não pode existir sem ela.⁹¹

No Brasil, o princípio constitucional da igualdade esteve presente em todas as Constituições, contudo, isso não significa que ele sempre tenha sido respeitado e seguido. Este fato se confirma, principalmente, na primeira fase do constitucionalismo brasileiro, durante a vigência da Constituição Política do Império do Brasil, quando tal princípio coexistiu com a escravidão.⁹²

O princípio da igualdade ou isonomia está previsto no art. 5º, I, da CF/88⁹³, ao determinar que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo,

⁸⁸ SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. **A Efetividade do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). *A Eficácia dos Direitos Sociais*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 289-303.

⁸⁹ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 196. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 maio 2025.

⁹⁰ BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição brasileira**. 10. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2016.

⁹¹ ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social**. In: DHNET – **Direitos Humanos na Internet**. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_rousseau_contrato_social.pdf. Acesso em: 1º maio 2025.

⁹² HELVESLEY, José. Isonomia constitucional: igualdade formal versus igualdade material. **Revista da Esmafe**, v. 7, p. 143-164, 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16015307.pdf>. Acesso em: 1º maio 2025.

⁹³ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 5º, I. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

então, a inviolabilidade do direito à liberdade. Junto a isso, o art. 3º, III, exige tratamento diferenciado para corrigir desigualdades sociais e garantir equidade.⁹⁴

Igualdade e equidade, entretanto, não são sinônimos. A igualdade, enquanto princípio fundamental, estabelece a aplicação das mesmas normas, direitos e obrigações a todos. Em contrapartida, a equidade parte do reconhecimento de que as diferenças individuais exigem medidas diferenciadas para compensar desigualdades. Para assegurar oportunidades equitativas, é essencial considerar as particularidades de cada indivíduo, oferecendo-lhes os recursos necessários para que alcancem condições semelhantes.⁹⁵ No que se refere à diferenciação de tratamento mencionada, encaixa-se, perfeitamente, a situação dos diabéticos tipo 1 do país, objeto do presente estudo.

O princípio apresenta, assim, uma dupla dimensão. Inicialmente, abarca a igualdade na elaboração das normas legais, configurando-se como igualdade formal. Paralelamente, emerge a igualdade material, aquela que representa a igualdade na aplicação da lei, impondo limites à atuação dos órgãos responsáveis pela sua aplicação.⁹⁶

É impossível considerar os aspectos ligados ao direito à saúde e ao princípio da igualdade, sem traçar um paralelo com o nível de renda da população analisada. Historicamente, essa relação surgiu em 1826, com o médico Louis René Villermé (1782-1863), que publicou um relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris, chegando à conclusão de que o alto nível de mortalidade se condicionava, sobretudo, à condição financeira de cada bairro.⁹⁷

Foi da permanência desta estreita ligação entre saúde e nível social até o contexto atual, que surgiu o termo “mistanásia”, que consiste na antecipação da morte de uma forma miserável e sofrida.⁹⁸ Diferentemente da eutanásia, em que um indivíduo gera intencionalmente a morte de outro que encontra-se em estado de sofrimento insuportável, o fenômeno ocorre em decorrência de má gestão da saúde pública e de omissão dos

⁹⁴ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 3º, III. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

⁹⁵ MORAGAS, Vicente Junqueira. **Diferença entre igualdade e equidade**. TJDFT, 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/sementes-da-equidade/diferenca-entre-igualdade-e-equidade>. Acesso em: 3 mai. 2025.

⁹⁶ HELVESLEY, José. Isonomia constitucional: igualdade formal versus igualdade material. **Revista da Esmafe**, v. 7, p. 143-164, 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16015307.pdf>. Acesso em: 1º mai. 2025.

⁹⁷ SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt>. Acesso em: 02 mar. 2025.

⁹⁸ SIQUEIRA, Dirceu Pereira; DE SOUZA, Bruna Caroline Lima. Eutanásia social, direito à saúde e os direitos da personalidade: um olhar sobre a pobreza extrema. Meritum, **Revista de Direito da Universidade FUMEC**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/7873>. Acesso em: 2 mai. 2025.

responsáveis, demonstrando uma clara falha na igualdade material disposta no art. 3º, III, da CF/88.⁹⁹

Os princípios fundamentais que regem o direito fundamental à saúde estão intimamente ligados à discussão acerca da mistanásia. Isto porque, essa prática é incompatível com o ordenamento jurídico brasileiro, ao ferir não apenas o princípio da igualdade, como também a própria dignidade humana.

É indiscutível que a parcela mais carente da população, que não detém recursos financeiros suficientes, são vítimas de omissão estatal e acabam morrendo. De acordo com Francisco Paula Ferreira Lavor, a prática da mistanásia, vedada pelo ordenamento jurídico pátrio, não diz respeito apenas à insuficiência financeira do Estado, ela é o resultado de um processo de coisificação do indivíduo, em que sua vida não é considerada relevante nem para o Estado, nem para a sociedade.¹⁰⁰

Adentrando, então, nos casos concretos de desrespeito ao princípio da igualdade, diversas são as ocorrências de portadores de diabetes tipo 1 que apresentam complicações advindas do tratamento ineficaz decorrente da falha estatal em dirimir as desigualdades por meio de políticas públicas. Tais casos podem ser demonstrados por meio de notícias retiradas de veículos de comunicação.

O primeiro caso trata da indisponibilidade de distribuição de insulinas análogas de ação prolongada que estavam incorporadas pelo SUS em 2019. Essa indisponibilidade fez com que a Coalizão Vozes do Advocacy, que integra 26 organizações de diabetes do país, criasse a campanha “cadê minha insulina?”¹⁰¹; o segundo caso, também relacionado à falta de insulina, dessa vez no município de Sorocaba, destaca-se pela consequência sofrida por uma portadora de diabetes tipo 1, que sofre das complicações causadas pela falta de insumos e aguarda um transplante de rim e pâncreas.¹⁰²

⁹⁹ BRASIL.[Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 3º, III. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹⁰⁰ LAVOR, Francisco Paula Ferreira. Mistanásia, uma breve análise sobre a dignidade humana no sistema único de saúde no Brasil. **Emporio do Direito**, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 5 abr. 2025.

¹⁰¹ VEJA. SAÚDE não compra insulina e provoca falta do remédio no SUS. **Veja**, São Paulo, 20 mai. 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/saude-nao-compra-insulina-e-provoca-falta-do-remedio-no-sus/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

¹⁰² G1. PACIENTES com diabetes sofrem com a falta de insulina na rede pública de saúde em Sorocaba. **G1**, Sorocaba, 30 abr. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2024/04/30/pacientes-com-diabetes-sofrem-com-a-falta-de-insulina-na-rede-publica-de-saude-em-sorocaba.ghtml>. Acesso em: 6 mar. 2025.

A última narrativa demonstra, não apenas uma ineficácia do Estado perante a população, como também um claro desrespeito a inviolabilidade do direito à vida, contida no art. 5º, *caput*,¹⁰³ que tem sua proteção ainda mais reforçada ao tornar-se cláusula pétrea, nos termos do art. 60, § 4º, IV, da Constituição Federal.¹⁰⁴

2.3 Papel do Estado na Promoção do Direito à Saúde

Dando continuidade, então, à análise do art. 196 da CF/88, o texto constitucional é claro ao determinar o dever objetivo do Estado na promoção do direito à saúde, sendo de sua responsabilidade, então, garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição de 1988 adotou, portanto, um modelo em que o Poder Público assume uma obrigação positiva de garantir o direito fundamental à saúde. Consolidou, assim, um modelo de Estado prestacional, no qual a atuação estatal não se atém à abstenção de violações, como no caso de uma configuração estatal de prestação negativa, mas exige ações positivas para a efetivação dos direitos sociais.¹⁰⁵

Conforme analisa Luiz Alberto David Araújo, o direito à saúde (direito de estar são), em sua dimensão preventiva (direito de permanecer são), impõe ao Estado a responsabilidade de manter o indivíduo são, por meio de políticas públicas de saúde que assegurem não apenas a cura, mas a manutenção da integridade da população.¹⁰⁶

A análise dos direitos sociais previstos na Constituição Federal revela que tais direitos não apresentam uma estrutura jurídica homogênea, mas sim uma natureza plural, cuja essência é definida predominantemente por sua finalidade e âmbito de aplicação, não por um núcleo conceitual fixo. O direito à saúde, portanto, pode assumir uma dimensão individual (como no caso de demandas judiciais por tratamentos específicos – como será tratado posteriormente), distanciando-se, nessa hipótese, da noção clássica de direito social. Por outro lado, quando

¹⁰³ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 5º, *caput*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹⁰⁴ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 60, §4º, IV. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹⁰⁵ GRAU, Eros Roberto. **O Direito Posto e o Direito Pressuposto**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

¹⁰⁶ ARAÚJO, Luís Alberto David. **A proteção constitucional das pessoas com deficiência**, 4. ed. revista, ampliada e atualizada (Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2011). Disponível em: <https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:994>. Acesso em: 4 abr. 2025.

materializado por meio de políticas públicas universais, assume inequivocamente um caráter coletivo.¹⁰⁷

Ao determinar o acesso universal e igualitário às ações e serviços que promovam a saúde, a CF/88 reforça a ideia de que a saúde não configura um benefício assistencial, mas sim um direito público subjetivo. Esta universalização dos serviços públicos de saúde foi consequência da atuação do movimento sanitário durante a Assembleia Constituinte de 1987. Um dos momentos mais marcantes desse movimento aconteceu entre 17 e 21 de março de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nesse evento, foram debatidos diversos temas, incluindo a reestruturação do sistema público de saúde, com destaque para a expansão do atendimento e do número de pessoas beneficiadas pelos serviços de saúde.¹⁰⁸

Neste ponto, evidencia-se o princípio da universalidade, presente no texto constitucional. O princípio vigora, no sentido de que o direito à saúde é garantido a todos pelo fato de serem pessoas, mas não exclui a possibilidade de distinções na implementação concreta da regra, principalmente quando ponderado com o princípio da igualdade – o que é bastante para demonstrar que, embora correlacionados, tais princípios não se confundem.¹⁰⁹

Outro ponto importante acerca do princípio da universalidade consiste no desafio de equilibrá-lo com a ‘reserva do possível’. Isso porque, ao exigir do Estado a garantia de acesso irrestrito e igualitário aos serviços de saúde, o princípio da universalidade encontra uma barreira nos limites orçamentários que determinam a capacidade financeira do Estado, ou seja, com a denominada ‘reserva do possível’.

Segundo Sarlet e Figueiredo, o argumento da reserva do possível reparte-se em dois aspectos: o aspecto fático, que se relaciona com o caráter econômico e diz respeito à noção de limitação de recursos disponíveis e alocação de recursos públicos e o aspecto jurídico, que se apresenta como o poder de disposição sobre tais recursos:

¹⁰⁷ SCAFF, Fernando Facury. **A Efetivação dos Direitos Sociais no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 21-42.

¹⁰⁸ MOURA, Elisângela Santos. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Âmbito Jurídico**, XVI, v. 114, 2013. Disponível em: <https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17657/material/O%20direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%20de%201988%20%20Constitucional%20-%20%C3%82mbito%20Jur%C3%ADdico.pdf>. Acesso em: 02 maio 2025.

¹⁰⁹ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, v. 17, n. 67, p. 125-172, jul./set. 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 02 maio 2025.

De modo sucinto, confrontam-se os argumentos da inviabilidade de se proceder ao controle judicial das políticas públicas, em especial no que concerne à decisão sobre a alocação dos recursos públicos (com especial destaque para o princípio constitucional da separação dos Poderes, previsto no art. 2º), e a garantia fundamental de inafastabilidade da jurisdição (art. 5º, XXXV), que impede o magistrado de responder com o *non liquet* e, pelo menos no que tange à garantia do mínimo existencial, vem reiteradamente respaldando decisões judiciais de garantia de tutela originária do direito à saúde.¹¹⁰

Portanto, entende-se que os princípios não estabelecem proibições, permissões ou obrigações; eles determinam, na verdade, a maximização de um direito ou bem jurídico, considerando a ‘reserva do possível’, fática ou jurídica, como defende Canotilho.¹¹¹

O princípio jurídico da proibição de retrocesso, embora não exposto textualmente, é derivado dos arts. 5º, §1º, 6º e 196 da CF/88 e opera como um freio à reserva do possível, ao passo que exige do Estado justificativa rigorosa para cortes orçamentários ou mudanças normativas que prejudiquem direitos sociais.¹¹²

Além da proibição do retrocesso, o mínimo existencial atua como uma limitação à discricionariedade da argumentação em torno da reserva do possível. Isso porque, quanto núcleo intangível do direito à saúde, esse mínimo existencial deve ser assegurado pelo Estado, independentemente de limitações orçamentárias.

Neste sentido, o STF, na ADPF 45/2004 reconheceu que o mínimo existencial prevalece sobre a reserva do possível, em casos de risco à vida ou saúde básica. Destaca-se, portanto, que o argumento da “reserva do possível” não pode ser utilizado pelo Estado como justificativa para descumprir seus deveres constitucionais, especialmente se essa omissão levar à nulificação ou aniquilação de direitos fundamentais dotados de caráter essencial.¹¹³

A argumentação acerca da reserva do possível interliga-se, intimamente, ao objeto de estudo: a implementação de terapias alternativas para o tratamento da DM1 por meio de

¹¹⁰ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, v. 17, n. 67, p. 125-172, jul./set. 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 02 mai. 2025. (p. 21-22).

¹¹¹ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

¹¹² BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

¹¹³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45/2004**. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 2 maio 2025.

políticas públicas que democratizem o acesso ao tratamento de qualidade. Isso porque, como já demonstrado, o tratamento pleiteado é de alto custo, todavia, é essencial à manutenção da qualidade de vida.

Ao vincular a efetivação do direito à saúde a políticas sociais e econômicas, a Constituição Federal demonstra uma exigência de planejamento orçamentário e administrativo para que tal determinação seja cumprida. Isto porque não há direitos sem custos, os direitos não nascem em árvores. Uma vez que demandam prestação positiva do Estado para a sua concretização, isso implica em custos públicos.¹¹⁴

É inegável a correlação entre direitos sociais efetivos e custos, que se apresenta tanto na implementação de políticas públicas, quanto na judicialização individual das demandas de saúde. Esta discussão - que será mais aprofundada posteriormente - demonstra que, diante das lacunas deixadas pelo Poder Legislativo, o Poder Judiciário toma a frente, proferindo decisões judiciais individuais que concedem a prestação de saúde de maneira imediata. Essas decisões individuais geram consequências orçamentárias para o Estado e para a sociedade, uma vez que os direitos fundamentais sociais também são financiados por ela¹¹⁵. Resta evidente, então, que as políticas públicas devem ser priorizadas frente às demandas individuais, entretanto, o aumento dessas demandas demonstra uma falha estatal na promoção dessas políticas.

Além de todos os princípios citados, há o princípio da solidariedade¹¹⁶, que, ainda que não esteja expresso no art. 196 da CF/88¹¹⁷, pode ser invocado para justificar a responsabilidade estatal, tendo em vista que a saúde é um bem coletivo cuja garantia exige esforços conjuntos entre Estado e sociedade.

É a partir da concretização do dever do estado, prevista constitucionalmente, que surge o Sistema Único de Saúde. O SUS existe, portanto, como estrutura operacional que viabiliza o comando de responsabilização do estado pela promoção do direito à saúde.

A criação do SUS decorre de um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram no fim da década de 1980, durante a redemocratização do Brasil. Inspirados nas

¹¹⁴ GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos**: os direitos não nascem em árvores. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

¹¹⁵ SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. **A Efetividade do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). *A Eficácia dos Direitos Sociais*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 289-303.

¹¹⁶ BRASIL.[Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 3º, I. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹¹⁷ BRASIL.[Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 196. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde, os partidos políticos progressistas e os movimentos sociais e intelectuais da esquerda apoiaram firmemente essa criação.¹¹⁸

Para Luís Roberto Barroso, o SUS representa uma materialização do Estado Democrático de Direito, não apenas por assegurar o direito à saúde, mas também por exigir do Poder Público uma atuação positiva e efetiva para a sua promoção. É, portanto, um mecanismo institucional que transforma um direito constitucional abstrato em políticas públicas concretas. É por meio do SUS que o acesso universal e igualitário à saúde se estabelece.¹¹⁹

O SUS está, portanto, alicerçado em três princípios: universalidade, igualdade e equidade. Todos que precisam devem ser tratados pelo sistema, afinal, a saúde é direito de todos.¹²⁰

A CF/88, embora tenha estabelecido os fundamentos procedimentais do SUS em seus artigos 198, 199 e 200¹²¹, delegou à legislação infraconstitucional a tarefa de regulamentar o modelo de prestação dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, em conformidade com o disposto na Constituição, foram promulgadas a Lei Federal nº 8.080/1990¹²², que dispõe sobre a organização do SUS, e a Lei Federal nº 8.142/1990¹²³, que trata da participação popular na gestão do sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde, as quais, em conjunto, formam a denominada Lei Orgânica de Saúde.

O arcabouço infraconstitucional voltado para o SUS também é formado por outros instrumentos, postos nas diversas variações da escala hierárquica das normas jurídicas, a exemplo das normas operacionais, como a NOB/1996 e as NOAS, de 2001 e 2002, decretos, resoluções e portarias.¹²⁴

¹¹⁸ OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

¹¹⁹ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: Os Conceitos Fundamentais e a Construção do Novo Modelo**. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

¹²⁰ SANTANA, José Lima. **O princípio constitucional da eficiência e o Sistema Único de Saúde**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). *Direito à Vida e à Saúde: Impactos Orçamentário e Judicial*. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 43-59.

¹²¹ BRASIL.[Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 198, 199 e 200. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹²² BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 mai. 2025.

¹²³ BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹²⁴ SANTANA, José Lima. **O princípio constitucional da eficiência e o Sistema Único de Saúde**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). *Direito à Vida e à Saúde: Impactos Orçamentário e Judicial*. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 43-59.

O art. 5º da Lei nº 8.080/90¹²⁵ estabelece como objetivos do SUS: (i) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; (ii) a formulação de políticas públicas de saúde; e (iii) a promoção, proteção e recuperação da saúde mediante ações assistenciais e preventivas. Dessa forma, o ordenamento jurídico brasileiro não apenas estruturou o SUS, mas também definiu seus princípios norteadores e finalidades essenciais para a efetivação do direito à saúde como prerrogativa universal de todos os cidadãos.¹²⁶

Ainda que a existência do Sistema Único de Saúde signifique uma concretização do papel do Estado, determinado constitucionalmente, a operacionalização do direito à saúde ainda enfrenta dificuldades.

O problema que envolve a operacionalização do direito à saúde enfrenta desafios estruturais complexos, que podem ser sistematizados em três dimensões principais: (a) a dificuldade de implementar políticas públicas garantidoras de condições mínimas de existência digna em um contexto de desenvolvimento econômico limitado e escassez de recursos; (b) a inviabilidade de estabelecer previamente, em abstrato, um patamar mínimo de atendimento, já que tal definição somente se concretiza em análise de casos específicos, sem perder de vista a dimensão coletiva do problema; (c) pouca transparência nos processos de planejamento e execução orçamentária, que dificulta o acompanhamento correto das despesas públicas.¹²⁷

Os recursos são, de fato, escassos e as necessidades humanas são variáveis. O mesmo problema recai sobre o Orçamento: as leis orçamentárias são desenvolvidas mediante um planejamento fiscal, previsto nos artigos 165 a 169 da Constituição Federal¹²⁸, entretanto, na vigência do exercício financeiro, alteram-se as necessidades humanas e, via de regra, passam a exigir mais recursos. Tal fato remete, então, à ideia de reserva do possível ou limite do orçamento.¹²⁹

¹²⁵ BRASIL. Lei nº 8.080/1990, art. 5º. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 mai. 2025.

¹²⁶ MOURA, Elisângela Santos. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. *Âmbito Jurídico*, XVI, v. 114, 2013. Disponível em: <https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17657/material/O%20direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%20de%201988%20-%20Constitucional%20-%20%C3%82mbito%20Jur%C3%ADdico.pdf>. Acesso em 02 mai. 2025.

¹²⁷ RIBEIRO, Renato Jorge Brown; DE CASTRO, Róbison Gonçalves. **O Direito à Saúde e o orçamento público**: a busca de um equilíbrio estável. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). **Direito à Vida e à Saúde**: Impactos Orçamentário e Judicial. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 289-296.

¹²⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Art. 165-169**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 maio 2025.

¹²⁹ SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. **A Efetividade do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). *A Eficácia dos Direitos Sociais*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 289-303.

Importante rememorar que o Sistema Orçamentário Brasileiro é organizado do geral para o específico, ou seja, inicialmente desenvolvem-se as normas que nortearão as diretrizes gerais e, posteriormente, normas com dados mais específicos, em respeito ao determinado na Lei nº 4.320/1964¹³⁰. Em suma, a subdivisão do planejamento orçamentário em Lei do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), permite que seja realizada uma análise anual para que os gastos e investimentos sejam melhor delimitados e que haja mais eficiente alocação de recursos.¹³¹

Desse modo, a mesma Constituição que assegura o direito à saúde, impõe restrições orçamentárias à atuação estatal, vedando a realização de gastos públicos não autorizados pela lei orçamentária. Nesse mesmo sentido, o texto constitucional que criou o SUS como política pública de implementação desse direito, estabelece limitações financeiras às ações governamentais, determinando que a criação ou ampliação de despesas obrigatórias de caráter continuado deve observar os parâmetros de expansão definidos nas diretrizes orçamentárias.¹³²

Entende-se por discricionariedade técnica a liberdade do administrador para decidir com base em critérios especializados, dentro dos limites legais. Portanto, embora exista a limitação financeira às ações governamentais, há uma margem desta discricionariedade administrativa na escolha de prioridades durante a elaboração orçamentária, não se eximindo o administrador de respeitar os fins legais e constitucionais.¹³³

Também trata do assunto o jurista Hans Kelsen, a margem de apreciação é inerente à aplicação do direito, o que permite ajustes às realidades locais. Esta discricionariedade não se confunde com arbitrariedade.¹³⁴

Entende-se, portanto, que durante a etapa de elaboração orçamentária, não ocorre uma hierarquização criteriosa das receitas projetadas, o que possibilita, na fase de execução, elevada margem de discricionariedade aos entes executivos. Tal flexibilidade permite a

¹³⁰ BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 mar. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 03 maio 2025.

¹³¹ SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. **A Efetividade do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 289-303.

¹³² RIBEIRO, Renato Jorge Brown; DE CASTRO, Róbison Gonçalves. **O Direito à Saúde e o orçamento público: a busca de um equilíbrio estável**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). **Direito à Vida e à Saúde: Impactos Orçamentário e Judicial**. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 289-296.

¹³³ MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 40. ed. São Paulo: Malheiros, 2023.

¹³⁴ KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. Tradução de João Baptista Machado. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

redefinição de prioridades na alocação dos recursos, alterando a programação inicialmente estabelecida para as despesas públicas.¹³⁵

Conforme argumenta Luma Scaff:

A tarefa difícil é determinar *quanto* de recursos será destinado para a implementação *deste ou daquele* direito. Isso significa estabelecer a prioridade *deste* direito – e *não daquele* – receber a verba.¹³⁶

Em face disto, recai sobre o administrador a responsabilidade de exercer a árdua tarefa de determinar quais são as necessidades mais importantes – numa realidade em que todas as necessidades se vinculam ao bem mais valioso do ser humano, a vida – e garantir que os recursos financeiros disponíveis bastem para atendê-las.¹³⁷

A liberdade do gestor em alocar recursos não é absoluta, além de precisar respeitar prioridades constitucionais, ela deve ser motivada técnica e juridicamente. A nível de exemplificação, caso a Lei Orçamentária Anual não destine recursos suficientes para o tratamento da diabetes, esse cenário configura violação ao direito à saúde, não cabendo, aqui, a alegação de restrições fiscais. Assim, o orçamento público não é apenas uma ferramenta contábil, mas sim um mecanismo jurídico-político para a concretização de direitos constitucionais, especialmente os sociais, como o direito à saúde.¹³⁸

Por fim, como forma de ilustrar a atuação estatal por meio de políticas públicas, demonstra-se, a seguir, um caso concreto do Estado de Alagoas, que visa a promoção do direito à saúde para os portadores de diabetes tipo 1.

Foi instituída por lei a validade indefinida do laudo médico que comprova o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) no estado de Alagoas. A medida, prevista na Lei nº 9.110/2023, de autoria do deputado Alexandre Ayres (MDB) e recentemente sancionada pelo governo estadual, dispensa a necessidade de renovação periódica do documento, facilitando o acesso a direitos e tratamentos contínuos pelos pacientes. O laudo,

¹³⁵ RIBEIRO, Renato Jorge Brown; DE CASTRO, Róbison Gonçalves. **O Direito à Saúde e o orçamento público**: a busca de um equilíbrio estável. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). **Direito à Vida e à Saúde**: Impactos Orçamentário e Judicial. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 289-296.

¹³⁶ SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. **A Efetividade do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 289-303 (p.16).

¹³⁷ GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; DE SOUZA, André Evangelista. **Judicialização do direito à saúde**: prós e contras. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). **Direito à Vida e à Saúde**: Impactos Orçamentário e Judicial. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 255- 276.

¹³⁸ SILVA, Luciano Ferreira da. **Orçamento Público e Direitos Fundamentais**: A Efetividade dos Direitos Sociais a Partir da Alocação de Recursos. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2018.

que deve ser apresentado em cópia acompanhada do original e de um documento de identificação, é válido para benefícios estaduais e atendimento médico, conforme os requisitos estabelecidos pela legislação federal.

A legislação tem como objetivo simplificar processos burocráticos, considerando a natureza crônica e permanente do diabetes tipo 1, além de reduzir as barreiras enfrentadas por pacientes em situação socioeconômica vulnerável. De acordo com o autor da lei, a norma assegura que o laudo médico seja aceito indefinidamente em serviços públicos e privados, especialmente nas áreas de saúde, educação e assistência social, garantindo maior acessibilidade e continuidade no tratamento.¹³⁹

Ante todo o exposto, é possível perceber a dimensão de importância do direito à saúde para o ordenamento jurídico brasileiro e a forma que ele perpassa pelas necessidades da comunidade DM1 no país.

¹³⁹ ALAGOAS. **Agora é lei:** laudo médico para Diabetes Mellitus tem validade indeterminada. Assembleia Legislativa de Alagoas, 2023. Disponível em: <https://www.al.al.leg.br/comunicacao/noticias/agora-e-lei-laudo-medico-para-diabetes-mellitus-tem-validade-indeterminada>. Acesso em: 3 maio 2025.

3 ACESSO A TERAPIAS IDEAIS PELA VIA JUDICIAL

Conforme exposto no primeiro capítulo do presente trabalho, o tratamento especializado para diabetes mellitus tipo 1 exige um investimento financeiro praticamente inalcançável, considerando a renda média nacional, para os que dele necessitam. Exige também, de acordo com os termos narrados no capítulo anterior, uma organização administrativa e orçamentária do Estado, visando a promoção de políticas públicas que assegurem o acesso a terapias ideais a toda a população.

Portanto, diante da inefetividade do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, no fornecimento destes tratamentos atualizados e terapias ideais, grande parte dos portadores de diabetes tipo 1 optam por buscar as vias judiciais, como forma de garantir seu acesso a tais necessidades.

3.1 O fenômeno da “Judicialização da Saúde”

O alto índice de judicialização de casos individuais relativos à saúde gera uma problemática ainda maior: a sobrecarga tanto do judiciário frente à onda crescente de judicialização da saúde, quanto a sobrecarga orçamentária do Estado, que não possui os meios financeiros de arcar com tamanha demanda.

O Brasil ainda enfrenta sérias dificuldades no âmbito da saúde pública, que permanece incapaz de suprir adequadamente as necessidades da população. Nesse contexto, o Poder Judiciário tem sido frequentemente acionado para compelir o Estado a garantir o fornecimento de serviços médicos. Contudo, pesquisas demonstram que as sentenças judiciais nessa área, ao assegurarem o direito à saúde em casos individuais, geram custos excessivos para o sistema público sem promover uma melhora expressiva no acesso aos serviços ofertados. Dessa forma, observa-se que a atuação do Judiciário, embora fundamentada no reconhecimento da saúde como direito fundamental, pode não ser eficaz para assegurar sua universalização.¹⁴⁰

É possível perceber, portanto, que há uma extensa problemática envolvendo a judicialização do direito à saúde, uma vez que, apoiando-se nas ideias mínimo existencial,

¹⁴⁰ MAUÉS, Antonio Moreira. **Problemas da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 257-273.

igualdade e equidade, destrinchados anteriormente, pode vir a sobrecarregar os cofres públicos, quando postos frente ao limite orçamentário.

Entretanto, é inegável que as necessidades da comunidade DM1 são extensas, enquanto o recurso financeiro para cobrir tal demanda seja insuficiente na grande maioria das famílias brasileiras. Sabe-se também, conforme citado anteriormente, que o tratamento adequado para condição, quando feito de maneira correta e eficaz, previne as complicações decorrentes dela, complicações essas que também demandariam recursos financeiros advindos do Estado.

Assim, no contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da judicialização da saúde é uma expressão das reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, como forma de garantir e promover os direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais.¹⁴¹

Segundo Miriam Ventura, *et al.*, no cenário jurídico contemporâneo, observam-se três correntes doutrinárias acerca da efetivação do direito à saúde, as quais refletem diferentes perspectivas sobre o papel do Poder Judiciário na exigibilidade de prestações pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira corrente sustenta que a concretização desse direito deve limitar-se aos serviços e insumos já incorporados ao SUS, conforme definido pelo gestor público; a segunda perspectiva interpreta o direito à saúde como elemento indissociável da garantia a vida e à incolumidade física do cidadão, atribuindo ao judiciário o dever de acatar a prescrição médica individual e determinar ao SUS o fornecimento integral do tratamento prescrito; por fim, a terceira vertente propugna por uma efetivação maximalista do direito à saúde, defendendo que o Judiciário deve realizar uma análise casuística, ponderando os princípios, valores e interesses envolvidos em cada situação específica para definir os parâmetros da prestação estatal devida.¹⁴²

O próprio conceito de saúde contribui para a amplitude com que as demandas por saúde são judicializadas. Isso porque, a partir da definição da OMS, já mencionada anteriormente, pode-se destacar dois aspectos do direito à saúde: primeiramente, que ele abrange potencialmente todas as situações da vida humana em que o bem-estar do indivíduo deva ser garantido e, em segundo lugar, que o direito à saúde tem um componente maximalista, ou

¹⁴¹ VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n1/77-100/pt>. Acesso em: 18 abr. 2025.

¹⁴² **Ibid.**

seja, quanto maiores forem os patamares sociais de bem-estar, mais exigências poderão ser feitas aos poderes públicos em seu nome.¹⁴³

A judicialização de tratamentos de alto custo pode ser interpretada à luz do “princípio do resgate”, formulado por Dworkin¹⁴⁴, segundo o qual o Estado não se deve economizar recursos para melhorar a saúde ou ampliar a expectativa de vida dos indivíduos. Para Dworkin, o princípio mencionado possui duas partes que estão interligadas, sendo elas: a vida e a saúde são consideradas os principais bens e todos os demais possuem menor importância, devendo ser sacrificados por eles; e o cuidado com a saúde deve ser distribuído sobre a base da igualdade, para que mesmo numa sociedade desigual economicamente, não se deve negar assistência à saúde para quem necessite, só pelo fato de não ter condição financeira de arcar com este custo.¹⁴⁵

Assim, entende-se que, para qualquer cidadão que se sinta ameaçado ou lesado pela não- inclusão de um medicamento ou terapia mais adequada para sua condição, a lei constitucional garante o direito ao ingresso com ação judicial, individual ou coletiva, requerendo o exame judicial do conflito.¹⁴⁶

Em suma, devido ao alto custo do tratamento mais avançado e eficaz da doença, especialmente para a aquisição de bombas de insulina, que chegam a custar aproximadamente R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), conforme exposto no primeiro capítulo, os portadores de diabetes tipo 1 optam por algum desses dois caminhos: buscar as vias judiciais para garantir o fornecimento desses insumos pelo SUS, ou seja, com a União ocupando o polo passivo da ação, ou pleiteando o fornecimento por meio do plano privado de saúde.

Em ambos os casos, é possível traçar um panorama jurisprudencial que norteie estas ações, como será exposto posteriormente.

¹⁴³ MAUÉS, Antonio Moreira. **Problemas da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 257-273.

¹⁴⁴ DWORKIN, Ronald. **Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality**. Cambridge: Harvard University Press, 2000. Tradução nossa.

¹⁴⁵ SILVA, Delmo Mattos; RAMOS, Edith Maria Barbosa. O princípio do resgate e a questão do seguro hipotético em Dworkin no âmbito do direito à saúde: Possibilidades e limites do livre mercado e a aplicação da justiça. Meritum, **Revista de Direito da Universidade FUMEC**, 2018. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/5940/pdf>. Acesso em: 18 abr. 2025.

¹⁴⁶ VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n1/77-100/pt>. Acesso em: 18 abr. 2025.

A problemática envolvendo o fenômeno da judicialização da saúde não é novidade, estudos demonstram o impacto deste fenômeno ainda no início dos anos 2000, conforme exposto por Maués:

Gastos extras do Ministério da Saúde com remédios concedidos judicialmente para todos os tipos de doença aumentaram de R\$ 188 mil em 2003 para R\$ 26 milhões de 2007. Em 2004, o Estado de São Paulo despendeu 48 milhões com medicação ganha em litígio, de um orçamento para a saúde total de R\$ 480 milhões. O Ministério da Saúde calcula que, em todos os Estados, gastos extras associados a litígios tenham sido, só em 2007, no montante de R\$ 1 bilhão. São remédios de alto custo e tratamentos de longo prazo de doentes crônicos que elevam esses valores.¹⁴⁷

Entretanto, mesmo gerando uma série de problemas, é necessário entender que o fenômeno da judicialização da saúde é multifacetado. Em uma perspectiva, os processos judiciais destinados a garantir tratamentos médicos consomem recursos consideráveis do orçamento público, atendendo a casos individuais. Em contrapartida, essas mesmas ações podem representar a única alternativa viável para assegurar a sobrevivência ou melhorar a qualidade de vida de pacientes, sobretudo daqueles portadores de enfermidades raras ou condições crônicas, como a diabetes tipo 1, cujo tratamento exige medicamentos e dispositivos de alto custo.

Dessa forma, o fenômeno revela uma tensão entre a alocação racional de recursos e a garantia do direito fundamental à saúde, especialmente em situações nas quais a omissão do Estado pode resultar em danos irreversíveis aos cidadãos.¹⁴⁸

Em se tratando de ações judiciais movidas contra a União, ou seja, ações que buscam o fornecimento de medicamentos por via do SUS, é possível interpretar que prevalecem duas hipóteses: quando se pleiteia tecnologia, medicamento ou tratamento já incorporado ao SUS, mas que não foi concedido na via administrativa, ou quando se requisita tecnologia ou terapia ainda não incorporada ao SUS. No caso dos litígios envolvendo a diabetes tipo 1, a segunda hipótese predomina, tendo em vista o avanço rápido e significativo da tecnologia utilizada no tratamento.

¹⁴⁷ MAUÉS, Antonio Moreira. **Problemas da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 257-273. (p. 263)

¹⁴⁸ PIERRO, Bruno. Demandas Crescentes. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, n. 252, p. 18-25, fev. 2017. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/demandas-crescentes/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

Por meio de um programa de computador denominado S-Codes, pertencente à secretaria paulista responsável pelo gerenciamento de processos judiciais movidos contra o estado de São Paulo, foi possível coletar dados que mostram que 60% das decisões judiciais resultam de prescrições de médicos do sistema privado de saúde, ou seja, de consultórios, clínicas e hospitais particulares. Além disso, foi possível verificar que 66% dos medicamentos obtidos por via judicial não constavam na lista do SUS, já os 34% restantes eram fornecidos pela rede pública, mas os pacientes pleiteavam versões produzidas por outras empresas ou que continham algum incremento tecnológico.¹⁴⁹

Neste gráfico, é possível perceber a crescente nos gastos do governo federal com a compra de medicamentos por meio de sentenças judiciais:

Figura 3 – Gastos do governo federal com medicamentos judicializados



Fonte: Revista FAPESP (2017).

Nesse contexto, entende-se que a judicialização da saúde no Brasil apresenta um crescimento significativo, sendo objeto de diversos estudos de abrangência nacional e estadual, que demonstram que o diabetes mellitus está entre as doenças que mais geram ações judiciais para pleitear medicamentos.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ BOARATI, Vanessa. **Assistência farmacêutica aos portadores de diabetes mellitus: impacto da farmácia popular e do acesso via judicialização da saúde.** 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-07042021-223655/publico/VanessaBoaratiCorrigida.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2025;

Conforme discutido anteriormente, o SUS dispõe do tratamento mais básico para a diabetes tipo 1, de modo que insumos mais modernos, como as insulinas análogas, as bombas de infusão de insulina e os sensores de glicemia não estão disponíveis pela rede pública.

No âmbito deliberativo da Suprema Corte, observa-se a superação de barreiras há pouco consideradas intransponíveis pela jurisprudência consolidada, permitindo o acesso a terapias experimentais ainda não incorporadas aos protocolos da ANVISA – desde que demonstrada a imprescindibilidade médica para o caso concreto. Essa orientação jurisprudencial evidencia uma dissonância temporal entre os avanços da ciência médica e a capacidade de atualização dos aparatos regulatórios estatais, revelando como a dinâmica inovadora da medicina frequentemente precede e supera a velocidade dos processos administrativos de regulamentação.¹⁵¹

Além disso, no dia 17 de outubro de 2024, o Conselho Nacional de Saúde participou da cerimônia do Supremo Tribunal Federal que visou a homologação da decisão que definia o processo de judicialização para medicamentos não incluídos na lista de dispensação do SUS, mas registrados na lista da ANVISA, de modo contrário à orientação supracitada.

A partir deste acordo, decidiu-se que a atuação jurisdicional encontra limites ao determinar a disponibilização de medicamentos não incorporados ao SUS. Contudo, admite-se excepcionalmente tal providência quando demonstrados cumulativamente os seguintes requisitos para medicamentos com registro na ANVISA: 1. A recusa formal do órgão competente em fornecer o tratamento; 2. A ilegalidade da decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) pela não inclusão, a ausência de solicitação de incorporação ou a mora injustificada no processo de análise; 3. A inexistência de alternativas terapêuticas equivalentes disponíveis no SUS; 4. Comprovação científica robusta quanto à segurança e eficácia do fármaco; 5. A imprescindibilidade do medicamento para o controle da patologia; 6. A incapacidade econômica do paciente para custear o tratamento.¹⁵²

Importante rememorar que, nos casos referentes a diabetes tipo 1, as solicitações não envolvem apenas medicamentos, mas sim aparelhos e dispositivos de alto custo, inacessíveis para a grande maioria da população brasileira. No contexto acima narrado, em 2018 foi publicado um Relatório para Sociedade, por meio do qual a Conitec recomenda a não incorporação do sistema de infusão contínua de insulina no SUS, sob o argumento de que a

¹⁵¹ LIMA, Fernando Rister de Sousa. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. 2. Ed. Curitiba: Juruá Editora, 2018.

¹⁵² BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Judicialização de medicamentos não incorporados ao SUS tem novo regramento estabelecido pelo STF**. Brasília, DF: CNS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/judicializacao-de-medicamentos-nao-incorporados-ao-sus-tem-novo-regramento-estabelecido-pelo-stf>. Acesso em: 19 abr. 2025

literatura científica não fornece evidências suficientes que comprovem os benefícios advindos do aparelho.¹⁵³

A partir dos fatos acima expostos, junto aos dados contidos no primeiro capítulo do presente trabalho, é possível compreender que o alto grau de judicialização do tratamento de diabetes tipo 1 decorre, também, da não inclusão das bombas de infusão pelo SUS. Tal situação representa um dilema: por um lado, a inclusão dos medicamentos e aparelhos de alto custo pelo SUS reduziria consideravelmente o nível de judicialização desses casos, mas demandaria uma reorganização orçamentária por parte do Estado para suprir essa necessidade; por outro lado, a não inclusão faz com que o Poder Judiciário continue a atuar, pois a demanda não deixará de existir, apenas buscará outra maneira de ser atendida.

De acordo com Santos, *et al.*, em seu estudo “Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com Diabetes Mellitus”, realizado em 2018, dos 636 processos analisados, movidos por pacientes com diabetes mellitus, verificou-se que 325 (51,1%), tinham como objeto a obtenção do medicamento insulina glargina, enquanto 25 (3,9%) buscavam materiais ou insumos para o tratamento da doença. É relevante destacar que, em 618 (97,2%) dos casos, as demandas judiciais referiam-se a medicamentos não incluídos nas listas de financiamento gratuito pelo SUS no período em que foram solicitados. Essa exclusão pode ter motivado a busca pela via judicial para garantir o acesso aos tratamentos. Além disso, 88 (13,8%) das ações judiciais pleiteavam o fornecimento de bombas de infusão de insulina, incluindo acessórios como conjunto de infusão, reservatórios e dispositivos de administração do hormônio.¹⁵⁴

O referido estudo tomou como base uma região do interior paulista, analisando dados dos anos de 2004 a 2013. O estudo observou também uma diminuição de processos judiciais no ano de 2013. Entretanto, a diminuição não decorreu de uma redução da necessidade, mas sim de uma estratégia utilizada que orientava, inicialmente, que os pacientes com diabetes solicitassem uma abertura de um processo administrativo que seria analisado por um comitê composto por gestores de saúde, farmacêuticos e médicos. Dessa forma, as demandas seriam

¹⁵³ CONITEC. **Relatório de recomendação:** bomba de insulina para diabetes mellitus tipo 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/sociedade/resoc82_bomba_insulina_diabetes_tipo1.pdf Acesso em: 19 abr. 2025.

¹⁵⁴ SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos et al. Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, p. e0800016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000800016>. Acesso em: 19 abr. 2025.

atendidas de forma administrativa, mas caso não fossem atendidas, o usuário ainda poderia recorrer à alternativa judicial.¹⁵⁵

A análise da demanda de judicialização de medicações e insumos para a saúde no estado da Paraíba, realizada por Vanessa Meira Cintra Ribeiro, apontou que 40,7% das doenças que levaram à judicialização foram endócrinas, respiratórias, neoplasias e do aparelho circulatório, com destaque para o diabetes, cuja proporção foi de 26,2%.¹⁵⁶

Em estudo realizado por Nunes e Ramos Júnior, analisando processos do estado do Ceará entre os anos de 1999 e 2012, a diabetes mellitus representa 9,2% da demanda mais frequente, sendo a segunda doença mais citada em ações judiciais no período estudado. Quando aos bens requeridos, a insulina Lantus e os insumos como agulhas, lancetas, cânulas, canetas para insulina, glicosímetro e fitas, ocuparam, respectivamente, a segunda e terceira posição.¹⁵⁷ Outro estudo, dessa vez analisando os processos judiciais movidos contra a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas no Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas, entre os anos de 2013 e 2017, revelou que a diabetes e os agravos decorrentes dela correspondem à terceira posição entre as doenças mais citadas.¹⁵⁸

Figura 4 – Análise dos processos judiciais movidos contra a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas no TJ do Estado do Amazonas, 2013 a 2017.

¹⁵⁵ **Ibid.**

¹⁵⁶ RIBEIRO, Vanessa Meira Cintra et al. **Análise da demanda de judicialização de medicações e insumos para saúde no Estado da Paraíba**. 2017. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/4001>. Acesso em: 19 abr. 2025.

¹⁵⁷ NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 192-199, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020070>. Acesso em: 19 abr. 2025.

¹⁵⁸ ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza; MACHADO, Felipe Rangel de Souza. A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190256, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190256>. Acesso em: 19 abr. 2025.

Variáveis	n	%
Doença		
Doenças neurológicas	31	29,25%
Doenças ortopédicas	12	11,32%
Diabetes e agravos decorrentes	10	9,43%
Condições genéticas e autoimunes	10	9,43%
Doenças renais	9	8,49%
Doenças cardíacas	6	5,66%
Doenças do fígado e aparelho digestivo	6	5,66%
Doenças da visão	6	5,66%
Dependência química	5	4,72%
Doenças do aparelho circulatório	3	2,83%
Câncer	3	2,83%
Doenças das vias aéreas	1	0,94%
Doenças do fígado	1	0,94%
Doenças do ouvido, nariz e garganta	1	0,94%
Fissura labiopalatal	1	0,94%
Prematuro extremo	1	0,94%
Receita do SUS		
Não	6	5,66%
Sim	90	84,91%
Sem receituário	10	9,43%
Procedência da receita		
Rede hospitalar	64	60,38%
Clínicas e policlínicas	22	20,75%
Maternidades	7	6,60%
Outros	5	4,72%
Sem documentação	8	7,55%

Fonte: Araújo; Machado (2023).

Nos dias 06/09/2024 a 13/09/2024, foi julgado o RE 1.366.243 (Tema 1234 de repercussão geral, em que o Estado de Santa Catarina questionou a decisão do Tribunal de Justiça local que garantiu a um cidadão o fornecimento de medicamento não incluso nas listas oficiais de medicamentos oferecidos pelo SUS para tratar sua doença. No caso citado, o polo passivo da ação foi ocupado apenas pelo estado de Santa Catarina. O estado, por sua vez, alegou que as ações devem ser propostas contra a União, tendo em vista que é competência do Ministério da Saúde decidir quais medicamentos devem ser fornecidos pelo SUS.¹⁵⁹

A partir desse julgamento, decidiu-se que as ações judiciais que pleiteiam medicamentos que não estão dispostos na lista do SUS, mas possuem registro na Anvisa, devem ser propostas na Justiça Federal, caso o valor anual do medicamento seja igual ou maior que 210 salários mínimos, cabendo à União o custeio total desse medicamento. Caso o valor anual do medicamento esteja entre 7 e 210 salários mínimos, a ação será julgada na Justiça Estadual e caberá à União o reembolso de 65% das despesas dos Estados e Municípios, ou 80% dos medicamentos oncológicos.¹⁶⁰

¹⁵⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Material explicativo:** Tema 1.234 - Responsabilidade por medicamentos de alto custo (RE 1.366.243/PR). Brasília, DF: STF, 2024. (Informação à Sociedade, 1). Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade1.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

¹⁶⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 1.366.243/Paraná. **Tema 1.234 de Repercussão Geral:** Responsabilidade solidária dos entes federados no fornecimento de medicamentos de alto custo. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, 5 fev. 2025. Disponível em:

As consequências do recente julgamento do Tema 1234 já puderam ser sentidas no estado de Alagoas, quando, em 06/02/2025, a Procuradoria-Geral do Estado de Alagoas (PGE) obteve vitória no STF, com decisão assinada pela ministra Carmen Lúcia, reconhecendo a procedência da reclamação apresentada pelo Estado de Alagoas contra decisão do Tribunal de Justiça de Alagoas, determinando a inclusão da União no polo passivo da demanda e o deslocamento da competência para a Justiça Federal.¹⁶¹

Ante o exposto, é possível perceber que a crescente onda do fenômeno de judicialização da saúde reflete em diversos aspectos, desde organizacionais, até no que concerne ao orçamento público.

3.2 Análise jurisprudencial das demandas relativas à concessão de terapias alternativas para a diabetes mellitus tipo 1

Observadas as necessidades e dificuldades dos portadores de diabetes tipo 1, que culminam na judicialização de seu tratamento, é de suma importância a análise das decisões dos magistrados e tribunais do país em relação aos casos que objetivam a concessão de terapias alternativas por meio do SUS ou dos planos privados de saúde. Tal análise é essencial para que se compreenda as demandas desta parcela da população e para que se compreenda a influência do sistema judiciário na manutenção da qualidade de vida dessas pessoas.

A busca pelo Poder Judiciário para a concessão de terapias alternativas não é recente. Em 2014, a 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Alagoas rejeitou, por unanimidade, o recurso interposto pelo Município de Maceió, no Processo nº 0054739-40.2010.8.02.0001, que buscava reverter decisão que determinava o fornecimento de insulinas e agulhas pelo ente público a um portador de diabetes mellitus. Em sede de recurso, o município alegou que o Poder Judiciário não deveria intervir em questão administrativa competente ao Executivo, alegou a inexistência de recursos para atender a demanda e afirmou que o estado de Alagoas e a União também deveriam ocupar o polo passivo da ação.

<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 20 abr. 2025.

¹⁶¹ ALAGOAS. **Decisão no STF reafirma responsabilidade da União em medicamentos de alto custo**. Portal do Governo de Alagoas, 6 fev. 2025. Disponível em: <https://alagoas.al.gov.br/noticia/decisao-no-stf-reafirma-responsabilidade-da-uniao-em-medicamentos-de-alto-custo#:~:text=O%20Tema%201234%20estabelece%20que,munic%C3%ADpios%20atuando%20de%20forma%20supletiva>. Acesso em: 20 abr. 2025.

A relatora, por sua vez, argumentou que, ao estar estabelecida responsabilidade solidária aos entes federativos em questões ligadas a saúde e assistência pública na Constituição Federal, não há de se falar em litisconsortes passivos necessários. Afirmar ainda que o direito à saúde é ameaçado devido à omissão do Executivo, ao não implementar políticas públicas eficazes, justificando, assim, a necessidade de intervenção do Poder Judiciário.¹⁶²

Em 2017, o governador do Estado de Santa Catarina ajuizou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5758), no Supremo Tribunal Federal, requerendo a concessão de medida cautelar que suspendesse a Lei estadual 17.110/2017¹⁶³, que tinha como objetivo determinar a distribuição gratuita de análogos de insulina aos pacientes inscritos em programa de educação para diabéticos. O governador alegou que a referida lei ofendia a lógica de funcionamento do SUS e violava o texto constitucional, tanto em seu caráter de universalidade do SUS, quanto ao não prever a fonte de custeio para a concessão de tal benefício.¹⁶⁴

No julgamento da ADI supracitada, o STF julgou constitucional a lei estadual que prevê a distribuição gratuita dos análogos de insulina pelo SUS. Em sua fundamentação, o relator, Ministro Nunes Marques, rejeitou a alegação de usurpação de competência do governador.

Segundo o Ministro, embora institua diretrizes de política pública, a norma estadual em questão não cria órgão nem disciplina a organização e o funcionamento da administração pública.

O julgador enfatizou que a Constituição atribui competência concorrente à União, estados e Distrito Federal para legislar sobre a proteção e defesa da saúde. Acrescentou que, em virtude do modelo descentralizado do SUS, o STF reconhece a legitimidade dos entes federados para, além de suprir omissões da legislação federal, estabelecerem regras específicas adequadas às particularidades regionais.

Salientou, ainda, que a legislação catarinense visa efetivar os princípios da universalidade e equidade do SUS, ampliando o acesso a tratamentos médicos com eficácia

¹⁶² CONSULTOR JURÍDICO. **Município de Maceió terá de fornecer remédio para diabetes, decide TJ- AL.** São Paulo: ConJur, 26 jan. 2014. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2014-jan-26/municipio-maceio-fornecer-remedio-diabetes-decide-tj-al/>. Acesso em: 4 mai. 2025.

¹⁶³ SANTA CATARINA. **Lei nº 17.110, de 10 de julho de 2017.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de análogos de insulina aos portadores de diabetes inseridos em programas de educação para diabéticos. Florianópolis: ALESC, 2017. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17110_2017_lei.html. Acesso em: 04 mai. 2025.

¹⁶⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Questionada lei de SC que obriga distribuição gratuita de análogos de insulina para diabéticos.** Brasília, DF: STF, 28 ago. 2017. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/questionada-lei-de-sc-que-obriga-distribuicao-gratuita-de-analogos-de-insulina-para-diabeticos/>. Acesso em: 04 mai. 2025.

comprovada. Por fim, mencionou que o próprio Ministério da Saúde, mediante Portaria de 2017, já havia incorporado os análogos de insulina ao rol de procedimentos do SUS, o que demonstra o respaldo científico quanto à segurança desses medicamentos.¹⁶⁵

No mesmo sentido, a 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça decidiu por obrigar os planos de saúde ao fornecimento do sistema de infusão contínua de insulina, ainda que este material não conste no rol da ANS.

A decisão ocorreu em dois recursos, no REsp 2.162.963/RJ e no REsp 2.163.631/DF, no ano de 2024. Em ambos os recursos, a decisão voltou-se para a classificação da bomba de insulina, que, para os planos de saúde enquadrava-se como medicamento. Porém, nos dois Recursos a posição da Turma apoia o entendimento de que se trata de um dispositivo médico, conforme classificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Na ementa do REsp 2.163.631/DF¹⁶⁶, o relator, Ministro Antonio Carlos Ferreira, defende que, mesmo com o custo pela absorção do tratamento pelo plano de saúde, há a considerável diminuição das despesas pela redução das internações, conforme demonstram os estudos. Para além disso, cita o relatório da CONITEC, que afirma a incorporação do dispositivo por outras agências de países diversos como Inglaterra, Escócia e Austrália.

Por fim, defende que o tratamento não se insere no rol da ANS, mas é admitido em face das inovações introduzidas pela Lei n. 14.454/2022, que acrescentou o § 13 ao art. 10 da Lei n. 9.656/1998¹⁶⁷, que admite a autorização da cobertura pela operadora de planos de saúde, de tratamento prescrito por médico, que não esteja previsto no rol, caso exista comprovação da sua eficácia.

O REsp 2.162.963/RJ¹⁶⁸, apesar de muito similar ao supracitado, ainda contou com um pedido de indenização por danos morais contra a empresa de plano de saúde, em razão da

¹⁶⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF valida lei de SC que prevê distribuição gratuita de análogos de insulina**. Brasília, DF: STF, 24 abr. 2025. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-valida-lei-de-sc-que-preve-distribuicao-gratuita-de-analogos-de-insulina/>. Acesso em: 04 mai. 2025.

¹⁶⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). **Recurso Especial nº 2.163.631/DF**. Relator: Ministro Antonio Carlos Ferreira. Julgado em 17 dez. 2024. Processo Eletrônico. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=289084022®istro_numero=202403007079&peticao_numero=&publicacao_data=20250131&formato=PDF. Acesso em: 6 mai. 2025.

¹⁶⁷ BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Art. 10, § 13. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 5 mai. 2025.

¹⁶⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (STJ). **Recurso Especial nº 2.162.963/RJ**. Relator: Ministro Antonio Carlos Ferreira. Julgado em 17 dez. 2024. Documento eletrônico. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=289084021®istro_numero=202402969920&peticao_numero=&publicacao_data=20241223&formato=PDF. Acesso em: 6 mai. 2025.

negativa do fornecimento do medicamento. Entretanto, o cabimento de indenização foi afastado pelos ministros.

Diante do exposto, é possível traçar o papel de importância, tanto do poder público, quanto dos planos privados de saúde, na manutenção da qualidade de vida dos portadores de diabetes tipo 1 no Brasil.

3.3 Análise do PL 2687/2022

Para que se adentre à temática que envolve o Projeto de Lei 2687/2022, citado brevemente no primeiro capítulo do presente trabalho, é preciso entender um panorama geral acerca do que é deficiência para o judiciário brasileiro.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, instituída pela Lei nº 13.146/2015, entende como pessoa com deficiência todo indivíduo que apresenta uma limitação de caráter duradouro — seja física, mental, intelectual ou sensorial — e que, ao interagir com obstáculos diversos, encontra dificuldades para exercer, de forma plena e igualitária, sua cidadania e participação na sociedade.

Sob a mesma ótica, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIPCD) possui força de emenda constitucional no Brasil. Assim, em seu art. 2, a Convenção trata de algumas definições, dentre elas a definição do termo “discriminação por motivo de deficiência”, que se refere a qualquer distinção, exclusão ou limitação fundamentada na condição de deficiência, cujo objetivo ou consequência seja obstruir ou inviabilizar o reconhecimento, o usufruto ou a efetivação, em condições de igualdade com os demais indivíduos, dos direitos humanos e liberdades essenciais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou outras. Esse conceito engloba todas as modalidades discriminatórias, incluindo a negação de ajustes razoáveis.¹⁶⁹

Tal definição interessa à presente discussão, em razão da justificativa do veto presidencial ao Projeto de Lei citado acima. Posteriormente, o veto será destrinchado para que seja possível a compreensão, com mais clareza, dos motivos pelos quais a diabetes mellitus tipo 1 pode e deve ser considerada deficiência para todos os efeitos.

¹⁶⁹ BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

Dando prosseguimento ao debate, o PL 2687/2022, proposto pela deputada federal Flávia Moraes do PDT/GO, tem como objetivo classificar o diabetes mellitus tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais. Em sua justificação, a Deputada argumenta:

O País não conta com uma política pública estruturada para o paciente com DM1, tanto que menos de 25% dos pacientes apresentam controle adequado da doença, dado que se reflete no elevado grau de complicações associadas, tais como perda de visão, doenças renais crônicas, amputações, cardiopatias, além de transtornos alimentares e quadros depressivos.

(...)

Não existe amparo legal que garanta ao estudante com DM1 atendimento adequado enquanto permanece dentro do estabelecimento escolar.

(...)

Há ainda a questão da dificuldade de acesso ao trabalho de jovens e adultos. Pessoas com dependência de insulina enfrentam impedimentos em participar de concursos públicos que exigem esforços físicos intensos, como os das Forças Armadas. Na iniciativa privada, atividades em máquinas e equipamentos veiculares não podem ser manuseados por quem tem DM1, o que traz grande desigualdade principalmente entre os mais carentes.

(...)

Em última instância, a ausência de insulina no tratamento leva o indivíduo com DM1 à morte. Ou seja, sem o fornecimento adequado desse hormônio, a vida do paciente não pode ser mantida.¹⁷⁰

Na propositura do projeto, é possível identificar diversos aspectos que foram tratados no presente trabalho, tais como a inexistência de políticas públicas que amparem a pessoa com diabetes tipo 1 no Brasil, a vulnerabilidade das crianças DM1 em ambientes escolares, a desigualdade no mercado de trabalho e o risco de óbito caso o tratamento não seja realizado adequadamente.

Pois bem, como exposto acima, tais problemáticas encaixam-se, perfeitamente, no conceito de deficiência contido na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, demonstrado acima. Circunstância que se confirma no momento da aprovação do PL pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, oportunidade em que os deputados declararam

¹⁷⁰ BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 2.687**, de 2022. Classifica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como deficiência, para todos os efeitos legais. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/161827>. Acesso em: 19 maio 2025.

que consideravam imprescindível classificar o diabetes tipo 1 como deficiência, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, Reino Unido, Espanha e Alemanha.¹⁷¹

Entretanto, após ser aprovado em todas as casas, teve seu texto integralmente vetado pela Presidência da República, em 13 de janeiro de 2025.

A justificativa do Veto nº 4/2025 abrange diversos aspectos do Projeto de Lei, conforme exposto abaixo.

Inicialmente, segundo o art. 167, §7º da Constituição Federal propõe que a lei não imporá nem transferirá qualquer encargo financeiro decorrente da prestação de serviço público para a União, os Estados, o Distrito Federal ou os Municípios, sem a previsão de fonte orçamentária e financeira necessária à realização da despesa ou sem a previsão da correspondente transferência de recursos financeiros necessários ao se custeio.¹⁷² De igual modo, o art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias determina que uma proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro.¹⁷³

Por esse motivo, ao redigir o veto, a Presidência da República justificou: “A proposição legislativa também incorre em vício de inconstitucionalidade a violar o art. 167, § 7º, da Constituição e o art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias”.¹⁷⁴

Além disso, o art. 195, § 5º da Constituição determina, também que nenhum benefício ou serviço da seguridade social pode ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.¹⁷⁵ Tal disposição foi citada, também, como justificativa para o veto presidencial do PL.¹⁷⁶

¹⁷¹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão aprova projeto que considera diabetes tipo 1 como deficiência física para efeito legal**. Brasília, DF, 20 out. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1009246-comissao-aprova-projeto-que-considera-diabetes-tipo-1-como-deficiencia-fisica-para-efeito-legal/#:~:text=Os%20deputados%20consideram%20%22imprescind%C3%ADvel%22%20classificar,na%20Espanha%20e%20na%20Alemanha>. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁷² BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁷³ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 113. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, [s.d.]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?abrirBase=AD&abrirArtigo=113>. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁷⁴ BRASIL. Senado Federal. **Estudo do Veto nº 4/2025**. Brasília, DF, 20 jan. 2025. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9888733&ts=1741161770247&disposition=inline>. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁷⁵ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁷⁶ BRASIL. Senado Federal. **Estudo do Veto nº 4/2025**. Brasília, DF, 20 jan. 2025. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9888733&ts=1741161770247&disposition=inline>. Acesso em: 21 abr. 2025.

Portanto, diante de todas as pontuações feitas no presente capítulo, é possível perceber que o impacto no orçamento público do país com a aprovação do PL 2687/2022 é considerável, tomando como base os gastos públicos com a onda crescente de judicialização de insumos. Todavia, tal afirmativa não implica dizer que o Projeto de Lei é inaplicável, mas sim, que não foi proposto como deveria em sua integralidade.

Para além das questões financeiras, a Presidência da República apresenta a seguinte justificativa para o veto:

A proposição legislativa viola o art. 5º, § 3º, da Constituição, por contrariar a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que possui status de emenda constitucional e reconhece que a deficiência resulta da interação entre a pessoa e as barreiras sociais, e não de uma condição médica específica.

(...)

Adicionalmente, a proposição contraria o interesse público ao classificar o diabetes mellitus tipo 1 como deficiência sem considerar a avaliação biopsicossocial, que percebe os impedimentos da pessoa em interação com o meio, em conflito com a Convenção Internacional supracitada.¹⁷⁷

Acerca deste ponto, todos os fatos e argumentações expostas no presente trabalho demonstram, claramente, que o diabetes mellitus tipo 1 não é apenas uma doença comum, é uma doença grave, incurável e incapacitante, quando não se tem meios para que seja realizado um bom tratamento.

A diabetes tipo 1 exige cuidado intensivo, durante toda a vida do paciente. Ainda que existam diversas possibilidades de tratamento disponíveis, a expectativa de vida de um DM1 que é diagnosticado aos 10 anos de idade é de apenas 52 anos, representando uma diminuição de 25 anos em relação à população geral.¹⁷⁸

Como exposto acima, a pessoa com diabetes tipo 1 enfrenta uma série de barreiras no ingresso no mercado do trabalho e em concursos, entretanto, por não se encaixar no rol de deficiência para a legislação brasileira, ela não pode se valer das vagas reservadas às pessoas

¹⁷⁷ BRASIL. Senado Federal. **Estudo do Veto nº 4/2025**. Brasília, DF, 20 jan. 2025. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9888733&ts=1741161770247&disposition=inline>. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁷⁸ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Brasil ocupa segundo lugar em número de mortes por diabetes não diagnosticado, afirmam especialistas**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1014637-brasil-ocupa-segundo-lugar-em-numero-de-mortes-por-diabetes-nao-diagnosticado-afirmam-especialistas/#:~:text=%E2%80%9CPessoas%20com%20diabetes%20de%20tipo,ainda%20pior%20dependendo%20da%20regi%C3%A3o>. Acesso em: 21 abr. 2025.

com deficiência, conforme o art. 93 da Lei nº 8.213/91¹⁷⁹, ou dos benefícios de prioridade no teletrabalho, conforme o art. 75-F da CLT¹⁸⁰, comprovando, assim, seu desamparo perante a legislação.

Tal situação é geradora de um paradoxo reconhecido pela legislação e jurisprudência de diversos países: a pessoa que é “doente demais, mas não doente o suficiente” (“too sick, but not sick enough”).¹⁸¹ Portanto, o DM1 é excluído por ser “doente demais”, mas excluído das vagas especiais por não ser “doente o suficiente”. Violam-se, portanto, a proteção especial de que gozam as pessoas com deficiência e o princípio da isonomia.¹⁸²

Por fim, a nível de comparação, segundo os padrões mundiais, a existência de algum tratamento, suprimento, órtese ou prótese que mitigue os efeitos do impedimento não deve ser considerada na aferição de seus feitos, para fins de classificação cosmo deficiência. Ou seja, para avaliar a deficiência, os efeitos do impedimento devem ser considerados num cenário em que as medidas que a mitigam ou tratamento não existissem.¹⁸³ O Regulamento do “2010 Equality Act”, do Reino Unido, é exemplo disso.¹⁸⁴

Portanto, ante a todo o exposto, é perceptível que as pessoas com diabetes tipo 1 no país estão desamparadas, não possuindo meios legais de proteção e de garantia dos seus direitos. As mais diversas situações listadas no presente trabalho demonstram com clareza a necessidade de um maior amparo legal à essa parte da população. O caminho em busca da igualdade ainda é longo, mas, mais do que isso, ainda é necessário que essas pessoas saiam da invisibilidade imposta não apenas pela sociedade, mas, principalmente, pela legislação do país.

¹⁷⁹ BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁸⁰ BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 1 maio 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁸¹ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Too Sick and Not Sick Enough: An Attorney’s Perspective on Diabetes and Disability Rights**. 2023. Disponível em: <https://diabetes.org/sites/default/files/2023-10/atty-too-sick-and-not-sick-enough.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁸² CONJUR. **Provando que a diabetes tipo 1 é uma deficiência**. Consultor Jurídico, 20 jan. 2025. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2025-jan-20/provando-que-a-diabetes-tipo-1-e-uma-deficiencia/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

¹⁸³ **Ibid.**

¹⁸⁴ Reino Unido. **Equality Act 2010**, c. 15, section 20. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/section/20>. Acesso em: 21 abr. 2025.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, é inegável a crescente incidência da diabetes tipo 1 no Brasil e no mundo. Ainda que vários pontos acerca da doença sejam desconhecidos ou de difícil resolução, o tratamento avança a cada ano, proporcionando, cada vez mais, possibilidades de uma vida plena e digna aos portadores da condição.

Entretanto, as novas formas de tratamento envolvem vários dispositivos e medicamentos de alto custo, muitas vezes inacessíveis aos diabéticos tipo 1. Diante de tal realidade, a necessidade de políticas públicas bem estabelecidas, que atendam a essa parcela da população se faz extremamente presente na discussão.

Nesse contexto, o estudo bibliográfico realizado no presente trabalho demonstrou um cenário atrasado e prejudicial aos portadores de diabetes tipo 1 do Brasil, que são esquecidos pelo ordenamento jurídico do país e entregues ao descaso das autoridades. Tal invisibilidade perante o poder público é extremamente prejudicial aos DM1, tendo em vista que, conforme demonstrado, a diabetes tipo 1 requer um cuidado especializado, preciso e multidimensional.

Basear-se apenas em garantias constitucionais de direito à saúde não é suficiente para sanar todas as demandas dos diabéticos no Brasil. A garantia fundamental deve servir como o pilar da construção de políticas públicas efetivas e abrangentes e da formação de um arcabouço legislativo que assegure o acesso às terapias ideais com justiça e igualdade.

Atualmente, a comunidade DM1 no Brasil vive um cenário de exclusão, no qual apenas aqueles que possuem um alto poder aquisitivo têm acesso a tratamentos eficazes, que garantem uma vida longa e saudável, ainda que convivendo com uma doença autoimune incurável. Este fato representa o desrespeito aos princípios fundamentais da Constituição Federal, em especial o princípio da dignidade da pessoa humana, enfatizado no presente trabalho.

Os desafios enfrentados diariamente pelas pessoas com diabetes tipo 1, aqui expostos, demonstram que a condição atinge todas as áreas da vida do portador, que assume uma posição de desvantagem em vários âmbitos, tais como a vida escolar e o ingresso no mercado de trabalho. Entretanto, ainda que as dificuldades sejam presentes e de fácil percepção, essas pessoas não são amparadas pela Lei nº 13.146/2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Como tentativa de incluir a diabetes mellitus tipo 1 no rol de deficiências amparadas pela lei supracitada, foi proposto o Projeto de Lei 2687/2022, citado no terceiro capítulo do trabalho. Contudo, o Projeto foi vetado pela Presidência da República, sob argumentos que

envolvem o descrédito nos efeitos da doença e os erros na própria propositura do projeto. Tal fato demonstra o despreparo dos poderes Executivo e Legislativo do país ao lidar com a questão.

Diante do despreparo do poder público, que não cumpre com seu papel de garantidor do direito fundamental à saúde, apresentando falhas administrativas marcadas pela inadequação do tratamento disponibilizado no Sistema Público de Saúde, o poder judiciário assume um papel que originalmente não lhe cabe. Porém, ante a inefetividade daqueles que devem promover a saúde, o Judiciário atua na concretização das normas constitucionais e legais, buscando a democratização do acesso a terapias de alto custo, mas que podem salvar vidas.

Os dados obtidos indicam que a predominância da judicialização no tratamento do diabetes mellitus tipo 1 está associada à falta de acesso aos medicamentos no SUS devido a decisões de política pública, ou seja, pela não incorporação dessas terapias. Contudo, esse fenômeno também surge de problemas na gestão dessas políticas públicas, uma vez que há ações judiciais solicitando medicamentos já padronizados e que, em tese, deveriam ser oferecidos. Dessa forma, ao examinar as demandas judiciais, foi possível constatar a necessidade de revisão das políticas públicas voltadas ao tratamento do DM1, a fim de torná-las mais eficazes e adequadas às demandas da população.

Conclui-se, portanto, que para que o direito fundamental à saúde constitucionalmente garantido, do qual dispõe os portadores de diabetes mellitus tipo 1 seja plenamente garantido e efetivado, o poder público deverá aprimorar suas políticas de atenção a essa parcela da população, de modo a assegurar o tratamento mais adequado para a condição. Faz-se necessária a edição de normas específicas que assegurem os DM1 em todos os âmbitos sociais, normas essas que demonstrem o real impacto orçamentário que a implementação das terapias mencionadas causará e que abranjam todos os aspectos necessários para a sua aprovação.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Agora é lei:** laudo médico para Diabetes Mellitus tem validade indeterminada. Assembleia Legislativa de Alagoas, 2023. Disponível em: <https://www.al.al.leg.br/comunicacao/noticias/agora-e-lei-laudo-medico-para-diabetes-mellitus-tem-validade-indeterminada>. Acesso em: 3 maio 2025.

ALAGOAS. **Decisão no STF reafirma responsabilidade da União em medicamentos de alto custo.** Portal do Governo de Alagoas, Maceió, 6 fev. 2025. Disponível em: <https://alagoas.al.gov.br/noticia/decisao-no-stf-reafirma-responsabilidade-da-uniao-em-medicamentos-de-alto-custo>. Acesso em: 20 abr. 2025.

ALEMANHA. **Lei Fundamental da República Federal da Alemanha.** Versão oficial em português. Tradução de Aachen Assis Mendonça. Edição de junho de 2022. Art. 1º, nº 1. E-book. Disponível em: <https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf>. Acesso em: 1º mai. 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Too Sick and Not Sick Enough: An Attorney's Perspective on Diabetes and Disability Rights.** 2023. Disponível em: <https://diabetes.org/sites/default/files/2023-10/atty-too-sick-and-not-sick-enough.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2025.

ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza; MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **A judicialização da saúde em Manaus:** análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 4, e230700, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vzFkLKRd63Gz5yzzhcm9Hn/?lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2025.

ARAÚJO, Luís Alberto David. **A proteção constitucional das pessoas com deficiência.** 4. ed. rev., ampl. e atual. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2011. Disponível em: <https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:994>. Acesso em: 4 abr. 2025.

ASSIS SILVA, Michelle Emanuella. **Direito à saúde:** evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos, Natal, v. 9, n. 2, p. 4-22, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251/8480>. Acesso em: 18 abr. 2025.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais:** o princípio da dignidade da pessoa humana. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas:** limites e possibilidades da Constituição brasileira. 10. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2016.

BELLATO, Roseney et al. **The family experience of care in chronic situation.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, p. 81-88, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5w3rLHGDcdZkZfZyWHy9ZbC/?lang=en>. Acesso em: 5 mar. 2025.

BOARATI, Vanessa. **Assistência farmacêutica aos portadores de diabetes mellitus: impacto da farmácia popular e do acesso via judicialização da saúde**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-07042021-223655/publico/VanessaBoaratiCorrigida.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2025.

BOTTO, Nilce (Enfermeira) et al. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-2. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/dispensacao-de-medicamentos-e-insumos-para-o-tratamento-do-diabetes-mellitus-no-sus/#ref4>. Acesso em: 7 abr. 2025.

BRAGA DE SOUZA, Ana Carolina Contente et al. **Health-related quality of life in people with type 1 Diabetes Mellitus: data from the Brazilian Type 1 Diabetes Study Group**. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 13, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0396-0>. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Judicialização de medicamentos não incorporados ao SUS tem novo regramento estabelecido pelo STF**. Brasília, DF: CNS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/judicializacao-de-medicamentos-nao-incorporados-ao-sus-tem-novo-regramento-estabelecido-pelo-stf>. Acesso em: 19 abr. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Questionada lei de SC que obriga distribuição gratuita de análogos de insulina para diabéticos**. STF Notícias, Brasília, DF, 28 ago. 2017. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/questionada-lei-de-sc-que-obriga-distribuicao-gratuita-de-analogos-de-insulina-para-diabeticos/>. Acesso em: 4 mai. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **STF valida lei de SC que prevê distribuição gratuita de análogos de insulina**. STF Notícias, Brasília, DF, 24 abr. 2025. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-valida-lei-de-sc-que-preve-distribuicao-gratuita-de-analogos-de-insulina/>. Acesso em: 4 mai. 2025.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 2.163.631/DF**. Relator: Ministro Antonio Carlos Ferreira. Julgado em: 17 dez. 2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=289084022®istro_numero=202403007079. Acesso em: 6 mai. 2025.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 5 mai. 2025.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 2.162.963/RJ**. Relator: Ministro Antonio Carlos Ferreira. Julgado em: 17 dez. 2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=289084021®istro_numero=202402969920. Acesso em: 6 mai. 2025.

_____. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. Senado Federal. **Estudo do Veto nº 4/2025.** Brasília, DF, 20 jan. 2025. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9888733>. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. Câmara dos Deputados. **Brasil ocupa segundo lugar em número de mortes por diabetes não diagnosticado, afirmam especialistas.** Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1014637-brasil-ocupa-segundo-lugar-em-numero-de-mortes-por-diabetes-nao-diagnosticado-afirmam-especialistas>. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 1 maio 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 abr. 2025.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 2.687, de 2022.** Classifica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como deficiência, para todos os efeitos legais. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/161827>. Acesso em: 19 maio 2025.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. **O que significa ter saúde?** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 18 abr. 2025.

_____. **Diabetes mellitus:** conheça as novidades do tratamento. Disponível em: <https://grupomedcof.com.br/blog/diabetes-mellitus-conheca-as-novidades-do-tratamento/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

_____. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS.** Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/dispensacao-de-medicamentos-e-insumos-para-o-tratamento-do-diabetes-mellitus-no-sus/>. Acesso em: 07 abr. 2025.

_____. Câmara dos Deputados. **Proposição nº 2.336/2024.** [Ementa: Dispõe sobre o reconhecimento da diabetes tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais]. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2336404>. Acesso em: 5 mar. 2025.

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 129, seção 1, p. 2, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 5 mar. 2025.

_____. Senado Federal. **Lula veta projeto que equipara diabetes tipo 1 a deficiência.** Brasília, DF, 13 jan. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/01/13/lula-veta-projeto-que-equipara-diabetes-tipo-1-a-deficiencia>. Acesso em: 5 mar. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45/2004.** Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 2 maio 2025.

_____. **Lei nº 8.080/1990,** art. 5º. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 02 mai. 2025.

_____. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes mellitus inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 set. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11347.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.

_____. **Lei nº 15.100, de 13 de janeiro de 2025.** [Ementa: Dispõe sobre o reconhecimento da diabetes tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 10, seção 1, p. 1, 13 jan. 2025. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15100-13-janeiro-2025-796892-publicacaooriginal-174094-pl.html>. Acesso em: 7 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007.** Aprova o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 out. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html. Acesso em: 7 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.** Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em: 7 abr. 2025.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 03 maio 2025.

_____. **Constituição Política do Império do Brasil (1824).** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 1º mai. 2025.

_____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (1934)**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 1º mai. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Material explicativo**: Tema 1.234 – Responsabilidade por medicamentos de alto custo (RE 1.366.243/PR). Brasília, DF: STF, 2024. (Informação à Sociedade, 1). Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociidade1.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 1.366.243/PR**. Tema 1.234 de Repercussão Geral: Responsabilidade solidária dos entes federados no fornecimento de medicamentos de alto custo. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, 5 fev. 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRICH, Mayara et al. **"Mãe pâncreas"**: o cuidado de crianças e adolescentes em condição diabética. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/220540/PGAF0014-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRUTSAERT, Erika F. **Cetoacidose diabética (CAD)**. Manual MSD. [S.l.], 2023. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-de-carboidratos/cetoacidose-diab%C3%A9tica-cad#Sinais-e-sintomas_v989291_pt. Acesso em: 16 fev. 2025.

BRUTSAERT, Erika F. **Diabetes mellitus (DM)**. In: Manual MSD Versão Saúde para a Família. [S.l.], c2025. Seção: Tipos de diabetes. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%B3rbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%B3rbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/diabetes-mellitus-dm>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CALABRIA, Andrew. **Diabetes mellitus (DM) em crianças e adolescentes**. In: Manual MSD Versão Saúde para a Família. [S.l.]: Merck Sharp & Dohme, c2025. Seção: Tipos de diabetes. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/dist%C3%B3rbios-hormonais-em-crian%C3%A7as/diabetes-mellitus-dm-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CALABRIA, Andrew. **Diabetes mellitus em crianças e adolescentes**. In: Manual MSD Profissional. [S.l.]: Merck Sharp & Dohme, c2024. (Atualizado em abr. 2024). Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatria/dist%C3%B3rbios-end%C3%B3crinos-em-crian%C3%A7as/diabetes-mellitus-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CDB. **Controle da glicemia**: entenda a importância e conheça a tabela de alimentos. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://blog.cdb.com.br/controle-da-glicemia-entenda-a-importancia-e-conheca-a-tabela-de-alimentos/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

CAMPOS, Cláudia Marcelle; AZEVEDO, Lucy Ferreira. **Escola, família e o diabetes tipo 1: sentidos produzidos pelas Mães Pâncreas**. Research, Society and Development, v. 11, n. 2, p. e44411226035, 2022. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26035/22737>. Acesso em: 5 fev. 2025.

CAMPOS, Tarcila Ferraz de et al. **Terapia nutricional no diabetes tipo 1**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. DOI: 10.29327/5412848.2024-4. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-diabetes-tipo-1/#citacao>. Acesso em: 25 fev. 2025.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003. CARNEIRO, Normando A. Siqueira. Direito constitucional à saúde: o impacto da cláusula de coparticipação no exercício do direito de acesso à saúde.

Direito UNIFACS–Debate Virtual, n. 243, 2020.

CARVALHO, Mariana Siqueira. **A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em: 18 abr. 2025.

CHOCAIR, Carlos Eduardo et al. **Diferenças entre diabetes tipo 1 e tipo 2**. [S.l.]: Chocair Médicos, [2024]. Disponível em: <https://chocairmedicos.com.br/diferencas-entre-diabetes-tipo-1-e-tipo-2/>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CONSULTOR JURÍDICO. **Município de Maceió terá de fornecer remédio para diabetes, decide TJ-AL**. Consultor Jurídico, São Paulo, 26 jan. 2014. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2014-jan-26/municipio-maceio-fornecer-remedio-diabetes-decide-tj-al/>. Acesso em: 4 mai. 2025.

CONITEC – **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Relatório de recomendação: bomba de insulina para diabetes mellitus tipo 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/sociedade/resoc82_bomba_insulina_diabetes_tipo1.pdf. Acesso em: 19 abr. 2025.

DAMACENO, Laerte et al. **Ferramentas digitais em diabetes: o papel da telemedicina**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-9. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/ferramentas-digitais-em-diabetes/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. **Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde**. Escola Anna Nery, v. 15, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NJb3hzFmZwKrnqBDGnLv3L/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2025.

DROGASIL. **Valores de medicações e aparelhos para diabetes**. 2025. Disponível em: <https://www.drogasil.com.br/>. Acesso em: 14 de maio de 2025. Acesso em: 18 abr. 2025.

DWORKIN, Ronald. **Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality**. Cambridge: Harvard University Press, 2000.

EXTRA. **ESCOLA que expulsou aluno com diabetes é denunciada ao Ministério Público.** Extra, Rio de Janeiro, 10 out. 2016. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/escola-que-expulsou-aluno-com-diabetes-denunciada-ao-ministerio-publico-20264655.html>. Acesso em: 5 mar. 2025.

FACHIN, Edson Luiz. **Estatuto jurídico do patrimônio mínimo.** 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

FAPESP. **Demandas crescentes.** Revista Pesquisa Fapesp. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/demandas-crescentes/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

FERNANDES, Ana Paula Morais et al. **Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 743-749, nov./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/w3FV6f4SWCMCmptTW8ktPCM/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2024.

FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz et al. **Diabetes autoimune latente do adulto (LADA): fisiopatologia, critérios diagnósticos e associação com doenças autoimunes.** Research, Society and Development, [S.l.], v. 10, n. 11, p. e91101119532, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19532. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19532>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2025.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia.** In: _____. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Tradução de Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 243-263.

GALDINO, Flávio. **Introdução à teoria dos custos dos direitos:** os direitos não nascem em árvores. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; DE SOUZA, André Evangelista. **Judicialização do direito à saúde:** prós e contras. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). **Direito à Vida e à Saúde: Impactos Orçamentário e Judicial.** São Paulo: Atlas S.A., 2010.

GRAU, Eros Roberto. **O Direito Posto e o Direito Pressuposto.** 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

G1. **PACIENTES com diabetes sofrem com a falta de insulina na rede pública de saúde em Sorocaba.** G1, Sorocaba, 30 abr. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2024/04/30/pacientes-com-diabetes-sofrem-com-a-falta-de-insulina-na-rede-publica-de-saude-em-sorocaba.ghhtml>. Acesso em: 6 mar. 2025.

HELVESLEY, José. **Isonomia constitucional:** igualdade formal versus igualdade material. Revista da Esmafe, v. 7, p. 143-164, 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16015307.pdf>. Acesso em: 1º mai. 2025.

IBGE. Agência de Notícias. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita e o coeficiente de desequilíbrio regional de 2023.** Rio de Janeiro, 2024. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/40201-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-e-o-coeficiente-de-desequilíbrio-regional-de-2023>. Acesso em: 5 abr. 2025.

IBGE. Agência de Notícias. **IBGE divulga rendimento domiciliar per capita 2023 para Brasil e unidades da federação**. [Rio de Janeiro], 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/39262-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2023-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 5 abr. 2025.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas 2025**. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>. Acesso em: 30 abr. 2025. Tradução nossa.

JUNIOR, Sá; DE MIRANDA, Luis Salvador. **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), p. 15-16, 2004. Disponível em: <https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Def-Saude.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2025.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. Tradução de João Baptista Machado. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LAVOR, Francisco Paula Ferreira. **Mistanásia, uma breve análise sobre a dignidade humana no sistema único de saúde no Brasil**. Empório do Direito, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 5 abr. 2025.

LIEBL, Helena; DEMARCHI, Clóvis. **A efetividade da dignidade da pessoa humana através dos direitos sociais**. Revista da ESMESC, Florianópolis, v. 25, n. 31, p. 85-106, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v25i31.p85>. Acesso em: 1º mai. 2025.

LIMA, Fernando Rister de Sousa. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. 2. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2018.

MARCELINO, Daniela Botti; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional**. Psicologia: reflexão e crítica, v. 18, p. 72-77, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/ZdsTW5hTzFqFyytgZmb7kvL/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

MAUÉS, Antonio Moreira. **Problemas da Judicialização do Direito à Saúde no Brasil**. In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). *A Eficácia dos Direitos Sociais*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 257-273.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 40. ed. São Paulo: Malheiros, 2023.

MILLER, Tricia A.; DIMATTEO, M. Robin. **Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy**. Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets

and therapy, p. 421-426, 2013. Disponível em: <https://www.dovepress.com/article/download/14908>. Acesso em: 5 fev. 2025. Tradução nossa.

MORAGAS, Vicente Junqueira. **Diferença entre igualdade e equidade**. TJDFT, 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/sementes-da-equidade/diferenca-entre-igualdade-e-equidade>. Acesso em: 3 mai. 2025.

MOURA, Elisângela Santos. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. Âmbito Jurídico, XVI, v. 114, 2013.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. **Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios**. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192–199, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020070>. Acesso em: 19 abr. 2025.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 1º mai, 2025.

PENNAFORT, Viviane Peixoto dos Santos et al. **Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes**. Revista brasileira de enfermagem, v. 69, n. 5, p. 912-919, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3SGKDs9zYP3PjXnvT43QS7D/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

PEREIRA, Mariana Fernanda Vaz; FIGUEIREDO, Andréa Mendes. **A importância do diagnóstico da Diabetes Mellitus tipos 1 e 2 na infância**. 2017. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v36_n2_2017_art_15.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.

PIERRO, Bruno. **Demandas crescentes**. Revista Pesquisa FAPESP, São Paulo, n. 252, p. 18–25, fev. 2016.

PIRES, Antonio Carlos; CHACRA, Antonio Roberto. **A evolução da insulinoterapia no diabetes melito tipo 1**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 52, p. 268-278, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/gghq5fbCYKYg4XWRPs4HWJw/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

PITITTO, B. et al. **Metas no tratamento do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-3. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

REINO UNIDO. **Equality Act 2010, c. 15, section 20**. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/section/20>. Acesso em: 21 abr. 2025.

RIBEIRO, Renato Jorge Brown; DE CASTRO, Róbison Gonçalves. **O Direito à Saúde e o orçamento público: a busca de um equilíbrio estável**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). Direito à Vida e à Saúde: Impactos Orçamentário e Judicial. São Paulo: Atlas S.A., 2010.

RIBEIRO, Vanessa Meira Cintra et al. **Análise da demanda de judicialização de medicações e insumos para saúde no Estado da Paraíba**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2017. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/handle/tede/4001>. Acesso em: 19 abr. 2025.

ROCHA, Carmen Lúcia Antunes. **Direito de todos e para todos**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2004. p. 13.

RODACKI, Melanie et al. **Diagnóstico de diabetes mellitus**. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S. l.]: SBD, 2024. p. [1-41]. DOI: 10.29327/5412848.2024-1. ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/?pdf=17554>. Acesso em 15 fev. 2025.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social**. In: DHNET – Direitos Humanos na Internet. Disponível em: https://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_rousseau_contrato_social.pdf. Acesso em: 1º maio 2025.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.110, de 10 de julho de 2017**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de análogos de insulina aos portadores de diabetes inseridos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 10 jul. 2017. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17110_2017_lei.html. Acesso em: 4 mai. 2025.

SANTANA, José Lima. **O princípio constitucional da eficiência e o Sistema Único de Saúde**. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; DOS SANTOS, José Sebastião (orgs.). Direito à Vida e à Saúde: Impactos Orçamentário e Judicial. São Paulo: Atlas S.A., 2010. p. 43-59.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos et al. **Judicialização da saúde: acesso ao tratamento de usuários com diabetes mellitus**. Texto & Contexto - Enfermagem. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vzFkLKRD63Gz5yzzhcm9Hn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2025.

SANTOMAURO, Ana Teresa et al. **Diagnóstico e tratamento da Cetoacidose Diabética**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-6. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/#citacao>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SÃO FRANCISCO DE GOIÁS (Município). **Acesso aos medicamentos essenciais: lista REMUME**. São Francisco de Goiás, [20--?]. Disponível em: <https://saofranciscodegoias.go.gov.br/acesso-aos-medicamentos-essenciais-lista-remume/>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A dignidade da pessoa humana**. Revista de Direito Administrativo, v. 212, p. 84-94, 1998. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/13488/13488_3.PDF. Acesso em: 03 mar. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição**

Federal de 1988. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 17, n. 67, p. 125-172, jul./set. 2008.

SCAFF, Fernando Facury. **A efetivação dos direitos sociais no Brasil.** In: SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A eficácia dos direitos sociais.** São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 21-42.

SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel (orgs.). **A eficácia dos direitos sociais.** São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2010. p. 289-303.

SCAFF, Luma Cavaleiro de Macêdo. **A efetividade do direito à saúde no Brasil.** In: SCLAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Physis. Revista de saúde coletiva, v. 17, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt>. Acesso em: 02 mar. 2025.

SILVA, Delmo Mattos; RAMOS, Edith Maria Barbosa. **O princípio do resgate e a questão do seguro hipotético em Dworkin no âmbito do direito à saúde:** possibilidades e limites do livre mercado e a aplicação da justiça. Meritum: Revista de Direito da Universidade FUMEC, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, 2018. Disponível em:

SILVA, José Afonso. **A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia.** Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, v. 212, p. 89-94, abr./jun. 1998. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rda/article/download/47169/45637>. Acesso em 1º mai. 2025.

SILVA JÚNIOR, W. S. et al. **Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1 (DM1).** Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-5. ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SILVA, Luciano Ferreira da. **Orçamento Público e Direitos Fundamentais: A Efetividade dos Direitos Sociais a Partir da Alocação de Recursos.** 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2018.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; DE SOUZA, Bruna Caroline Lima. **Eutanásia social, direito à saúde e os direitos da personalidade:** um olhar sobre a pobreza extrema. Meritum, Revista de Direito da Universidade FUMEC, v. 15, n. 2, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/7873>. Acesso em: 2 mai. 2025.

SOARES, Nathália Simadon et al. **Conhecimento dos familiares de crianças com diabetes mellitus 1 atendidas em um centro de referência.** Research, Society and Development, v. 7, n. 7, p. e677294-e677294, 2018. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/294/253>. Acesso em: 5 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Aspectos psicológicos e adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus.** [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/aspectos-psicologicos-e-adesao-ao-tratamento-de-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [S.l.]: SBD, 2024. p. [1-41]. DOI: 10.29327/5412848.2024-1. ISBN: 978-65-272-0704-7.

Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/?pdf=17554>. Acesso em 15 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)**. [Salvador]: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS**. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/dispensacao-de-medicamentos-e-insumos-para-o-tratamento-do-diabetes-mellitus-no-sus/>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Página oficial. [S.l.], [20--]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/#diabetes>. Acesso em: 11 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tratamento do diabetes mellitus tipo 1 no SUS**. [S.l.], 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-do-diabetes-mellitus-tipo-1-no-sus/#ref1>. Acesso em: 7 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE EDUCADORES EM DIABETES - SÃO PAULO (SBEM-SP). **O papel essencial das mães-pâncreas**. São Paulo, [s.d.], Brasil. Disponível em: <https://www.sbemsp.org.br/o-papel-essencial-das-maes-pancreas/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

SOUZA, Leonardo Calil Vicente Franco de et al. **Diabetic ketoacidosis as the initial presentation of type 1 diabetes in children and adolescents: epidemiological study in southern Brazil** [Cetoacidose diabética como apresentação inicial do diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes: estudo epidemiológico no sul do Brasil]. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 38, p. e2018204, 2019. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018204. Acesso em: 15 fev. 2025. Tradução nossa.

TUA SAÚDE. **Aparelho para medir a glicose: como escolher e usar corretamente**. [S.l.], 2020. Disponível em: <https://www.tuasauade.com/aparelho-para-medir-a-glicose/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

VARELLA, Drauzio. **Reflexões sobre a saúde (artigo)**. [S.l.], 2015. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/reflexoes-sobre-a-saude-artigo/>. Acesso em: 4 abr. 2025.

VENTURA, Miriam et al. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n1/77-100/pt>. Acesso em: 18 abr. 2025.

VEJA. **SAÚDE não compra insulina e provoca falta do remédio no SUS**. Veja, São Paulo, 20 mai. 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/saude-nao-compra-insulina-e-provoca-falta-do-remedio-no-sus/>. Acesso em: 6 mar. 2025.

YÉPEZ, M. A. T.; PINHEIRO, V. S. **Adolescência, saúde e contexto social:** esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 133-147, jul./dez. 2002.

WALSH, M. G. et al. **The socioeconomic correlates of global complication prevalence in type 1 diabetes (T1D):** a multinational comparison. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Amsterdam, v. 70, n. 2, p. 143-150, nov. 2005.