

XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP

DIREITO E SAÚDE II

EDITH MARIA BARBOSA RAMOS

JANAÍNA MACHADO STURZA

LITON LANES PILAU SOBRINHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydée Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Ednilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde II[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Edith Maria Barbosa Ramos, Janaína Machado Sturza, Liton Lanes Pilau Sobrinho – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-331-2

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Os Caminhos Da Internacionalização E O Futuro Do Direito

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXXII Congresso Nacional do CONPEDI São Paulo - SP (4: 2025: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP

DIREITO E SAÚDE II

Apresentação

A realização do XXXII Congresso Nacional do CONPEDI aconteceu entre os dias 26, 27 e 28 de novembro de 2025, na cidade de São Paulo, tendo como instituição anfitriã a Universidade Presbiteriana Mackenzie.

O tema desta edição foi “Os caminhos da internacionalização e o futuro do Direito”, o qual, segundo o CONPEDI, reflete os desafios e as oportunidades de um mundo em profunda transformação. A temática é um convite à reflexão em um momento histórico marcado pela intensificação das interconexões globais — econômicas, políticas, culturais e tecnológicas, que desafiam as fronteiras tradicionais dos Estados e colocam o Direito diante de novas exigências e dilemas.

Em 27 do corrente mês, realizou-se o Grupo de Trabalho (GT) Direito e Saúde, ocasião em que foram apresentados estudos que exploraram diversas perspectivas e possibilidades de interação com a saúde enquanto direito social, fundamental e humano. Os trabalhos apresentados abarcaram temas como análises conceituais e relatos de experiências nos contextos brasileiro e internacional, com ênfase na efetivação da saúde e suas demandas, tendo como fundamento a Constituição Federal.

Dentre os temas abordados, destacam-se: a judicialização da saúde, notadamente no que concerne a medicamentos, internações hospitalares e tratamentos de alto custo; a saúde digital e suas interfaces com as tecnologias; questões de gênero relacionadas ao direito à saúde; medicamentos e experimentos em saúde; autonomia da vontade e perspectivas da saúde sob a ótica da bioética, entre outros.

Os trabalhos apresentados se revelaram enriquecedores, propiciando reflexões abrangentes e constituindo contribuições significativas para a pesquisa jurídica e social nas esferas acadêmicas brasileira e internacional, com destaque para o direito à saúde.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho – Universidade do Vale do Itajaí

Edith Maria Barbosa Ramos - Universidade Federal do Maranhão

**DIABETES TIPO 1 E O ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL:
DESAFIOS PARA OBTENÇÃO DE UM TRATAMENTO EFICAZ E EFICIENTE
SOB UMA PERSPECTIVA JURÍDICA.**

**TYPE 1 DIABETES AND ACCESS TO HEALTHCARE AS A FUNDAMENTAL
RIGHT: CHALLENGES TO OBTAINING EFFECTIVE AND EFFICIENT
TREATMENT FROM A LEGAL PERSPECTIVE.**

**Jeancezar Ditz De Souza Ribeiro
Ana Clara Pinheiro Pinhal e Azeredo Rodrigues**

Resumo

A presente pesquisa aborda os desafios relacionados ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 1, especialmente sob a perspectiva do acesso à saúde como um direito fundamental no Brasil. O DM1, uma condição autoimune que afeta milhares de pessoas no país, impõe aos pacientes a dependência de insulina e tecnologias para a sobrevivência e qualidade de vida. No entanto, o acesso a esses tratamentos frequentemente esbarra em barreiras financeiras, administrativas e legais, expondo lacunas no sistema de saúde pública e suplementar. A análise considera o contexto constitucional e as legislações infraconstitucionais que regem o direito à saúde, bem como a efetividade das políticas públicas voltadas para o manejo da diabetes. Destaca-se a tensão entre os princípios de universalidade, equidade e eficiência que sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS), a problemática em torno da judicialização e os limites práticos impostos por restrições orçamentárias e pela falta de integração entre saúde preventiva e curativa. Esse cenário exige um olhar jurídico e humanizado para garantir que o direito à saúde não seja apenas teórico, mas efetivamente concretizado na vida dos portadores da condição.

Palavras-chave: Diabetes tipo 1, Acesso à saúde, Fornecimento de medicamentos, Direito fundamental, Sistema único de saúde

Abstract/Resumen/Résumé

This research addresses the challenges related to the treatment of Type 1 Diabetes Mellitus, especially from the perspective of access to healthcare as a fundamental right in Brazil. DM1, an autoimmune condition that affects thousands of people in the country, requires patients to depend on insulin and technologies for survival and quality of life. However, the access to these treatments often faces financial, administrative and legal barriers, exposing gaps in the public and supplementary healthcare system. The analysis considers the constitutional context and infra-constitutional legislation that govern the right to healthcare, as well as the effectiveness of public policies aimed at managing diabetes. The tension stands out between the principles of universality, equity and efficiency that support the Unified Health System (SUS), the issues surrounding judicialization and the practical limits imposed by budgetary restrictions and the lack of integration between preventive and curative health. This scenario

requires a legal and humanized perspective to ensure that the right to health is not just theoretical, but actually implemented in the lives of those with the condition.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Type 1 diabetes,, Access to healthcare, Supply of medicines, Fundamental right, Brazilian unified health system

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM1) é uma condição autoimune crônica que exige tratamento contínuo, sendo caracterizada pela destruição das células beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. Essa doença afeta principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens, e seu manejo envolve não apenas o uso regular de insulina, mas também o monitoramento constante da glicemia e a adoção de um estilo de vida saudável.

Além disso, a judicialização do acesso à saúde emerge como uma das principais problemáticas enfrentadas por pacientes que dependem de insumos de alto custo. Embora o recurso à Justiça seja um instrumento legítimo para assegurar direitos, ele também reflete a ineficiência do planejamento estatal e sobrecarrega tanto os sistemas de saúde quanto o Judiciário. Essa situação torna-se ainda mais grave quando se considera que a desigualdade no acesso a medicamentos e tecnologias afeta de maneira desproporcional populações mais vulneráveis, aumentando a disparidade regional e socioeconômica.

Portanto, este estudo busca analisar os desafios e limitações do tratamento do DM1 no Brasil, com foco na universalidade, equidade e eficiência dos sistemas de saúde. Ao investigar essas questões, o trabalho pretende contribuir para o debate sobre a efetivação do direito à saúde como um pilar fundamental de cidadania e dignidade humana, destacando a urgência de avanços na gestão pública e no planejamento de políticas específicas para pessoas com a condição.

O objetivo geral deste trabalho é elencar esses desafios e analisar seus impactos, considerando o contexto jurídico, administrativo e financeiro do SUS e da saúde suplementar. Para isso, o estudo se propõe a alcançar objetivos específicos: analisar o acesso à saúde como um direito fundamental, classificar o que seria eficiência e eficácia no contexto do direito à saúde, debater a relação entre gestão e orçamento no fornecimento de tratamentos e, por fim, propor melhorias que possam contribuir para alcançar maior eficiência e equidade no sistema de saúde. Esses pontos fornecem a base para uma análise ampla e fundamentada sobre a questão.

A metodologia adotada nesta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com uma abordagem interdisciplinar, que permite uma análise abrangente dos desafios no tratamento do Diabetes *Mellitus* Tipo 1 no Brasil. A pesquisa se baseou principalmente em uma revisão bibliográfica, que envolveu a análise de livros, artigos acadêmicos, dissertações, e legislações pertinentes ao tema.

O levantamento bibliográfico foi focado nas fundamentações jurídicas e princípios constitucionais, em especial na Constituição de 1988 e em leis que regem o SUS, como a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) e a Lei nº 12.401/2011 (*Ibidem*, 2011). A revisão incluiu o estudo de autores que discutem os direitos humanos à saúde, como Bettcher (2011) e Santos (2015), que abordam a universalidade e a equidade como princípios norteadores do sistema público de saúde. Além disso, a análise considerou a literatura sobre a judicialização da saúde, identificando como as decisões judiciais têm impactado o acesso a tratamentos de diabetes, como o fornecimento de insumos essenciais, muitas vezes ausentes nos protocolos oficiais.

O segundo eixo metodológico consistiu na classificação e análise dos conceitos de eficiência e eficácia aplicados ao direito à saúde. A definição desses conceitos foi aprofundada através da consulta a textos de administração pública e gestão em saúde, como os de Dallari (2008) e Souza (2014). O terceiro eixo da pesquisa envolveu o debate sobre gestão e orçamento, aspectos cruciais para o fornecimento de um tratamento eficaz e eficiente no SUS. A análise focou no impacto do subfinanciamento e na gestão de recursos públicos, especialmente na alocação de verbas para tratamentos de doenças crônicas como o DM1. Fontes como o estudo de Bastos, *et al.* (2017) e Paim (2008) foram essenciais para discutir como o orçamento do SUS afeta a incorporação de novas tecnologias e medicamentos no tratamento de DM1. Além disso, foram analisadas as estratégias de financiamento e as possíveis alternativas de gestão, como a priorização de cuidados primários e a integração de novas tecnologias no sistema público.

Por fim, a pesquisa propôs melhorias para alcançar maior eficiência no tratamento de DM1 no Brasil. Para isso, foram investigadas políticas públicas internacionais de sucesso, como as adotadas em países como Alemanha e Canadá, onde a integração de novas tecnologias e a ênfase na prevenção ajudaram a reduzir custos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A análise de exemplos internacionais, juntamente com as sugestões de melhorias nas políticas públicas, formou a base para propor estratégias de integração entre atenção primária e especializada, fortalecimento da educação em saúde e inclusão de tecnologias de monitoramento contínuo de glicose como parte do tratamento padrão no SUS.

2. DIABETES TIPO 1

O Diabetes *Mellitus* Tipo 1 é uma doença autoimune que se caracteriza pela destruição progressiva das células beta, localizadas no pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, o hormônio que regula os níveis de glicose no sangue. No DM1, o sistema imunológico ataca

equivocadamente essas células, comprometendo a produção de insulina de forma irreversível. Como resultado, o organismo do paciente não consegue metabolizar a glicose de maneira adequada, o que resulta em uma elevação crônica dos níveis de açúcar no sangue (Brutsaert, 2023).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2020):

Estima-se que no Brasil há aproximadamente 564.249 pessoas com DM1, sendo 109.827 com idades inferiores a 20 anos e 454.070 com mais de 20 anos de idade, deixando o Brasil em terceira colocação entre os países com mais pessoas com diagnóstico de DM1. Dados publicados pelo Grupo Brasileiro de Estudos sobre DM1 mostraram controle glicêmico adequado, baseado na meta de HbA1c, em menos de 13% das pessoas com DM1, atendidas em serviços de atendimento secundário ou terciário (Gomes, 2012, p. 63).

O VIGITEL (2023) aponta que 10,2% da população brasileira tem diabetes, o que representa um aumento em relação a 2021, quando 9,1% dos brasileiros sofriam com a doença. Cidades brasileiras com maior índice de incidência, segundo o órgão são, respectivamente: São Paulo, Distrito Federal, Porto Alegre e Rio de Janeiro (*Ibidem*).

,

2.1 Do Tratamento

Uma vez que ocorre a destruição das células beta, o pâncreas para completamente de produzir insulina. O resultado dessa autodestruição é a hiperglicemia persistente, isto é, altos níveis de glicose na corrente sanguínea. A partir de então, o uso contínuo de insulina é essencial para o tratamento (Machado, 2022).

A insulinoterapia tem como objetivo suprir a deficiência do pâncreas, uma vez que qualquer ser humano necessita de insulina para sobreviver. Para isto, ao longo do dia e antes de cada refeição, é feito manualmente a correção das taxas glicêmicas. No entanto, para um melhor controle do diabetes, são fundamentais as tarefas de autocuidado, como monitoramento da glicemia, prática regular de atividades físicas e uma alimentação saudável (Júnior, Gabbay, Lamounier, 2022).

No mercado brasileiro, atualmente, existem diferentes alternativas de tratamentos para manejo da condição, sendo os principais: canetas ou seringas de insulina, bombas de insulina¹, glicosímetros² e sensores de monitoramento contínuo de glicose³. Entretanto, o acesso através

¹ Dispositivo médico que fica conectado ao corpo através de um cateter, liberando insulina 24h por dia. Chamamos de pâncreas artificial, pois visa simular o funcionamento natural do pâncreas.

² Aparelho vendido na farmácia que calcula os níveis de glicose através de uma amostra de gota de sangue em sua tira reageante.

³ Dispositivo médico que fica conectado na parte posterior do braço por 15 dias, e captura as alterações glicêmicas através de um filamento introduzido no líquido intersticial.

do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Saúde não costuma ser tão simples e fácil (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

De acordo com os dados do trabalho de Minicucci (2008), quando analisamos individualmente os pacientes, percebemos que em alguns casos os medicamentos fornecidos pelo SUS não são suficientes para o controle das taxas glicêmicas. Nesses casos, a necessidade geralmente envolve tecnologias em diabetes, por serem mais precisas. (*Ibidem*).

O monitoramento contínuo da glicose (CGM), promovido através dos sensores de glicose, permite medir os níveis de glicemia no líquido intersticial de forma contínua, proporcionando dados em tempo real sobre as variações glicêmicas. (SBD, 2023).

Outro avanço importante nas tecnologias é a bomba de insulina, um aparelho que fica conectado 24h ao corpo através de um cateter e que assume o papel de um pâncreas artificial. Ele injeta de 5 em 5 minutos micro doses de insulina e consegue fazer sozinho o papel do órgão que não funciona, garantindo assim um controle mais preciso das taxas glicêmicas (SBD, 2020).

Cabe salientar que o valor dessas tecnologias é muito alto. Uma bomba de insulina pode chegar a custar 30 mil reais iniciais e gastos de, aproximadamente, 4 mil reais mensais para ser mantida, enquanto os sensores custam R\$330,00 (trezentos e trinta e três reais), com duração de 15 dias (CNN Brasil, 2022). Portanto, a grande maioria dos pacientes que necessitam essencialmente destes medicamentos não possui condições financeiras de arcar com os mesmos e acaba colocando a saúde em risco por derradeiro (*Ibidem*).

Em seu primeiro posicionamento oficial de 2023, a Sociedade Brasileira de Diabetes falou acerca da disponibilização do CGM em políticas públicas. Além disso, também trouxe a informação de que a utilização dos sensores mostrou benefícios significativos no controle glicêmico sendo certo que são capazes de impedirem futuras complicações para o portador da condição (SBD, 2023).

2.2 Das Complicações

Dados da IDF (2021) demonstram que há uma estimativa que cerca de 6,7 bilhões de pessoas no mundo com idades entre 20 e 79 anos morreram por conta de complicações provenientes do descontrole glicêmico apenas em 2021. O impacto da doença é grande também no Brasil: em 2022, 78,8 mil pessoas morreram devido às complicações do diabetes, com uma média de uma morte a cada sete minutos (Brasil, 2024).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023) trouxe um documento oficial abordando as principais complicações. A cetoacidose, por exemplo é uma condição grave

causada pela falta de insulina que leva ao acúmulo de cetonas no sangue e pode causar a morte rapidamente. Por outro lado, as complicações crônicas se desenvolvem ao longo do tempo devido ao controle inadequado dos níveis de glicose. Entre elas, estão a nefropatia diabética, que pode progredir para insuficiência renal; a retinopatia diabética, que representa a principal causa de cegueira em adultos; e a neuropatia diabética, que danifica os nervos e pode levar ao surgimento de úlceras nos pés, aumentar o risco de amputações e afetar o sistema nervoso autônomo, resultando em disfunções, como a disfunção sexual (*Ibidem*).

Segundo o estudo-caso de Gamba, *et al*:

Metade das amputações de pés realizadas pelo Sistema de Saúde ocorre em pessoas com diabetes. Estudos mostram que em cerca de 85% dos casos, a ulceração dos pés precede a amputação. Entre os fatores de risco para estas amputações em diabéticos estão a longa duração da doença, hiperglicemia prolongada, falta de acesso ao tratamento, dislipidemia⁴, tabagismo, consumo de álcool, presença de neuropatia, doença vascular periférica e lesões ulcerativas anteriores. (Gamba, *et al*, p. 280)

Além de comprometer a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida das pessoas, o DM1 envolve altos custos no seu tratamento e na prevenção e/ou tratamento de suas complicações crônicas e agudas (Santos, 2009). Ainda, segundo Almeida (2019):

O DM faz parte do escopo de doenças que mais afeta a rotina das pessoas, tanto do ponto de vista físico e psicológico, quanto do ponto de vista de sua produtividade laboral. Trata-se de uma doença incapacitante com custo de tratamento elevado, em especial considerando toda mudança de hábitos de saúde preconizados, podendo propiciar alta taxa de mortalidade em países de média e baixa renda. (Almeida, 2019, p. 15)

De acordo com o periódico científico *The Lancet*, a expectativa de vida para uma criança de 10 anos diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 1 em 2021 apresentou uma grande disparidade entre os países. Em países de baixa renda, a expectativa de vida restante foi estimada em cerca de 13 anos, enquanto em países de alta renda alcançou uma média de 65 anos. Essa diferença reflete as desigualdades globais no acesso a cuidados de saúde e tratamentos adequados para o manejo da doença (*The Lancet*, 2022).

Além disso, conforme o Índice DT1, desenvolvido em colaboração por instituições internacionais como a *International Diabetes Federation e a Juvenile Diabetes Research Foundation*, estima-se que pessoas com DM1 percambem, em média, 33 anos de vida saudável. Esses dados ressaltam os impactos significativos da doença na saúde a longo prazo e a necessidade de estratégias eficazes para seu manejo (T1D Index, 2024).

⁴ A dislipidemia é um distúrbio que se caracteriza por níveis elevados de lipídios (gorduras) no sangue, em especial de colesterol e triglicérides

É importante, por fim, salientar que é possível evitar todas as complicações da DM1. Para isso é necessário o somatório de algumas medidas. Entre elas o autocuidado, o controle glicêmico e o acesso à saúde.

3. ACESSO À SAÚDE

De acordo com Aristóteles (*Apud*, Silva, 2024), a justiça é o alicerce da política para alcançar o equilíbrio social. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a definição de fatores determinantes e condicionantes de saúde -como educação, trabalho, habitação, saneamento, alimentação e acesso a serviços básicos - foram passos importantes. No entanto, essas iniciativas ainda não garantem plenamente os direitos das pessoas. Para avançar nessa direção, é imprescindível fortalecer as legislações existentes e promover mudanças culturais e estruturais na sociedade, buscando minimizar gradativamente os desafios enfrentados por essa comunidade (*Ibidem*).

A saúde foi reconhecida como um direito fundamental na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no artigo XXV (ONU, 1948), que estabelece que todo ser humano tem direito a um padrão de vida adequado para garantir sua saúde e bem-estar, bem como o de sua família. Essa proteção reflete a visão de que a saúde é um componente central para uma vida digna. Dessa forma, o direito à saúde não pode ser dissociado do direito à vida, uma vez que ambos estão intrinsecamente ligados (Ciarlini, 2013).

Quando se trata de uma doença complexa como o Diabetes *Mellitus* Tipo 1, cujo controle depende essencialmente do uso contínuo de insulina e outros medicamentos, é indispensável garantir a eficácia e eficiência no fornecimento desses tratamentos. Assim, o desafio do fornecimento adequado não se limita à entrega de insumos, mas envolve também uma cadeia logística eficiente, além de políticas públicas e legislações que assegurem o acesso contínuo e equitativo (Brutsaert, 2023).

3.1 Das Legislações

A saúde e a dignidade humana são conceitos profundamente conectados, sendo, conforme supracitado, o dever constitucional do Estado garantir a proteção da vida e o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para todos os cidadãos. A saúde está presente como direito fundamental na Constituição Federal Brasileira de 1988, expresso no artigo 6, como um direito social. A CF prescreve em diversos artigos a necessidade de promover saúde, demonstrando o cuidado que o legislador teve em garantir estes direitos. (Brasil, 1988).

A Lei N° 8.080/90 (Brasil, 1990), estabelece as diretrizes e normas para a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa legislação define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, promovendo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Esta lei define princípios além de abordar a descentralização da gestão e a participação da comunidade (*Ibidem*).

Outra legislação com grande impacto no que tange a área do Direito à Saúde é a Lei N° 12.401/11 (*Ibidem*, 2011), que trouxe inovações cruciais para o SUS, estabelecendo regras mais claras sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no Brasil. A lei regulamentou o acesso a medicamentos, exames, e procedimentos não incluídos nas listas do SUS, determinando que qualquer nova tecnologia deve passar por um processo de avaliação e aprovação baseado em critérios científicos. Isso incluiu a criação da CONITEC ('Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), que é responsável por assessorar o governo na incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos, além de estabelecer protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o SUS. A CONITEC busca garantir que as tecnologias em saúde sejam avaliadas com base em evidências científicas de eficácia, segurança e custo-efetividade antes de serem incluídas no Sistema (CONASS, 2023).

Com foco específico na Diabetes, merece destaque a Lei N° 11.347/06 (Brasil, 2006), que representou um grande marco na luta pelo acesso dos pacientes, instituindo o Programa de Apoio à Saúde da Pessoa com Diabetes no Brasil, com o objetivo de promover a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A norma estabelece diretrizes para a criação de políticas públicas que garantam o acesso à saúde e à educação visando melhorar a qualidade de vida e reduzir as complicações decorrentes da doença. A legislação também enfatiza a importância da capacitação de profissionais de saúde e a conscientização da população sobre a diabetes (Santos, 2011).

Entretanto, diante da complexidade dos desafios no fornecimento eficaz do tratamento de diabetes, apesar das tentativas de concretização do direito por parte do Legislador, vêm sido apresentados diversos Projetos de Lei para tentar efetivar essa eficácia.

O Projeto de Lei nº 2687/2022 (*Ibidem*, 2022), apresentado pelos Deputados Federais Flávia Moraes e Dr. Zacharias Calil, atualmente em tramitação no Congresso Nacional, propõe reconhecer o Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) como uma deficiência para todos os fins legais. Além disso, o projeto prevê que a avaliação para esse reconhecimento seja realizada com base no modelo biopsicossocial (Silva, 2024), conforme estipulado no artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência, de acordo com a Lei nº 13.146/2015 (Brasil, 2015).

Por outro lado, o Projeto de Lei n.º 4619/2023 (*Ibidem*, 2023), apresentado pela Deputada Rosana Valle propõe alterações na Lei nº 11.347/2006 (*Ibidem*, 2006). Essa lei já dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários para o monitoramento da glicemia em pacientes com diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos (*Ibidem*, 2023). O PL busca ampliar esses direitos, reforçando a importância de fornecer os materiais e insumos necessários pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que pacientes com diabetes tenham acesso adequado aos cuidados médicos.

Pode-se, portanto, perceber o impacto imensurável que o constituinte vem tentando conquistar, no aspecto do acesso ao portador de diabetes tipo 1, tanto no mundo jurídico, quanto na sociedade que anseia fortemente por mudanças e direitos, de acordo com o Projeto de Lei n.º 3251/2024 (*Ibidem*, 2024).

3.2 Das Políticas Públicas

As políticas públicas de saúde são fundamentais para garantir o acesso universal e justo aos cuidados médicos, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988. A implementação dessas políticas visa melhorar os indicadores de saúde, prevenir doenças, e promover o bem-estar da população, ao mesmo tempo em que reduz as desigualdades regionais e sociais no acesso à saúde (Brasil, 2010).

Ao longo dos anos, o Brasil desenvolveu um conjunto robusto de estratégias e programas, como a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família, que ampliaram o acesso a cuidados preventivos e primários em diversas áreas do país, como pode ser observado na Portaria nº 2.436/17.

No contexto do DM1, as políticas públicas são ainda mais cruciais, uma vez que o tratamento preventivo da diabetes não está inserido no rol da ANS, lista de procedimentos médicos, exames, tratamentos, terapias e medicamentos que os planos de saúde são obrigados a cobrir no Brasil (Brasil, 2023).

O Poder Legislativo é extremamente importante para promover a segurança jurídica. O Legislativo atua para corrigir eventuais lacunas ou interpretações equivocadas das leis, ajustando-as conforme as demandas da sociedade e evitando incertezas quanto aos direitos e deveres dos cidadãos (Theodoro Júnior, 2019).

Um exemplo claro dessa atuação é a Lei nº 14.454/2022 (Brasil, 2022), que trouxe uma mudança significativa na interpretação do rol de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Originalmente, o entendimento consolidado pelo STJ era de que o rol de procedimentos estabelecido pela ANS tinha caráter taxativo, ou seja, apenas os tratamentos

listados deveriam ser obrigatoriamente cobertos pelos planos de saúde. A nova legislação, contudo, modificou essa abordagem, determinando que o rol da ANS é exemplificativo, em evidente reação Legislativa. Isso significa que os planos de saúde devem cobrir procedimentos e tratamentos fora do rol, desde que comprovados como essenciais ou eficazes, com base em critérios técnicos e médicos. (*Ibidem*)

4. DOS DESAFIOS

Há desafios significativos em definir quais efeitos as normas constitucionais sobre o direito à saúde produzem e em estabelecer o que realmente está incluído nesse direito, além dos seus limites. Em seu estudo Sarlet (2024) ressalta exatamente o problema de pesquisa levantado ao dizer que apesar da jurisprudência existente, ainda é debatido se o direito à saúde inclui, de forma subjetiva, a obrigação do Estado em fornecer determinados serviços de saúde a indivíduos ou grupos. Outra questão é até onde vai essa obrigação e ainda, será que está vindo sendo eficaz? Por fim, discute-se se o papel do Estado deve ser o de assegurar um patamar mínimo que promova igualdade de oportunidades ou se ele deveria almejar um padrão de atendimento mais elevado (Sarlet, 2024).

De acordo com Ciarlin (2013, p. 33), com base na análise de Holmes e Sunstein (1999), os direitos constitucionais não podem ser tratados sem considerar que sua efetivação gera custos. Esses autores questionam a tradicional distinção entre direitos positivos e negativos, propondo uma reflexão sobre o custo envolvido na concretização de qualquer direito. A ideia é destacar que a implementação e a proteção dos direitos constitucionais dependem de uma alocação cuidadosa e estratégica dos recursos públicos.

Nesse sentido, a efetivação dos direitos subjetivos constitucionais, como o direito à saúde e ao acesso a medicamentos, depende diretamente de uma organização política eficaz e de uma gestão cuidadosa dos recursos disponíveis. Para que os direitos fundamentais sejam garantidos, é necessário implementar medidas práticas e efetivas que tornem sua concretização viável. Assim, atender a esses direitos exige estratégias que alinhem recursos com as necessidades da sociedade (Ciarlini, 2013, p. 33).

4.1 Eficácia e Eficiência

Para abordar os desafios de um fornecimento eficiente e eficaz, é necessário preliminarmente trazer esses conceitos e discussões jurídicas que tangem ao tema. O princípio da eficiência foi enaltecido e erigido a categoria de princípio setorial da Administração Pública com o advento da Emenda nº 19, de 04 de junho de 1998 (Brasil, 1998), e está claramente

expresso no artigo 37, caput. Entretanto, sua classificação e distinção do que seria eficácia é objeto de diversas discussões jurídicas dentro do Direito Administrativo (Peiter, 2024). Ainda, segundo Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2024):

O princípio apresenta-se sob dois aspectos, podendo tanto ser considerado em relação à forma de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atuações e atribuições, para lograr os melhores resultados, como também em relação ao modo racional de se organizar, estruturar, disciplinar a administração pública, e também com o intuito de alcance de resultados na prestação do serviço público (...). A eficiência é um princípio que se soma aos demais princípios impostos à administração, não podendo sobrepor-se a nenhum deles, especialmente ao da legalidade, sob pena de sérios riscos à segurança jurídica e ao próprio Estado de direito. (Di Pietro, 2024, p. 94)

O doutrinador Hely Lopes Meirelles (1995), por sua vez, define eficiência com um dos conceitos mais adotados:

O que se impõe a todo agente público de realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para o serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros. (Meirelles, 1995, p. 90)

Já Chiavenato (1994) distingue os termos da seguinte forma:

Eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. (...) A eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível (...). À medida que o administrador se preocupa em fazer corretamente as coisas, ele está se voltando para a eficiência (melhor utilização dos recursos disponíveis). Porém, quando ele utiliza estes instrumentos fornecidos por aqueles que executam para avaliar o alcance dos resultados, isto é, para verificar se as coisas bem feitas são as que realmente deveriam ser feitas, então ele está se voltando para a eficácia (alcance dos objetivos através dos recursos disponíveis). (Chiavenato, 1994, p. 70)

4.2 Discussões Sobre o SUS

Dentre os princípios abordados pela Lei Nº 8.080/90 (Brasil, 1990), destacam-se a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a igualdade no atendimento, sendo este, grande ponte de debate. A universalidade, na teoria, assegura que todos tenham direito a cuidados de saúde em todos os níveis de assistência, abrangendo ações preventivas e curativas, tanto individuais quanto coletivas, de forma articulada e contínua. Já a igualdade de assistência à saúde implica em garantir que todos os cidadãos recebam atendimento de saúde sem qualquer forma de discriminação ou privilégio, promovendo um sistema justo e acessível para todos (Costa, 2019).

Apesar de sua importância, a universalidade enfrenta desafios práticos significativos. Problemas como a concentração de serviços em áreas urbanas, a escassez de recursos financeiros e o aumento da judicialização da saúde dificultam a efetividade desse princípio. Populações de regiões rurais ou menos favorecidas frequentemente encontram barreiras no acesso a serviços adequados, contrariando os ideais propostos (*Ibidem*).

Uma das dificuldades que possuímos no Brasil é a falta de bancos de dados que consigam prever o orçamento que advém do tratamento. Entretanto, os Estados Unidos é um país com um rico banco de dados que nos permite exemplificar e observar algumas estatísticas. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, nos USA, as doenças crônicas contribuem em 1/3 para a perda de anos potenciais de vida, especialmente entre pessoas com menos de 65 anos. Além disso, o impacto financeiro é expressivo: os custos totais relacionados ao diabetes alcançam 174 bilhões de dólares por ano (Mendes, 2011).

Nos Estados Unidos, todos os dias, 4.100 pessoas são diagnosticadas com diabetes e, em consequência da condição, são feitas 230 amputações, 120 pessoas apresentam falência renal e 55 pessoas ficam cegas; situação semelhante pode ser observada na Europa (*Ibidem*).

Cabe ainda salientar que no Brasil, possuímos uma cultura de tratamento curativo em detrimento ao tratamento preventivo. A medicina preventiva e a curativa apresentam abordagens distintas, mas complementares, no cuidado com a saúde. Enquanto a medicina curativa foca no tratamento de doenças já instaladas, buscando aliviar sintomas e restaurar a saúde, a preventiva atua antes que as doenças ou complicações que decorrem destas, surjam, com o objetivo de reduzir fatores de risco e promover bem-estar (Antonucci, 2023).

A importância da medicina preventiva está na sua capacidade de reduzir os custos e impactos das doenças, especialmente as crônicas, como a diabetes tipo 1. Como destaca Antonucci, estratégias preventivas permitem intervenções precoces e mais econômicas, diminuindo a sobrecarga nos sistemas de saúde e melhorando os indicadores de saúde populacional. Além disso, a prevenção ajuda a evitar complicações graves e garante que as pessoas possam viver mais e com maior qualidade de vida, tornando-se uma ferramenta indispensável para a promoção da saúde pública e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro (*Ibidem*).

Segundo Costa (2019), estudos indicam que, o Poder Judiciário, diante da urgência das demandas individuais, nem sempre consegue aplicar adequadamente o princípio da reserva do possível, que preconiza a busca por um equilíbrio entre as necessidades individuais e a realidade dos recursos disponíveis. Isso pode resultar em decisões que não consideram totalmente a

razoabilidade e a proporcionalidade, aspectos fundamentais no julgamento de questões relacionadas à saúde.

4.3 Da Problemática da Judicialização

Segundo Lima (2020), a população brasileira recorre ao Judiciário com frequência dentro do direito à saúde, tornando essa prática uma parte da cultura nacional. Por conta de todos os motivos supracitados nos capítulos anteriores, o número de processos judiciais com solicitação de fornecimento gratuito de medicamentos que não estão incorporados no Rol da ANS (Brasil, 2021), tem abarrotado o Sistema Judiciário (Andrade, *et al*, 2018). Milhares de pessoas, por ano, buscam a justiça para lutar por esses medicamentos, enfrentando uma luta complexa entre a necessidade do cidadão e a capacidade do Estado.

A crescente judicialização da saúde apresenta desafios relevantes à viabilidade financeira do SUS. As demandas judiciais, ao serem atendidas sem planejamento orçamentário prévio, podem ocasionar impactos financeiros significativos. Essa situação não somente sobrecarrega o Judiciário como frequentemente obriga o governo a redirecionar recursos, inicialmente destinados à ampliação e qualificação dos serviços de saúde, para cumprir decisões judiciais. Como consequência, a eficiência e a equidade no atendimento à população podem ser comprometidas, prejudicando a capacidade do sistema de responder às necessidades coletivas de forma sustentável (Paim, *et al*, 2011).

4.4 Gestão X Orçamento

Dworkin (2013) aponta a importância de considerar não apenas os direitos, mas também a limitação de recursos disponíveis para garantí-los. Ele sugere que, ao tratar os direitos como "trunfos", devemos reconhecer que eles podem entrar em conflito com outros direitos ou com interesses públicos. Isso implica que o juiz precisa ponderar essas questões, e nos leva à conclusão de que os direitos sociais, devido às restrições financeiras do Estado, não são absolutos. Mesmo que estejam previstos na Constituição, não seria possível atendê-los todos ao mesmo tempo. (Dworkin, *apud*, Ciarlini, 2013, p.33). Nesse contexto, Ciarlini pontua:

Considere que os direitos têm custos e que esses custos específicos uma limitação ao seu atendimento, em virtude da potencialização dos critérios seletivos em face do aumento de sua demanda, tendo-se em conta a disponibilidade financeira do Estado. Assim, as considerações de HOLMES e SUNSTEIN pretendem, em verdade, chamar a atenção dos juristas justamente para esse viés da efetivação da possibilidade de atendimento aos direitos constitucionais, inclusive mediante a ponderação acerca de seu alcance para a sociedade como um todo, ou, pelo menos, para a maioria de seus integrantes. (Ciarlini, 2013, p.33)

Na Alemanha, a gestão de condições de saúde tornou-se uma iniciativa oficial do Ministério da Saúde como estratégia para aprimorar a qualidade e aumentar a relação custo-benefício no cuidado de doenças crônicas. Em 2002, uma lei federal determinou que as Caixas de saúde do país adotassem programas de gestão para condições como diabetes. A implementação desse modelo trouxe resultados significativos, reduzindo a incidência de infartos do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, amputações, cegueira e nefropatias. Além de melhorar os desfechos de saúde, essa medida demonstrou ser custo-efetiva (Busse, *apud*, Mendes 2011).

Vinicor (2009) sugere quatro pontos fundamentais para redução dos custos e um melhor cuidado do DM, sendo eles: prevenção primária, rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária), garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado (Vinicor, *apud*, Guidoni, *et al.*, 2009).

Embora a garantia do acesso à justiça seja um direito fundamental do cidadão, a judicialização tem se mostrado uma questão complexa. Por um lado, ela assegura a proteção do direito individual ao amplo acesso ao judiciário brasileiro. No entanto, por outro lado, esse fenômeno pode prejudicar as finanças públicas, uma vez que os recursos econômicos são limitados e as demandas individuais são quase ilimitadas. Assim, a judicialização, embora promova a tutela dos direitos, pode ter impactos negativos no orçamento público, gerando desafios para a gestão de recursos (Asensi; Pinheiro, 2015).

5. CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que, apesar dos avanços legais e estruturais, o Brasil enfrenta desafios significativos para proporcionar um tratamento eficaz e eficiente para o Diabetes Mellitus Tipo 1. A falta de inclusão de tecnologias modernas, como os sistemas de monitoramento contínuo de glicose e bombas de insulina, no rol de tratamentos do SUS e ANS, reflete um modelo de saúde ainda mais voltado para a cura do que para a prevenção. Isso compromete não apenas a qualidade de vida dos pacientes, que acabam desenvolvendo complicações evitáveis e incuráveis, mas também a sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

Ao longo do estudo, foram elencadas barreiras que abrangem aspectos estruturais, econômicos e administrativos do sistema de saúde. Dentre os principais desafios destacam-se a ausência de tecnologias modernas e a falta de integração entre ações preventivas e curativas no Sistema Único de Saúde, que sobrecarrega as esferas de média e alta complexidade. Aliado a

isso, a gestão inadequada dos recursos financeiros e a ausência de profissionais capacitados nas Unidades Básicas de Saúde dificultam a implementação de estratégias efetivas para o manejo da doença.

A pesquisa também evidencia que, embora os princípios constitucionais garantam o direito à saúde, a concretização desse direito depende de melhorias significativas na gestão pública, na educação em saúde e na inclusão de novas tecnologias, alinhando o sistema brasileiro às melhores práticas internacionais. Além disso, a problemática da judicialização, evidencia como a busca por tratamentos para o Diabetes Mellitus Tipo 1 frequentemente acaba nos tribunais. Embora a judicialização seja uma ferramenta legítima para garantir o direito à saúde, ela também revela falhas estruturais no planejamento e na gestão de recursos, além de gerar impactos financeiros significativos que podem comprometer a sustentabilidade do sistema. Esse fenômeno reflete a dificuldade do Estado em atender às demandas de forma universal e equitativa, além de expor a necessidade de medidas administrativas mais eficazes para evitar que o acesso à saúde dependa da intervenção judicial.

É imprescindível, portanto, fortalecer a gestão orçamentária e integrar a saúde preventiva aos cuidados já ofertados, promovendo políticas que ampliem o acesso e reduzam as desigualdades. Somente através da implementação de estratégias inovadoras e inclusivas será possível concretizar o direito à saúde como um pilar de cidadania e dignidade humana, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa e que de fato tenha acesso a um tratamento eficaz e eficiente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, Jéssica Chagas de. *Perfil epidemiológico de pessoas vivendo com diabetes mellitus: diagnóstico da Área de Planejamento 3.1 do Município do Rio de Janeiro em 2016*. Trabalho de Conclusão de Curso, Monografia. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

ANDRADE, et al. Processos judiciais para aquisição de bomba de insulina em Ribeirão Preto.
In: *Revista Bioét.* 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/47jbg4YMTf8J9ns5yb36mFC/?lang=pt#>>, acesso em abril de 2024.

ANTONUCCI, Gilmara Ausech. Saúde preventiva no Brasil. In: *Ciência na Sociedade: Revista Científica do Instituto Nikola Tesla*, v. 1. 2023. Disponível em: <<https://cien.institutonikola.com.br/index.php/1/artigo/v/4>>, acesso em novembro de 2024.

BRASIL. Brasil já tem cerca de 20 milhões de pessoas com diabetes. *Ministério da Saúde*. Disponível em: <<https://diabetes.org.br/brasil-ja-tem-cerca-de-20-milhoes-de-pessoas-com-diabetes/>>, acesso em agosto de 2024.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Distrito Federal: 1988.

_____. Emenda nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 106, p. 1, 05 de junho de 1998.

_____. Lei nº 12.401/2011, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 81, p. 1, 29 de abril de 2011.

_____. Lei nº 14.454/2022, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, ano 159, n. 181, p. 9, 22 de setembro de 2022.

_____. Lei nº 8.080/1990, 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 União*: Seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055, 19 de setembro de 1990.

_____. Projeto de Lei nº 2687/2022, de 27 de outubro de 2022. Classifica o diabetes mellitus tipo 1 como deficiência para todos os efeitos legais. *Câmara de Deputados*. 27 de outubro de 2022.

_____. Projeto de Lei nº 4619/2023, de 21 de setembro de 2023. Altera a Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e

materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, para incluir a bomba de infusão de insulina nas suas disposições. *Câmara de Deputados*. 21 de setembro de 2023.

BRUTSAERT, Erika. Diabetis Mellitus (DM). In : *Manual MSD*. 2023. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-hormonais-e-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-dm-e-dist%C3%BArbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/diabetes-mellitus-dm>>, acesso em julho de 2024.

BLUESTONE. Genetics, pathogenesis and clinical interventions in type 1 diabetes. In: *Nature*. 2010.

CALLIARI, Luiz Eduardo. Metas no tratamento do diabetes. In: *SBD*. 2021. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/>>, acesso em novembro de 2024.

CIARLINI, A.L.. *Direito à saúde – paradigmas procedimentais e substanciais da Constituição, 1ª edição*. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013.

DWORKIN, Ronald. *Levando os direitos a sério*. Trad. Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. *Diabetes Atlas*. 10^a ed. Bruxelas: 2021. Disponível em: <<https://www.diabetesatlas.org>>, acesso em junho de 2024.

FIOCRUZ. *Direito à saúde*. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude#:~:text=Embora%20o%20acesso%20a%20servi%C3%A7os,b%C3%A1sico%2C%20atividades%20culturais%20e%20seguran%C3%A7a.>> , acesso em setembro de 2024.

GAMBA, Mônica Antar; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; BERGAMASCHI, Denise Pimentel; VIANNA, Lucila A. C. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*. v. 36, n. 3. São Paulo: 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. *Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, M. B., et al. Prevalence of adults with type 1 diabetes who meet the goals of care in daily clinical practice: a nationwide multicenter study in Brazil. In: *Diabetes Research and Clinical Practice*. v. 97, n. 1. 2012: p. 63-70.

GREGORY, et al. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. In: *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022.

GUIDONI, Camilo Molino; XAUBET OLIVERA, Carolina Maria; FREITAS, Osvaldo de; PEREIRA, Leonardo Regis Leira. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. In: *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. v. 45, n. 1, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bjpsc/>>, acesso em novembro de 2024.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. *The Cost of Rigths: Why Liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Company, 1999.

JUNIOR, W., GABBAY, M., LAMOUNIER, R. Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2022. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/insulinoterapia-no-diabetes-mellitus-tipo-1-dm1/>>. acesso em setembro de 2022.

LEVITSKY. Epidemiology, presentation, and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents. In: *UpToDate*. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-presentation-and-diagnosis-of-type1-diabetes-mellitus-in-children-andadolescents?search=diabetes%20tipo%201&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H7>, acesso em outubro de 2024.

LIMA, Fernando Rister de S. Decisões do STF em direito à saúde. In: *Coleção teses em doutorado*. São Paulo: Almedina, 2020.

LOPES, et al. Interdisciplinary education group in type 1 diabetes. In: *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2015. Disponível em: <<https://dmsjournal.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s13098-020-00571-x.pdf>>, acesso em outubro de 2024.

MARINHO, Alexandre; Ocké-Reis, Carlos Octávio. *SUS: o debate em torno da eficiência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 1995.

NILSON, EAF; ANDRADE, RCS; BRITO, DA; OLIVEIRA, ML. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. In: *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 44, e32. 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>>. Acesso em: 20 nov. 2024.

ONU. *Declaração Universal dos Direitos*. 1948. Disponível em: < Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/documentos/direitos-humanos>>, acesso em setembro de 2024.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. In: *The Lancet*. v. 377, n. 9779. 2011.

PEITER, Edson. *Eficiência, eficácia e efetividade na prestação jurisdicional e gestão da qualidade na administração pública*. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2024. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/11895500-Eficiencia-eficacia-e-efetividade-na-prestacao-jurisdicional-e-gestao-da-qualidade-na-administracao-publica.html>>(<https://docplayer.com.br/11895500-Eficiencia-eficacia-e-efetividade-na-prestacao-jurisdicional-e-gestao-da-qualidade-na-administracao-publica.html>)>, acesso em novembro de 2024.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella D. *Direito Administrativo - 37ª Edição 2024* . 37ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v. 18, n. 4. Rio de Janeiro: p. 767-783, 2008. Disponivel em <<https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?format=pdf&lang=pt>>, acesso em junho de 2024.

SANTOS, Helen C. B. *Direitos dos usuários com Diabetes Mellitus: do conhecimento à utilização dos benefícios de saúde*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: USP, 2019.

SANTOS, Helen C. B.; *et al.* Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: 2011.

Ibidem. Posicionamento da sociedade brasileira de diabetes sobre a disponibilização do sistema flash de monitoramento contínuo de glicose (SFMG) em políticas públicas de saúde. 2023. Disponível em: <https://profissional.diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Posicionamento_SBD_01_2023.pdf>, acesso em outubro de 2023.

SARLET, Ingo; MARINONI, Luiz G.; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional.* 13^a ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2024.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. In: *Sociologias*. n. 16. Porto Alegre: 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>>, acesso em outubro de 2024.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. *Curso de Direito Processual Civil.* 57. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.