

FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL E O TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS: QUESTÕES FEDERATIVAS E A REFORMA TRIBUTÁRIA (EC 132/2023)

Jesselina Francisco dos Santos Haber¹

Marisa Rossignoli²

Jefferson Aparecido Dias³

RESUMO:

O Direito à Saúde foi consolidado na Constituição Federal de 1988 pelo artigo 196, desde então a sociedade passou por mudanças, seja no desenvolvimento tecnológico, seja no número de usuários do SUS, impactando no custeio e trazendo desafios. O artigo aborda aspectos referentes à política para tratamento do Diabetes Mellitus e seu financiamento, objetivando compreender como o sistema tributário, o federalismo brasileiro e a reforma tributária promovida por meio da Emenda Constitucional 132/2023 e a regulamentação do Imposto sobre Bens e Serviços (IBS), a Contribuição Social sobre Bens e Serviços (CBS) e o Imposto Seletivo (IS) contribuem para a saúde e impactam no tratamento de questões da saúde e na qualidade de vida dos usuários. O método é o dedutivo e a pesquisa foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica. Observou-se que há alguns avanços perceptíveis, contudo, é necessária uma discussão mais aprofundada sobre o financiamento da saúde e a implementação da Reforma. Apesar das mudanças já apresentadas nas diferentes esferas da federação em relação ao tratamento do Diabetes Mellitus, ainda há questões a serem abordadas.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus tipo 1; Emenda Constitucional 132/2023; Políticas Públicas para Saúde; Reforma Tributária; SUS.

¹ Doutoranda em Direito pelo PPGD- UNIMAR, Médica formada na Faculdade de Medicina de Marília FAMEMA, Residência Médica em Pediatria em Endocrinologia Pediátrica na USP- Instituto da Criança. Mestre pela Faculdade de Medicina de Marília-Famema, Cursando Doutorado pela Universidade de Marília (2024), Reconhecida como Especialista pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Coordenadora do CENID- Centro Interdisciplinar em Diabetes da Unimar. Docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Marília UNIMAR (desde 2000), Coordenadora da Especialidade de Pediatria na Faculdade de Medicina da UNIMAR.

² Professora PPGD UNIMAR; Pós-Doutoranda em Direito pela UENP-Jacarezinho; Doutora em Educação pela UNIMEP; Mestre em Economia pela PUC-SP e graduada em Economia pela UNESP; Conselheira (2026-2028) do Conselho Regional de Economia – SP.

³ Professor do PPGD UNIMAR, Doutor em Direitos Humanos e Desenvolvimento pela Universidade Pablo de Olavide, Sevilha (Espanha).

ABSTRACT:

The Right to Health was consolidated in the Federal Constitution of 1988 by article 196. Since then, society has undergone changes, whether in technological development or in the number of SUS users, impacting funding and bringing challenges. The article addresses aspects related to the policy for the treatment of Diabetes Mellitus and its financing, aiming to understand how the tax system, Brazilian federalism, and the tax reform promoted through Constitutional Amendment 132/2023 and the regulation of the Tax on Goods and Services (IBS), the Social Contribution on Goods and Services (CBS), and the Selective Tax (IS) contribute to health and impact the treatment of health issues and the quality of life of users. The method is deductive and the research was carried out through bibliographic research. It was observed that there are some noticeable advances; however, a more in-depth discussion on health financing and the implementation of the Reform is necessary. Despite the changes already presented in the different spheres of the federation in relation to the treatment of Diabetes Mellitus, there are still issues to be addressed

Keywords: Type 1 Diabetes Mellitus; Constitutional Amendment 132/2023; Public Health Policies; Tax Reform; SUS.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consolidou o direito à saúde como um direito fundamental, universal e de acesso igualitário, conforme previsto no artigo 196. Esse dispositivo estabeleceu que a saúde é dever do Estado e deve ser garantida por meio de políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal a serviços de promoção, proteção e recuperação. Nesse contexto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco na democratização do atendimento médico no Brasil, assegurando a todos os cidadãos o direito constitucional à saúde, um direito garantido a todos e sendo dever do Estado promovê-la por meio de políticas sociais que assegurem o acesso universal e igualitário.

No entanto, a concretização desse direito enfrenta desafios significativos, especialmente no que se refere ao financiamento adequado do sistema público. O

avanço da medicina e a incorporação de novas tecnologias resultaram em custos elevados, tornando cada vez mais difícil para o Estado arcar com as demandas crescentes da população.

Diante desse cenário, no qual, por um lado tem-se uma Constituição com Direitos igualitários, e por outro, uma Medicina que avança de forma rápida na tecnologia e em medicamentos cada vez mais específicos a cada patologia, chega a Reforma Tributária introduzida pela Emenda Constitucional nº 132/2023 que surge como uma oportunidade para repensar a estrutura de arrecadação e destinação de recursos no Brasil.

A reforma propõe uma reorganização do sistema tributário, com possíveis impactos diretos no financiamento das políticas públicas, incluindo a saúde. Avaliar as mudanças trazidas por essa reforma é fundamental para entender se haverá ganhos ou perdas no custeio do SUS e no acesso à saúde de qualidade.

Assim, a questão que se apresenta para discussão e investigação neste artigo é: A Reforma Tributária promovida pela Emenda Constitucional 132 de 2023 pode representar ganhos para este financiamento da Saúde e o SUS no que tange a problemática de saúde entre os portadores de DM1?

O artigo aborda questões do SUS, destacando desafios e perspectivas no contexto de um país em desenvolvimento e as dificuldades de financiamento devido às mudanças sociais. Apresentam-se dados referentes ao Diabetes Mellitus para, em seguida, discutir a reforma tributária com um olhar específico, verificando possíveis avanços e a necessidade de ajustes que garantam a sustentabilidade financeira do sistema e assegurem o direito à saúde como um dos pilares do Estado Democrático de Direito. O método é o dedutivo e utiliza-se de uma abordagem multidisciplinar.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS, ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL E O SUS: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

Se até os anos 30 do século XX o Brasil não contou com nenhuma política nacional de saúde pública, foi na Constituição Federal de 1988 que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), implementou uma política universal. Criado com uma alta

municipalização dos serviços, o SUS integrou-se ao Welfare State brasileiro, proporcionando maior autonomia financeira aos municípios (Draibe, 1992).

Ao tratar da criação do SUS Draibe (1992) observa que:

É fundamentalmente em relação à saúde que o princípio da universalização da cobertura e atendimento mais se diferencia em relação ao passado: garante-se o acesso igualitário a toda a população, o que deverá ser afirmado também pelas futuras proposições em termos organizacionais - a definição de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único em cada nível de governo (Draibe, 1992, p. 69).

Ao analisar a implantação do SUS a mesma autora em outra obra observa que a sua implantação na década de 90 exigiu um processo de construção institucional, criando administração e gerenciamento em um país com grandes dimensões e heterogêneo nos aspectos sociais e regionais esbarrando em dificuldades diversas (Draibe, 2003).

Embora a reforma tributária de 1988 tenha aumentado a autonomia dos municípios e sua participação no total das receitas tributárias, nos anos 90 e especialmente a partir de 2000, o governo federal buscou recuperar sua participação no total das receitas disponíveis. Dessa forma, foram implementadas contribuições, incluindo a DRU (Desvinculação das Receitas da União), visando o aumento da participação esperada desta. (Oliveira; Rossignoli, 2019)

O financiamento da saúde pública no Brasil enfrenta desafios históricos devido à falta de recursos e à dependência dos repasses federais. Estudos recentes indicam que, até 2011, o governo federal gastou menos do que deveria em ações e serviços públicos de saúde, resultando em uma maior participação dos governos subnacionais na composição desse gasto (Dain; Castro, 2016).

A pandemia de COVID-19 evidenciou a necessidade de ampliação dos recursos alocados ao SUS, com grande dependência da atuação do governo federal (Mendes Santos Servo et al., 2020).

É neste contexto que a reforma tributária chega buscando simplificar o sistema fiscal podendo afetar a alocação de recursos para a saúde, exigindo ajustes estruturais

para garantir a efetividade de tais direito. É crucial analisar como as mudanças propostas influenciarão o financiamento do SUS e quais medidas serão necessárias para assegurar a sustentabilidade financeira do sistema. A literatura aponta que a descentralização e as desigualdades regionais são fatores críticos que devem ser considerados na formulação de políticas públicas de saúde (Lima et al., 2005), portanto, compreender o impacto da EC 132/2023 no financiamento da saúde é essencial para enfrentar os desafios atuais e futuros do SUS.

A falta de recursos, aliada ao subfinanciamento histórico, compromete a capacidade do SUS de garantir a universalidade e a equidade previstas na Constituição. Uma das consequências indesejáveis desse processo de subfinanciamento do SUS, atrela-se a prioridade de uma medicina de auto custo judicializada, muitas vezes em detrimento a efetivação da prioridade da atenção primária a população. Tal fato gera a necessidade de revisão das fontes orçamentárias da saúde, vinculando à busca por recursos adicionais junto a novas fontes de financiamento com as ações e serviços públicos de saúde que serão aprimoradas, ampliadas e criadas (Funcia, 2019).

O subfinanciamento histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos principais desafios para garantir a efetivação do direito constitucional à saúde no Brasil. Desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem enfrentado limitações orçamentárias que comprometem a oferta de serviços com universalidade, integralidade e equidade, princípios fundamentais do sistema. Vários fatos impactam corroborando com tal situação, entre eles o crescimento da demanda por atendimento em geral impulsionado por fatores como, aumento da expectativa de vida, pandemia Covid 19, aumento da obesidade e de doenças crônicas como diabetes, estresse da vida moderna com maior impacto emocional e avanço das patologias psiquiátricas, além da incorporação de novas tecnologias médicas.

Tudo isto intensificou a necessidade de recursos financeiros adequados a saúde e aumento de investimentos especializados, com mais medicamentos, exames investigatórios e custos extremamente onerosos (Funcia, 2019; Mendes Santos Servo, 2020).

Com o avanço tecnológico na área da Saúde surge a necessidade de priorização do que será possível adquirir a nível de saúde pública. Insere-se nesse movimento a

criação de instâncias responsáveis pela Vigilância Sanitária e pela Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), escolhendo os dispositivos de acordo com a comprovação científica de seu adequado e diferenciado uso e propriedades que garanta a sua legitimidade enquanto análise objetiva e neutra, com relação aos potenciais conflitos de interesse existentes, e a maximização dos benefícios para os pacientes e os sistemas de saúde. (Novaes; Soárez, 2020A)

No momento da escolha de um novo produto tecnológico para a saúde, as evidências utilizadas para a ATS de um novo produto seja para a prevenção ou tratamento de uma doença, analisam vários dados como o perfil epidemiológico da população, a incidência e gravidade da doença, a superioridade do produto analisado em relação às tecnologias já disponíveis na atualidade no sistema público, avaliando para a tecnologia em questão, seu benefício clínico (sobretudo segurança e eficácia), inovação (novidade e natureza do tratamento) e potencial impacto socioeconômico (impacto na saúde pública e na perda de produtividade). Ademais, avalia-se seu potencial eficiência (custo, relação de custo-efetividade) e são feitas considerações éticas e de equidade para decidir ou não sobre a incorporação do produto no SUS(Angelis; Lange; Kanavos, 2018).

Entre as diversas questões enfrentadas pelo SUS e pelas políticas públicas, destaca-se o DM, que será abordado no tópico a seguir.

3 O DIABETE MELLITUS NO BRASIL

Entre as doenças crônicas que afetam os brasileiros tem-se o DM como um agravo com potencialidade de complicações e elevados custos a saúde pública atual e futura. Esta patologia representa um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo caracterizado por alterações no metabolismo da glicose, levando a hiperglicemia e suas complicações, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes.

No Brasil, o impacto do DM sobre a saúde pública é alarmante. Segundo o *IDF Diabetes Atlas*, estima-se que mais de 16 milhões de brasileiros convivam com a doença, colocando o país como o quinto no ranking global de prevalência. A crescente incidência do DM está relacionada ao envelhecimento populacional, aumento da obesidade e

mudanças nos hábitos alimentares, agravando os desafios enfrentados pelo SUS para gerenciar a doença. Além disso, o diagnóstico tardio e o manejo inadequado frequentemente resultam em internações e complicações graves (International Diabetes Federation, 2021)

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, a prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tem aumentado exponencialmente, especialmente devido ao envelhecimento populacional, sedentarismo e mudanças nos hábitos alimentares.(International Diabetes Federation, 2021)

Estima-se que o Brasil seja o quinto país com maior número de pessoas com diabetes, ultrapassando 16 milhões de casos em 2021 (Sociedade Brasileira De Diabetes, 2021). As complicações do DM acarretam elevados custos para os sistemas de saúde, destacando-se a retinopatia diabética, insuficiência renal crônica e doenças cardiovasculares.

Essas condições não apenas aumentam a morbidade e mortalidade, mas também impactam economicamente, devido ao tratamento prolongado e à redução da produtividade laboral dos pacientes. As complicações micro e macrovasculares afetam aproximadamente 30% dos indivíduos diagnosticados, exigindo estratégias de prevenção e manejo eficazes (International Diabetes Federation, 2021).

O manejo inadequado do diabetes tem amplificado os gastos com internações hospitalares, representando um ônus significativo para o SUS. A falta de acesso a medicamentos e a tecnologias avançadas, como bombas de insulina e monitores contínuos de glicemia, agrava ainda mais a situação, limitando o controle metabólico dos pacientes. Dados da Sociedade Brasileira de Diabetes indicam que o investimento em programas de educação em diabetes e políticas públicas pode reduzir complicações e custos associados ao tratamento (Sociedade Brasileira De Diabetes, 2021).

Diante de tal importância desta patologia, fez-se necessário a incorporação de medicamentos e insumos para o controle, sendo tal elenco de medicamentos e insumos ofertados pelo SUS para pessoas com DM definido na Portaria MS/GM nº 2.583, de 10 de outubro de 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b)e, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 27 de setembro de 2006.(BRASIL, 2006). Entretanto, a velocidade em que os avanços tecnológicos e medicamentosos ocorrem, nem sempre são acompanhados

pelas mudanças no acesso público, gerando judicialização e análises individuais, onde cada caso é visto de forma única.

A prevenção primária e secundária do DM requer abordagens integradas entre saúde pública e inovação tecnológica. Tecnologias como inteligência artificial e telemedicina têm se mostrado eficazes no rastreamento precoce, monitoramento remoto e adesão ao tratamento, especialmente em áreas de difícil acesso. O uso dessas ferramentas contribui significativamente para a diminuição de hospitalizações e melhora dos indicadores de saúde, podendo levar conhecimento e tecnologia a áreas anteriormente inacessíveis.

O DM impacta como um fardo econômico crescente aos sistemas nacionais de saúde em todo o mundo, o gasto global com saúde em diabetes totalizou pelo menos US\$ 376 bilhões em 2010 e espera-se que seja de US\$ 490 bilhões em 2030.

Isto equivaleria a cerca de 12% dos gastos com saúde(ZHANG ET AL., 2010) que já não é distribuído de forma equilibrada globalmente, sendo que o maior impacto em gastos está na região da América do Norte, Caribe e Europa, responsáveis por mais de 69% dos custos, ficando as regiões da África, Sudeste Asiático, do Oriente Médio e Norte da África com 10% dos custos. Assim a prevenção do diabetes e o seu gerenciamento eficaz e com equidade devem ser uma prioridade de saúde pública para reduzir o fardo financeiro que ocorrerá nos próximos 20 anos (Da Rocha Fernandes Et Al., 2016).

O DM é uma síndrome metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica decorrente de alterações na secreção ou ação da insulina. A classificação principal inclui o DM tipo 1, o DM tipo 2, o diabetes gestacional e outras formas menos comuns, como por exemplo os tipos MODY (Diabetes de Maturidade de Início Jovem). O mais prevalente é o tipo 2 entre os adultos e o tipo 1 na faixa etária pediátrica. O DM tipo 1 está associado à destruição autoimune das células beta pancreáticas, geralmente diagnosticado na infância ou adolescência, enquanto o DM tipo 2, responsável pela maioria dos casos, está ligado à resistência à insulina e fatores de risco como obesidade, sedentarismo e idade avançada (Rodacki et al., 2022).

As complicações do DM são divididas em microvasculares e macrovasculares. Entre as complicações microvasculares destacam-se a retinopatia diabética, principal

causa de cegueira em adultos, e a nefropatia diabética que frequentemente evolui para insuficiência renal crônica (Malerbi et al., 2022; SÁ et al., 2024).

Já as complicações macrovasculares incluem doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, que são responsáveis por altas taxas de mortalidade em indivíduos com diabetes. Pacientes com DM 2 têm aumento do risco de mortalidade em 1,5 vez a 3,6 vezes e duas a quatro vezes maior incidência de doença cardiovascular e de acidente vascular isquêmico, de forma que pacientes com diabetes tenham expectativa de vida reduzida em quatro anos a oito anos, em comparação com indivíduos sem a doença (Izar et al., 2022).

O Diabetes é ainda a causa mais comum de doença renal crônica (DRC), sendo o responsável por cerca de 50% dos novos casos de terapia de substituição renal, como a hemodiálise, na maioria dos países desenvolvidos. No Brasil as pessoas com diabetes ocupam 32% dos casos de DRC em diálise (Nerbass et al., 2024).

O impacto econômico do Diabete Mellitus é expressivo, não apenas pelos custos diretos relacionados ao tratamento e manejo das complicações, mas também pelos custos indiretos decorrentes de perda de produtividade e aposentadorias precoces. Estudos indicam que as complicações do DM afetam cerca de 30% dos indivíduos diagnosticados, gerando um ônus significativo para os sistemas de saúde e para a sociedade como um todo (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2021)

A incorporação de tecnologias inovadoras, como monitores contínuos de glicemia e bombas de insulina, tem se mostrado eficaz no controle metabólico e na redução das complicações. No entanto, a acessibilidade a essas tecnologias ainda é limitada no Brasil, resultando em desigualdades no manejo da doença. Políticas públicas voltadas para a educação em saúde, prevenção e acesso equitativo a tecnologias são essenciais para mitigar os impactos do DM (Novaes; Soárez, 2020).

Uma gama importante de benefícios tecnológicos tem sido utilizada no tratamento do DM. Entre eles o grande destaque evolutivo é a Monitorização Contínua de Glicose (CGM), um sensor instalado no subcutâneo do paciente que captura dados de glicemia intersticial e os envia a um aplicativo no *smartphone*, que por sua vez os encaminha à nuvem, de forma que tais dados podem ser acessados por familiares e

equipe de saúde a distância gerando gráficos que permitem perfeita análise da condição metabólica do portador do dispositivo (Hallberg et al., 2018).

Uma outra área que vem fazendo incursões significativas no desenvolvimento de terapias personalizadas, denominado como medicina de precisão, é a Inteligência Artificial (IA). Neste caso através de análise de dados genéticos e biomarcadores, os sistemas de IA podem identificar subgrupos de pacientes com características específicas que respondem melhor a determinados tratamentos.(Nayarisseri et al., 2021)

A telemedicina permite que pacientes sejam atendidos por médicos especialistas em locais remotos que não dispõem de tais profissionais em condições habituais. Plataforma de cálculo e estratificação do risco para desenvolvimento de complicações como retinopatia, podem ser utilizadas a análise de imagens da retina captadas por lentes acopladas a um smartphone. Tudo isto facilita a vida do profissional da saúde e permite diagnósticos mais precisos e com maior acurácia. Entretanto tudo isto tem um custo financeiro a ser calculado e que por hora pode não estar nas bases de saúde pública(Damaceno et al., 2023).

A evolução tecnológica e o tratamento medicamentoso embora importantes, não excluem a prevenção primária e secundária que desempenham um papel crucial no combate ao diabetes. A promoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática regular de atividades físicas e uma alimentação equilibrada, é uma estratégia eficiente para reduzir a incidência da doença. Isto também demanda recursos humanos e financeiros governamentais em saúde pública nas campanhas e programas instituídos objetivando conscientizar e orientar a população (Bahia; Almeida-Pititto; Bertoluci, 2024)

Diante de tantas opções terapêuticas, as Sociedades médicas de cada área criam os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença, qual o tratamento preconizado e com quais medicamentos e demais produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Tais PCDTs são baseados em evidências científicas e levam em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de

que trata o protocolo em questão (Enfermeira et al., 2024). O local em que se encontra a lista de medicamentos utilizados no âmbito do SUS e compreende a seleção e padronização é a tabela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), sendo a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) responsável pela sua atualização.

A RENAME compreende cinco componentes, sendo eles O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), Relação Nacional de Insumos (onde estão as tiras reagentes de glicemia, seringas para aplicação de insulina, lancetas) e Relação nacional de uso hospitalar.

O Componente Básico é o que gerencia os principais problemas de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo o seu financiamento, responsabilidade da União, Estados e municípios. Um exemplo prático disto é a insulina humana NPH e da insulina humana regular, que ficam a cargo do Ministério da Saúde, já os insumos complementares como seringas de insulina, tiras reagentes de glicemia capilar e lancetas, ficam na responsabilidade dos Estados, o DF e os municípios. A distribuição de tais insulinas e insumos se dá nas farmácias e drogarias da rede privada credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular” mediante apresentação de receita médica validada e documento pessoal com foto (Enfermeira et al., 2024).

Alguns medicamentos são referenciados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conhecido pela população como farmácia de Alto Custo, e lá estão os medicamentos usados ambulatorialmente, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade. Entra aqui algumas insulinas como os análogos de insulina de longa e rápida duração, e outros medicamentos para diabetes como por exemplos, inibidores de SGLT2. Seu acesso aos ocorre por documentação própria de cada medicamento, feito pelo médico prescritor, através de solicitação nas farmácias de alto custo do Estado, Departamento Regional de Saúde, ou pólo de recebimento municipal (Ministério da Saúde; Secretaria da Ciência, 2020).

Vale lembrar que Alguns Estados e Municípios têm protocolos regionais próprios para dispensação dos análogos de insulina de ação lenta, assim como do sistema de

infusão contínua de insulina subcutânea por meio de recurso próprio ou através da Comissão Bipartite (estado e município) (Enfermeira et al., 2024)

Todas as decisões são realizadas através de notas técnicas e portarias, sendo um exemplo a Portaria 2583 que define que as pessoas com diabetes em uso de insulina terão direito a receberem seringas de insulina com agulha acoplada, tiras de glicemia capilar e lancetas para automonitorização da glicemia (Ministério da Saúde, 2007).

4 O FINANCIAMENTO, O SISTEMA TRIBUTÁRIO E SUA REFORMA: UMA ANÁLISE

O atual financiamento da saúde pública no Brasil baseia-se no tripé federativo, composto por recursos da União, Estados e Municípios. Esses entes têm responsabilidades constitucionais, estabelecidas pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e regulamentadas pela Lei Complementar nº 141/2012, para garantir o funcionamento do SUS. A União é responsável por cerca de 45% dos recursos, os estados por 25% e os municípios por 30%, embora essas proporções variem de acordo com a capacidade fiscal e a realidade regional de cada entidade.(Funcia, 2019).

A União, como principal financiadora, destina recursos por meio do Orçamento Geral da União (OGU), cuja aplicação é definida por programas prioritários, como a atenção básica, assistência farmacêutica e ações de alta complexidade, como transplantes e tratamentos oncológicos. Entretanto, a vinculação de receitas prevista na Constituição, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), tem reduzido os valores efetivamente disponíveis para o SUS, dificultando o cumprimento dos princípios de universalidade e integralidade da assistência (Dain; Castro, 2016).

Os Estados complementam o financiamento com arrecadação própria e repasses da União, sendo responsáveis por cofinanciar programas de média e alta complexidade, além de investir em unidades regionais de saúde, como hospitais e centros de referência. Em alguns estados, os gastos em saúde ultrapassam o mínimo constitucional de 12% das receitas, devido à alta demanda e à insuficiência dos repasses federais (Lima et al., 2005).

Já os Municípios, que possuem responsabilidades ampliadas com a descentralização do SUS, alocam recursos para o financiamento da atenção básica, por

meio de unidades de saúde, programas de saúde da família e vacinação. Apesar da exigência constitucional de investir 15% das receitas em saúde, muitos municípios enfrentam dificuldades para atingir esse percentual devido à baixa arrecadação tributária e à dependência de transferências estaduais e federais (Funcia, 2019).

O financiamento da saúde pública no Brasil depende de múltiplas fontes de arrecadação, que são fundamentais para sustentar as atividades do SUS. Essas fontes são oriundas de impostos, contribuições sociais e vinculações constitucionais, refletindo um esforço conjunto entre União, estados e municípios para assegurar o direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Uma das principais fontes de financiamento são os impostos e contribuições sociais, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), destinada à seguridade social, e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), aplicada ao lucro das empresas. Além disso, os estados destinam parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para ações de saúde, enquanto os municípios recebem repasses obrigatórios por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), assegurando recursos mínimos para a gestão local do SUS (Funcia, 2019).

Outro mecanismo essencial é a vinculação constitucional, que estabelece pisos mínimos para o investimento em saúde pública. A União é obrigada a aplicar pelo menos 15% da receita corrente líquida em saúde, enquanto os estados devem destinar 12% e os municípios 15% de suas receitas para o setor. Essa regra, estabelecida pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, busca garantir a sustentabilidade financeira do SUS e minimizar desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde (Mendes Santos Servo et al., 2020).

Os recursos arrecadados são aplicados em diferentes frentes, abrangendo desde a atenção primária – que inclui programas de saúde da família, vacinação e prevenção de doenças – até a atenção secundária e terciária, com foco em tratamentos especializados, como hemodiálise e cirurgias complexas. Além disso, parte dos recursos é destinada a programas de imunização, ações de vigilância epidemiológica e a gestão de emergências, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Novaes; Soárez, 2020).

Apesar dos esforços para garantir recursos estáveis, o sistema enfrenta desafios significativos, como a dependência de impostos regressivos, que penalizam as classes mais baixas, e o subfinanciamento crônico, que compromete a expansão e qualidade dos serviços. A alocação de recursos também sofre com ineficiências e falta de transparência, agravando desigualdades regionais e dificultando a universalidade do SUS(Funcia, 2019).

Com a Emenda Constitucional nº 132/2023, que reformula o sistema tributário brasileiro, surge a oportunidade de revisar as fontes de arrecadação e ampliar os recursos disponíveis para a saúde. Novas estratégias, como a tributação de produtos nocivos à saúde, poderiam contribuir para a sustentabilidade financeira do SUS, desde que acompanhadas por medidas que garantam eficiência e equidade na gestão dos recursos (Dain; Castro, 2016). Portanto, assegurar fontes estáveis e equitativas de financiamento é um desafio contínuo para o sistema de saúde brasileiro.

Verifica-se que a Lei Complementar n. 214 de 16 de fevereiro de 2025 ao instituir o Imposto sobre Bens e Serviços (IBS), a Contribuição Social sobre Bens e Serviços (CBS) e o Imposto Seletivo (IS); criando um Comitê Gestor do IBS, caminhou no sentido de impor um imposto seletivo (incide sobre os produtos considerados como nocivos à saúde humana e ao meio ambiente) sobre: Produtos fumígenos, bebidas alcoólicas e Bebidas açucaradas (entre outros), o que representa um avanço no que se refere à saúde pública, entretanto os ultraprocessados ficaram de fora. Um aspecto positivo foi a isenção de tributação sobre alimentos in natura (BRASIL, 2025).

A articulação entre União, Estados e Municípios, aliada a uma reforma tributária inclusiva, é essencial para consolidar o SUS como pilar do Estado Democrático de Direito e garantir o direito à saúde para todos os cidadãos. A redistribuição de receitas tributárias poderá influenciar os recursos destinados à saúde, exigindo ajustes estruturais e maior eficiência na gestão para garantir a efetividade do direito à saúde (Mendes Santos Servo et al., 2020).

Além disso, a reforma ao trazer a possibilidade de criar fontes de financiamento, amplia a sustentabilidade financeira do sistema(Novaes; Soárez, 2020).

A estrutura de financiamento da saúde pública no Brasil demanda uma revisão que contemple a equidade na alocação de recursos, o fortalecimento do pacto federativo

e a priorização de ações preventivas e de promoção da saúde. A reforma tributária e o aumento da transparência e eficiência na gestão são essenciais para garantir a sustentabilidade do SUS e a universalidade do direito à saúde.

Avaliar como essas mudanças influenciarão o custeio do SUS é essencial para garantir que os recursos sejam alocados de forma eficiente, promovendo a universalidade e equidade no atendimento aos portadores de DM. A continuidade de investimentos em programas de prevenção e no acesso a tecnologias avançadas é imperativa para enfrentar os desafios impostos pelo diabetes e suas complicações. Dessa forma, o DM não é apenas um problema de saúde pública, mas um desafio multidimensional que demanda abordagens integradas entre inovação tecnológica, políticas públicas e educação em saúde.

O Brasil, como um dos países com maior número de casos de diabetes, deve priorizar estratégias sustentáveis para minimizar os impactos da doença e garantir o direito à saúde para todos os cidadãos.

A reforma traz essa reestruturação tributária com o objetivo de simplificar e redistribuir recursos fiscais, buscando equilibrar as desigualdades regionais e potencializando a arrecadação nacional. Contudo, os impactos diretos no SUS ainda dependem de como os recursos serão efetivamente alocados e gerenciados. Nesse cenário, é imperativo analisar como essa nova estrutura fiscal influenciará o enfrentamento de desafios emergentes, como o manejo DM, uma das doenças crônicas de maior impacto econômico e social.

A redistribuição dos recursos proposta pela reforma pode trazer avanços significativos, como a ampliação do acesso a serviços de saúde em regiões historicamente desassistidas com menos recurso humano, medicamentoso e tecnológico.

Uma recente mudança é em relação a distribuição e acesso a insulinas mais modernas pelo Estado a população. A Nota Técnica CAF nº 01, de 21 de Janeiro de 2025 em relação as orientações quanto a dispensação de Insulina análoga de ação rápida (1A) e Insulina análoga de ação prolongada (1B) para pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no Estado de São Paulo estabelece que as aquisições de ambas insulinas

análogas, estão relacionadas no rol de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Desta maneira, as aquisições do grupo 1A são realizadas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, sendo das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do Distrito Federal (DF) a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação. Em relação a aquisição do grupo 1B, todas as etapas supracitadas, são executadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Distrito Federal (DF), ficando a cargo do Ministério da Saúde o ressarcimento financeiro. Ou seja, as insulinas 1A (rápida) o Ministério da Saúde compra os medicamentos e os repassa aos estados, que ficam responsáveis pela entrega aos pacientes.

Já 1B (lenta) os estados fazem as compras, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos e, depois, recebem o ressarcimento do governo federal (São Paulo, 2025).

Essa ampliação no acesso às insulinas análogas reflete diretamente os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, conforme estabelecido no artigo 3º da Constituição Federal de 1988.

O dispositivo constitucional determina que o Estado deve trabalhar para construir uma sociedade livre, justa e solidária (inciso I), garantir o desenvolvimento nacional (inciso II), erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades sociais e regionais (inciso III) e promover o bem de todos sem discriminação (inciso IV). A estruturação da distribuição de insulinas dentro do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) materializa esses princípios ao garantir o fornecimento de medicamentos essenciais para o tratamento do DM1, condição que, sem o devido controle, pode gerar graves complicações à saúde. Além disso, a descentralização da aquisição, com compras centralizadas pelo Ministério da Saúde para insulinas rápidas (grupo 1A) e responsabilidade estadual para as insulinas de ação prolongada (grupo 1B), demonstra um avanço na política de saúde pública, promovendo maior equidade no acesso ao tratamento. Trata-se, portanto, de uma iniciativa que visa concretizar o direito à saúde previsto no artigo 196 da Constituição, fortalecendo o SUS como instrumento de inclusão e justiça social.

No contexto do DM, a redistribuição de recursos deve priorizar ações preventivas e o fortalecimento da atenção primária à saúde, pilares essenciais para reduzir a incidência da doença. Tecnologias inovadoras, como monitores contínuos de glicose, bombas de insulina e ferramentas de inteligência artificial, têm mostrado resultados promissores na redução de complicações e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Contudo, sua implementação no sistema público de saúde permanece limitada devido aos custos elevados. Com a reforma tributária, é fundamental que parte dos recursos adicionais seja destinada à incorporação dessas tecnologias, promovendo equidade e eficiência no manejo da doença.

Uma análise econômica deve ser realizada neste setor, avaliando o custo e benefício a longo prazo e vendo se o custo da implantação de tecnologias e medicamentos não podem diminuir ônus a saúde futura através da atual promoção de saúde e com isto menos impacto em aposentadorias precoces, recursos terciários de elevado custo (Pinheiro et al., 2019)

Além da inovação tecnológica, a reforma deve focar na promoção da educação em saúde e em políticas públicas voltadas para a prevenção. Campanhas que incentivem práticas saudáveis, como alimentação equilibrada e atividade física regular, podem diminuir significativamente a carga econômica e social do DM no Brasil. Mutirões que avaliem a visão e o fundo de olho podem gerar impacto com diminuição da cegueira por esta causa.

Neste sentido a redução de tributação sobre alimentos saudáveis in natura promovida pela Lei Complementar n. 214 de 2025 representa um importante avanço (Brasil, 2025).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2024)

A Reforma Tributária é uma mudança estrutural da economia do Brasil que pretende corrigir problemas do sistema tributário vigente e, entre os objetivos, promete ganhos de produtividade, crescimento econômico e redução de desigualdades sociais e regionais (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024.)

Importante também garantir o fortalecimento de equipes de saúde interdisciplinar com psicólogos, educadores físicos, nutricionistas podem mudar o estilo de vida e gerar excelentes resultados não medicamentosos a longo prazo. Essas ações, aliadas a um planejamento estratégico no uso dos recursos redistribuídos, podem fortalecer o SUS como um modelo de saúde universal e equitativa.

Ademais a parceria pública privada faz-se necessária e novas regras podem contribuir para tal enlace. Um retorno percentual do lucro líquido das grandes empresas produtos de medicamentos, na forma de produtos médicos, para os mais vulneráveis da sociedade, em instituições de pesquisa e ambiente universitário, pode se tornar interessante para ambas as partes (Silva Filho et al., 2019).

Para a indústria através de pesquisa e divulgação de seu produto e o estado conseguindo levar a uma maior parte da população, tecnologias e medicamentos de acesso ainda restrito e que podem comprovadamente melhorar a condição de saúde pública e diminuindo parte da judicialização.

Embora a Emenda Constitucional nº 132/2023, represente uma oportunidade de reestruturar o financiamento público e otimizar a gestão dos recursos destinados à saúde, suas implicações vão além do âmbito administrativo, afetando também o cenário da judicialização, especialmente no que se refere ao acesso a medicamentos e tecnologias de alto custo, como os insumos necessários para o manejo do DM.

Analisando dados do Conselho Nacional de Justiça verifica-se que no ano de 2023 ao analisar-se novos processo referentes à Saúde Pública o número foi de 351.680 novos processos, um crescimento de 57,26% quando comparados aos 223.630 novos processos na saúde pública em 2020 (CNJ, 2025; Sebastiani, Oliveira, 2024); verifica-se ainda um tempo médio para o primeiro julgamento de novos casos de 278 dias.

Neste contexto, a judicialização na saúde tem sido um instrumento amplamente utilizado para garantir o acesso a tratamentos indisponíveis no SUS. Entre os casos mais recorrentes estão os pedidos de fornecimento de medicamentos de última geração, como bombas de insulina, análogos de insulina e dispositivos de monitorização contínua de glicose. Esses itens, embora eficazes, possuem custos elevados, muitas vezes incompatíveis com os orçamentos disponíveis nos estados e municípios. A reforma

tributária, ao modificar a forma de arrecadação e redistribuição de recursos, pode influenciar diretamente a capacidade dos entes federativos de atender essas demandas.

CONCLUSÃO

Um dos aspectos positivos da EC 132/2023 é a possibilidade de gerar novas fontes de arrecadação, como a tributação de produtos que impactam negativamente a saúde, tais como bebidas açucaradas, alcoólicas e produtos fumígenos. No entanto, é importante notar que os alimentos ultraprocessados foram excluídos dessa tributação, o que representa uma limitação no contexto da saúde pública.

Esse modelo, além de estimular hábitos mais saudáveis, pode criar um fundo específico para o financiamento de tecnologias inovadoras. Dessa forma, o acesso a medicamentos e dispositivos avançados poderia ser ampliado, reduzindo a necessidade de judicialização.

Por outro lado, a centralização na arrecadação proposta pela reforma pode enfraquecer a autonomia financeira de estados e municípios, dificultando a implementação de programas regionais adaptados às realidades locais. Isso pode levar a um aumento da judicialização em regiões onde o SUS não consegue suprir as demandas da população, particularmente no acesso a insumos para o DM, como bombas de insulina e sensores de glicemia, que ainda são fornecidos de forma desigual no país.

A redistribuição de recursos deve ser acompanhada de políticas públicas que priorizem a equidade e a transparência. A incorporação de tecnologias ao SUS, por meio de análises criteriosas realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), deve ser acelerada para evitar que o acesso a medicamentos e dispositivos dependa exclusivamente de decisões judiciais, fato que dificulta e encarece o processo para busca de tais tratamentos.

Além disso, a criação de parcerias público-privadas pode ser uma solução para aumentar a oferta de tecnologias de alto custo no setor público. Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de fortalecer a prevenção e o manejo precoce do DM.

Investir em ações educativas, promoção da saúde e monitoramento contínuo pode reduzir significativamente a progressão da doença e as complicações associadas, diminuindo assim os custos com tratamentos de alta complexidade e, consequentemente, a judicialização.

Portanto, a reforma tributária tem o potencial de transformar o cenário da judicialização na saúde. Se bem implementada, pode reduzir as desigualdades no acesso a medicamentos e tecnologias, garantindo um SUS mais inclusivo e eficiente. No entanto, essa transformação exige uma governança sólida, com políticas que assegurem a alocação justa dos recursos e priorizem as necessidades mais urgentes da população.

A EC 132/2023 representa um marco para o sistema tributário brasileiro, com potencial para redefinir o financiamento da saúde pública. O equilíbrio entre avanços tecnológicos, prevenção e promoção da saúde dependerá de como os recursos redistribuídos serão geridos. No manejo do DM, um dos maiores desafios da saúde pública, a reforma pode viabilizar investimentos em tecnologias inovadoras e fortalecer a atenção primária.

Contudo, a eficácia dessa reforma exigirá governança transparente, alocação estratégica de recursos e um pacto federativo que garanta a equidade no acesso à saúde. Somente assim será possível consolidar e proteger o SUS como um pilar do Estado Democrático de Direito.

REFERÊNCIAS

ANGELIS, A.; LANGE, A.; KANAVOS, P. Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. **The European Journal of Health Economics**, v. 19, n. 1, p. 123–152, 16 jan. 2018.

BAHIA, L.; ALMEIDA-PITITTO, B. DE; BERTOLUCI, M. Tratamento do DM2 no SUS. Em: **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 16 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Presidência da República**. Brasil, 27 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11347.htm>. Acesso em: 18 dez. 2024

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Painel da Judicialização da Saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude>. Acesso em 8 março de 2025.

DA ROCHA FERNANDES, J. et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 117, p. 48–54, jul. 2016.

DAIN, S.; CASTRO, K. P. DE. Alternativas para o financiamento da saúde pela União: espaço fiscal e oportunidades para as próximas duas décadas. Em: **Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2016. p. 137–187.

DAMACENO, L. et al. Ferramentas Digitais em Diabetes. Em: **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2023.

DRAIBE, Sonia. Brasil: O Sistema de proteção social e suas transformações recentes. **Texto para discussão**. Seminário Nacional de Políticas Públicas. Santiago-Chile: CEPAL, 1992.

DRAIBE, Sonia. A Política Social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social – USP**. n. 15, v. 2, nov. 2003.p. 63-101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/GBKWMqJqgmbVQXMyYVGpQNh/>. Acesso em 11 de fev., 2025.

ENFERMEIRA, N. B. et al. Dispensação de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus no SUS. Em: **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2024.

FUNCIA, F. R. Underfunding and federal budget of SUS: Preliminary references for additional resource allocation. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, 1 dez. 2019.

HALLBERG, S. J. et al. Effectiveness and Safety of a Novel Care Model for the Management of Type 2 Diabetes at 1 Year: An Open-Label, Non-Randomized, Controlled Study. **Diabetes Therapy**, v. 9, n. 2, p. 583–612, 7 abr. 2018.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. Brussels.: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em: 18 dez. 2024b.

IZAR, M. C. DE O. et al. Manejo do risco cardiovascular: dislipidemia. Em: **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2022.

LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2005.

MALERBI, F. et al. Manejo da retinopatia diabética. Em: **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2022.

MENDES SANTOS SERVO, L. et al. **Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia**. , 26 nov. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html>. Acesso em: 19 dez. 2024a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007**. Ministério da Saúde Brasil, 10 out. 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. I. E I. E. EM SAÚDE. D. DE A. F. E I. ESTRATÉGICOS. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020**. Brasília: [s.n.].

NAYARISSERI, A. et al. Artificial Intelligence, Big Data and Machine Learning Approaches in Precision Medicine & Drug Discovery. **Current Drug Targets**, v. 22, n. 6, p. 631–655, abr. 2021.

NERBASS, F. B. et al. Censo Brasileiro de Diálise 2022. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 46, n. 2, jun. 2024.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. DE. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020a.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. DE. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020b.

OLIVEIRA, Emerson Ademir Borges; ROSSIGNOLI, Marisa. Federalismo Fiscal no Brasil: Da teoria federalista à crise econômica. **Revista Jurídica Unicuritiba**. v.1, n. 54, 2019. p. 395-424.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Gestores do SUS e Parlamentares debatem os efeitos da Reforma Tributária na saúde do Brasil**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-8-2024-gestores-do-sus-e-parlamentares-debatem-os-efeitos-da-reforma-tributaria-na>. Acesso em 13 fev. 2025.

PINHEIRO, P. et al. Farmacoeconomia: gastos com análogos de insulina adquiridos por meio de judicialização em um município do estado do Pará, Brasil, no ano de 2016. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 11, n. 1, p. 42–48, 20 abr. 2019.

RODACKI, M. et al. Classificação do diabetes. Em: **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2022.

SÁ, J. R. et al. Avaliação e tratamento da doença renal do diabetes. Em: **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [s.l.] Conectando Pessoas, 2024.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde Coordenadoria de Assistência Farmacêutica - Centro de Ações de Assistência Farmacêutica. **Nota Técnica CAF nº 01, de 21 de Janeiro de 2025**. Disponível em: https://adj.org.br/wp-content/uploads/2025/02/sei_gesp_-_0053383128_-_nota_tecnica.pdf. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

SEBASTIANI, R. T.; OLIVEIRA, R. N. de. O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil: análise pautada nos dados do CNJ existentes entre 2008 e 2023. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. e6707, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6707>. Acesso em: 8 mar. 2025.

SILVA FILHO, C. F. et al. RESPONSABILIDADE SOCIAL NAS EMPRESAS DO SETOR FARMACÊUTICO, BRASILEIRAS E ESTRANGEIRAS, NO BRASIL. **Journal on Innovation and Sustainability RISUS**, v. 10, n. 2, p. 56–71, 16 ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021-2022**. São Paulo.: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 18 dez. 2024.

ZHANG, P. et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 87, n. 3, p. 293–301, mar. 2010.