



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64

RECURSO Nº , DE 2026

Senhor Presidente,

Nos termos do art. 334, § 2º, do Regimento Interno do Senado Federal, aplicado subsidiariamente ao Regimento Comum do Congresso Nacional, recorremos da decisão da Presidência do Congresso Nacional, proferida em 1º de julho de 2026, que declarou prejudicado o Veto nº 4, de 2025, aposto ao Projeto de Lei nº 2.687, de 2022, que **"classifica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como deficiência, para todos os efeitos legais"**, para que a matéria seja submetida à apreciação do Congresso Nacional, reunido em sessão conjunta.

JUSTIFICAÇÃO

A decisão recorrida declarou prejudicado o Veto nº 4, de 2025, sob o fundamento de que a aprovação do Projeto de Lei nº 5.868, de 2025, posteriormente convertido na Lei nº 15.439, de 26 de junho de 2026, teria ocasionado o prejulgamento da matéria.

Com a devida vênia, a decisão merece reconsideração.

A declaração de prejudicialidade prevista no art. 334, II, do Regimento Interno do Senado Federal constitui medida excepcional,



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64

cujas aplicação pressupõe a demonstração inequívoca da perda superveniente do objeto ou da ocorrência de efetivo prejulgamento da matéria pelo órgão constitucionalmente competente.

No caso concreto, a decisão recorrida reconhece, implicitamente, a existência de identidade material substancial entre o Projeto de Lei nº 2.687, de 2022, objeto do Veto nº 4, de 2025, e a Lei nº 15.439, de 2026, circunstância que, longe de afastar a competência do Congresso Nacional, evidencia a permanência da relevância jurídica, social e constitucional da matéria.

Com efeito, conforme demonstrado no **"Estudo sobre a Constitucionalidade do PL nº 2.687/2022 e a inconsistência do Veto nº 4/2025"** (Anexo I), o Projeto de Lei nº 2.687, de 2022, revela-se plenamente compatível com a Constituição Federal, com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. O projeto não afastava a avaliação biopsicossocial prevista no art. 2º da Lei nº 13.146, de 2015, mas, ao contrário, determinava expressamente a aplicação dos §§ 1º e 2º daquele dispositivo legal, preservando integralmente o modelo biopsicossocial adotado pelo ordenamento jurídico brasileiro.¹

O referido estudo demonstra, ainda, que diversos países signatários da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência — entre eles Reino Unido, Canadá, Austrália, Estados Unidos, França, Finlândia, Chile e Colômbia — reconhecem juridicamente o diabetes mellitus tipo 1 como condição

¹ **Anexo I** – *Diabetes Tipo 1 como Deficiência: Demonstração da Constitucionalidade do PL nº 2.687/2022 e da Inconsistência do Veto nº 4/2025.*



SENADO FEDERAL

protegida para fins de inclusão e proteção antidiscriminatória, afastando a premissa adotada no veto presidencial de suposta incompatibilidade entre o reconhecimento jurídico do diabetes mellitus tipo 1 e a Convenção Internacional.²

Do mesmo modo, o estudo jurídico anexo demonstra que a técnica legislativa utilizada pelo Projeto de Lei nº 2.687, de 2022, é substancialmente equivalente àquela adotada pelo próprio ordenamento jurídico brasileiro em normas plenamente vigentes e constitucionalmente aceitas, notadamente a Lei nº 14.126, de 2021, que reconheceu a visão monocular como deficiência, e a Lei nº 14.768, de 2023, que estabeleceu critérios legais para o reconhecimento da deficiência auditiva.³

As evidências científicas produzidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes e pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia igualmente reforçam a relevância constitucional e social da matéria. Conforme demonstrado nas Notas Técnicas anexas, o diabetes mellitus tipo 1 constitui doença autoimune, permanente e incurável, associada a risco permanente de morte, limitações funcionais e graves barreiras sociais. Estudos epidemiológicos internacionais apontam que aproximadamente um em cada nove brasileiros com diabetes mellitus tipo 1 morre em razão da ausência de diagnóstico ou tratamento adequado, enquanto

² **Anexo I** – *Diabetes Tipo 1 como Deficiência: Demonstração da Constitucionalidade do PL nº 2.687/2022 e da Inconsistência do Veto nº 4/2025.*

³ **Anexo I** – *Diabetes Tipo 1 como Deficiência: Demonstração da Constitucionalidade do PL nº 2.687/2022 e da Inconsistência do Veto nº 4/2025.*



SENADO FEDERAL

crianças diagnosticadas aos dez anos de idade perdem, em média, 33,2 anos de vida saudável.^{4 5}

Ademais, dados científicos nacionais indicam que aproximadamente 31% dos adolescentes brasileiros com diabetes mellitus tipo 1 já apresentam complicações associadas à doença, circunstância que evidencia a existência de impedimentos permanentes e barreiras sociais aptas a justificar a proteção jurídica diferenciada pretendida pelo legislador.⁶

Importa destacar, ainda, que a aprovação do Projeto de Lei nº 5.868, de 2025, posteriormente convertido na Lei nº 15.439, de 2026, não constitui deliberação do Congresso Nacional acerca da manutenção ou rejeição do Veto nº 4, de 2025. Nos termos do art. 66, § 4º, da Constituição Federal, a apreciação dos vetos presidenciais constitui competência própria e exclusiva do Congresso Nacional reunido em sessão conjunta, não podendo ser substituída por interpretação ampliativa das hipóteses regimentais de prejudicialidade.

Nesse contexto, a declaração de prejudicialidade acaba por restringir o exercício de competência constitucional expressamente atribuída ao Congresso Nacional, sem que tenha havido efetiva deliberação parlamentar acerca da manutenção ou rejeição do veto presidencial.

Diante da relevância constitucional, social, científica e legislativa da matéria, bem como da inexistência de deliberação do

⁴ **Anexo II** – Sociedade Brasileira de Diabetes. *Nota Técnica – Projeto de Lei nº 2.687/2022.*

⁵ **Anexo III** – Sociedade Brasileira de Diabetes e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Manifestação sobre o veto presidencial ao Projeto de Lei nº 2.687/2022.*

⁶ **Anexo II** – Sociedade Brasileira de Diabetes. *Nota Técnica – Projeto de Lei nº 2.687/2022.*



SENADO FEDERAL

Congresso Nacional sobre o mérito do Veto nº 4, de 2025, mostra-se necessária a reconsideração da decisão recorrida, a fim de que a matéria seja regularmente submetida à apreciação do Congresso Nacional.

Sala das Sessões,

Senadora DAMARES ALVES



SENADO FEDERAL

Anexo I – Diabetes Tipo 1 como Deficiência: Demonstração da Constitucionalidade do PL nº 2.687/2022 e da Inconsistência do Veto nº 4/2025.

Mais Informações: @vit_m_r

DIABETES TIPO 1 COMO DEFICIÊNCIA

DEMONSTRAÇÃO DA CONSTITUCIONALIDADE DO PL 2687/2022 E DA INCONSISTÊNCIA DO VETO Nº 4/2025

1. OBJETIVO DO DOCUMENTO

Este documento tem um objetivo jurídico muito específico:

Demonstrar, de forma técnica, que o PL nº 2.687/2022 é 100% constitucional e não viola o art. 5º, § 3º, da Constituição Federal, pois não contraria (ao contrário, concretiza) a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), que possui status de emenda constitucional.

Para que não reste qualquer dúvida sobre esse ponto, a constitucionalidade do PL 2687/22 será demonstrada por duas linhas autônomas de argumentação [uma no Plano Internacional (detalhada no Tópico 3.0) e no Plano Interno (detalhada no Tópico 4.0)], cada uma delas suficiente, por si só, para afastar a tese de inconstitucionalidade:

1. **No plano internacional**, diversos países signatários da **mesma Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) classificam o DM1 como deficiência** em seus ordenamentos.
2. **No plano interno (legislação pátria)**, demonstrar que o PL 2687/22 adota a mesma técnica legislativa já utilizada em leis plenamente vigentes, como a **Lei 14.126/2021 (que classifica a visão monocular como deficiência)** e a **Lei 14.768/2023 (que define a deficiência auditiva como deficiência)**, sendo o PL 2687/22, inclusive, **mais fiel e mais completo** em relação à Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e à própria Convenção Internacional do que essas leis já aceitas como constitucionais.

Em outras palavras:

não é o PL 2687/2022 que afronta a Convenção!

É o Veto nº 4/2025 que coloca o Brasil na contramão do Direito Internacional e da própria Legislação Pátria.

2. O PL 2687/2022 E SUA ADERÊNCIA INTEGRAL AO MODELO DA LBI

2.1. Texto do PL 2687/2022

Projeto de Lei nº 2687 de 2022

“O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) classificado como deficiência, para todos os efeitos legais.

Parágrafo único. As disposições constantes dos §§ 1º e 2º do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), aplicam-se ao DM1, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.”



“Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022)

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.”

Ponto central a destacar:

O PL 2.687/2022 não afasta a avaliação biopsicossocial. **Ao contrário**, a exige expressamente.



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

Ao remeter aos §§ 1º e 2º do art. 2º da LBI, o PL:

1. Adota, **de forma explícita, a avaliação biopsicossocial** prevista na LBI (§ 1º do art. 2º).
2. **Exige** o uso de instrumentos para avaliação, também nos termos da LBI (§ 2º do art. 2º).

Ou seja, o **PL 2687/22** não cria um “atalho” para enquadramento automático. Ele **encaixa o DM1 dentro do próprio modelo construído pela LBI e pela Convenção**, sem inventar categorias novas ou paralelas.

2.2. O que isso significa, na prática?

- O PL **não transforma automaticamente toda pessoa com DM1 em beneficiária de qualquer direito**, sem avaliação individual.
- O que ele faz é **reconhecer, em tese, que o DM1 é uma condição de impedimento de longo prazo** potencialmente geradora de barreiras graves e permanentes, e, por isso, **coloca esse grupo dentro do campo de proteção da deficiência**, sujeitando cada caso concreto à mesma **avaliação biopsicossocial** aplicada às demais pessoas com deficiência.

Portanto, sob o ponto de vista da técnica normativa:

Isso é precisamente o que a Convenção e a LBI exigem! O PL 2687/22 cumpre essa exigência ao pé da letra.

3. NO PLANO INTERNACIONAL: O VETO Nº 4/2025 CAMINHA NA CONTRAMÃO DOS DEMAIS PAÍSES SIGNATÁRIOS DA CONVENÇÃO

3.1. A premissa equivocada do veto

Hoje, o **Veto nº 4/2025** (veto ao PL 2687/2022) parte da seguinte premissa:

o Brasil não poderia reconhecer em lei que o Diabetes Tipo 1 é deficiência porque isso “contrariaria” a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Mas, quando confrontamos essa afirmação com a realidade internacional, o resultado **é exatamente o oposto**:

3.2. A realidade internacional dos países que seguem a mesma Convenção

Obs.: A lista oficial de Estados que aderiram à Convenção está disponível no próprio site das Nações Unidas (https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsq_no=IV-15&chapter=4&clang=en).

E o que esses países fazem, na prática?

Exatamente o contrário do que sugere o **Veto nº 4/2025**: diversos deles **reconhecem expressamente o Diabetes Tipo 1 como deficiência**.

Portanto, a questão aqui **não é política, é lógico-jurídica**:

como sustentar que a Convenção impediria classificar o Diabetes Mellitus Tipo 1 como deficiência, se Reino Unido, Canadá, Austrália, Itália, Estados Unidos, Espanha, Alemanha e tantos outros países signatários da mesma Convenção fazem exatamente essa classificação em seus ordenamentos internos?

Se a Convenção proibisse esse enquadramento, **todos esses países estariam violando a Convenção simultaneamente**, o que é manifestamente incompatível com a realidade.

Esse entendimento, inclusive, **já foi reiterado no próprio Parlamento brasileiro** (Conforme registrado em debates em plenário e em comissões):

“Os deputados consideram ‘imprescindível’ classificar o diabetes tipo 1 como deficiência, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Espanha e na Alemanha.”



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

<https://www.camara.leg.br/noticias/1009246-comissao-aprova-projeto-que-considera-diabetes-tipo-1-como-deficiencia-fisica-para-efeito-legal/>

Os deputados consideram "imprescindível" classificar o diabetes tipo 1 como deficiência, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Espanha e na Alemanha.

A exemplo do Reino Unido destacado acima - Equality Act 2010:

Órgãos de saúde e entidades especializadas utilizam, de forma cristalina, a seguinte formulação:

"Type 1 diabetes is classed as an 'unseen disability' under The Equality Act 2010."

Em tradução livre: "o diabetes tipo 1 é classificado como uma 'deficiência invisível'" nos termos da Equality Act 2010.

Para o direito antidiscriminatório britânico, portanto, Diabetes Tipo 1 é deficiência, de forma expressa.

Abaixo, mais alguns exemplos ilustrativos (não exaustivos) que reforçam essa prática internacional:

Canadá - legislação de direitos humanos:

Materiais oficiais e organizações especializadas em DM1 afirmam:

"Type 1 diabetes is a disability for which discrimination is prohibited."

Em tradução livre: "o diabetes tipo 1 é uma deficiência em relação à qual a discriminação é proibida".

Austrália - Disability Discrimination Act 1992:

Guias oficiais baseados na Disability Discrimination Act 1992 registram:

"In Australia, type 1 diabetes is considered a disability under the Disability Discrimination Act 1992."

Em tradução: "na Austrália, o diabetes tipo 1 é considerado uma deficiência nos termos da Disability Discrimination Act 1992". Mais um exemplo inequívoco de enquadramento jurídico do DM1 como deficiência.

Esses exemplos mostram um padrão inequívoco:

Países que aplicam a mesma Convenção que o Brasil enquadram o DM1 como deficiência para fins de proteção contra discriminação e garantia de direitos.

Resumindo:

- Os países que aplicam a Convenção *reconhecem o Diabetes Tipo 1 como deficiência* ou disability para fins de proteção legal.
- Apenas o Brasil, por força do **Veto nº 4/2025**, tenta usar a Convenção para sustentar o contrário, isto é, que justamente essa classificação seria proibida.

3.3. Conclusão no plano internacional

Senhoras e Senhores,

A conclusão é simples e direta: **não é o PL 2687/2022** que viola a *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*.

Quem a afronta é o **Veto nº 4/2025**, que contraria a prática consolidada entre os países signatários, afasta o Brasil dos padrões do Direito Internacional e o coloca **na contramão do mundo**, e, assim, em desacordo com o próprio espírito da Convenção que afirma pretender proteger.



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64

Mais Informações: @vit_m_r

4. LEGISLAÇÃO PÁTRIA: COERÊNCIA (OU INCOERÊNCIA) COM AS DEMAIS LEIS QUE TRATAM DE DEFICIÊNCIAS

Parlamentar, além do cenário internacional, é indispensável observar **o que o próprio ordenamento brasileiro já fez** em matéria de deficiência.

O Brasil aprovou, em diferentes governos (*neste inclusive, conforme será mostrado no segundo exemplo abaixo*), **diversas leis que qualificam condições específicas como deficiência**, utilizando fórmula legislativa muito semelhante (e, em alguns casos, como será demonstrado, até menos cuidadosa) do que a do PL 2687/22.

Nenhuma dessas normas foi declarada inconstitucional. **Ao contrário, todas vêm sendo aplicadas de forma regular e pacífica** pela Administração Pública e pelo Poder Judiciário.

Diante desse quadro, a implicação lógica é inequívoca:

se o simples ato de “classificar uma condição X como deficiência” tornasse o PL 2687/22 inconstitucional, o mesmo raciocínio alcançaria, necessariamente, as demais leis que fizeram exatamente isso ao tratar de outras enfermidades, gerando grave incoerência no sistema jurídico.

Em termos práticos, **isso significaria colocar sob suspeita todo um conjunto de normas já consolidadas**, cuja validade jamais foi seriamente questionada pelo Poder Executivo, pelo Poder Legislativo ou pelo Poder Judiciário.

Em outras palavras, qualquer juízo de inconstitucionalidade dirigido **apenas** ao DM1, sem atingir essas leis anteriores, **cria uma exceção difícil de justificar** à luz da lógica jurídica mais elementar e do princípio da isonomia.

É justamente **essa incoerência interna** (tratar **apenas** o diabetes tipo 1 de forma mais restritiva do que outras condições já reconhecidas como deficiência) que as comparações a seguir se propõem a evidenciar, ponto a ponto:

4.1. Comparação com a Lei 14.126/2021 - Visão monocular como deficiência

Lei nº 14.126/2021 – Visão Monocular como Deficiência Visual:

Link (texto oficial - Planalto): https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14126.htm

Antes da tabela, é importante registrar o que está em jogo:

o mesmo modelo legislativo que o Congresso usou para reconhecer a **visão monocular** como deficiência sensorial, do tipo visual, para todos os efeitos legais (Lei 14.126/2021), é o que se utiliza no PL 2687/2022 para o **Diabetes Tipo 1**, com um detalhe decisivo:



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

o **PL do DM1** é ainda mais completo, porque remete expressamente aos **§§ 1º e 2º do art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão (avaliação biopsicossocial + instrumentos oficiais)**, enquanto a **Lei da Visão Monocular** menciona de forma expressa apenas o **§ 2º**.

Ou seja:

se a **Lei 14.126/2021** é constitucional, **então o PL 2687/22 também é**, e com uma técnica **mais cuidadosa e mais alinhada** à LBI e à Convenção da ONU.

Passemos, portanto, à comparação direta entre o **PL nº 2.687/2022 (DM1)** e a **Lei nº 14.126/2021 (visão monocular)**:

Aspecto-chave	PL 2687/2022 - DM1	LEI 14.126/2021 – VISÃO MONOCULAR	O que isso mostra?
Redação do art. 1º	“Fica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) classificado como deficiência, para todos os efeitos legais. ”	“Fica a visão monocular classificada como deficiência sensorial, do tipo visual, para todos os efeitos legais. ”	A fórmula jurídica é a mesma: a lei pega uma condição específica (DM1 / visão monocular) e a enquadra como deficiência para todos os efeitos legais .
Referência ao Estatuto da PcD (LBI)	Parágrafo único remete aos §§ 1º e 2º do art. 2º da Lei 13.146/2015 (avaliação biopsicossocial + instrumentos oficiais).	Parágrafo único remete apenas ao § 2º do art. 2º da Lei 13.146/2015 (instrumentos de avaliação).	O PL do DM1 é mais aderente ao modelo da Convenção e da LBI, porque inclui expressamente a avaliação biopsicossocial (§ 1º) e os instrumentos oficiais (§ 2º) , enquanto a Lei 14.126 cita só o § 2º.
Estrutura jurídica	Norma simples, geral, abstrata: reconhece o DM1 como deficiência e manda aplicar o mesmo regime da LBI, com avaliação biopsicossocial e instrumentos oficiais .	Norma simples, geral, abstrata: reconhece a visão monocular como deficiência e manda aplicar o regime da LBI, mas apenas quanto aos instrumentos de avaliação (sem remissão expressa à avaliação biopsicossocial).	Se essa estrutura fosse “contra” a Convenção ou a LBI, a Lei 14.126 também teria o mesmo problema , porque faz a mesma coisa: pega uma condição específica e a declara deficiência para todos os efeitos legais.
Situação no ordenamento	Aprovado pelo Congresso, mas vetado sob argumento de suposta incompatibilidade com a Convenção e com a LBI.	Vigente , aplicada sem ter sido declarada inconstitucional .	Se a fórmula “classificar condição X como deficiência para todos os efeitos legais” fosse inconstitucional, a Lei 14.126 teria o mesmo vício , mas, na prática, ela é aplicada e respeitada normalmente.
Coerência com a Convenção / LBI	Reconhece o DM1 como impedimento de longo prazo e submete o enquadramento à avaliação biopsicossocial prevista na LBI, além de exigir o uso de instrumentos oficiais .	Reconhece a visão monocular como deficiência sensorial e remete apenas à criação de instrumentos de avaliação (art. 2º, § 2º da LBI) , sem sequer citar o § 1º da LBI (avaliação biopsicossocial) de forma expressa.	Em termos técnicos, o PL 2687/2022 está mais alinhado à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e à LBI do que a própria Lei 14.126, pois adota explicitamente todo o modelo biopsicossocial , e não só a parte dos instrumentos.

Síntese da comparação com a Lei 14.126/2021:

- O **PL 2687/2022** remete aos **§§ 1º e 2º do art. 2º da LBI**, isto é:
 - Adota a avaliação biopsicossocial;**
 - Exige o uso de instrumentos oficiais** de avaliação.
- A **Lei 14.126/2021 (Visão Monocular)**, no entanto, remete **apenas ao § 2º do art. 2º da LBI**, limitando-se aos instrumentos de avaliação, **sem abarcar expressamente toda a lógica da avaliação biopsicossocial**.



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

CONCLUSÕES:

- As duas normas usam a **mesma técnica legislativa** ("fica X classificado como deficiência, para todos os efeitos legais").
- A **Lei 14.126/2021** é aceita como **constitucional e plenamente válida**.
- O **PL 2687/2022** é **ainda mais cuidadoso**: traz expressamente a **avaliação biopsicossocial** e os **instrumentos oficiais**, ao remeter aos **§§ 1º e 2º do art. 2º da Lei 13.146/2015**, enquanto a **Lei 14.126** remete apenas ao **§ 2º**.

VEREDITO:

O **PL do DM1** é o **único** que manda aplicar expressamente a **avaliação biopsicossocial** (**§ 1º do art. 2º da LBI**), além dos instrumentos oficiais (**§ 2º**).

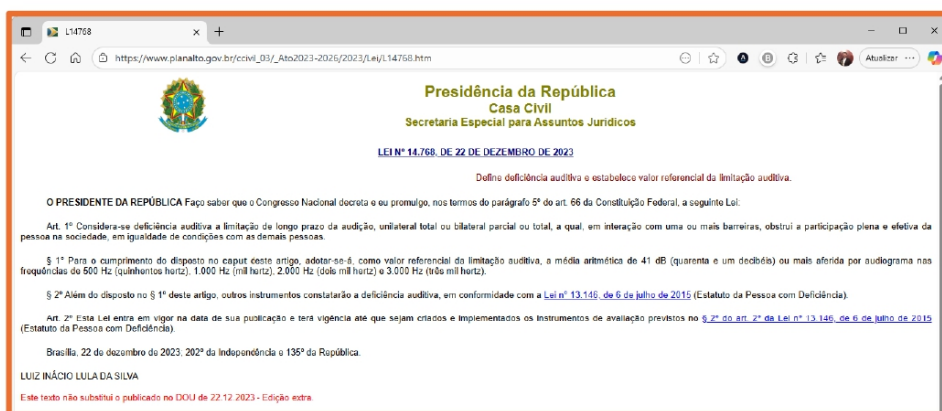
Ele está **mais alinhado** com a **Convenção da ONU** e com a **Lei Brasileira de Inclusão** do que a própria **Lei da Visão Monocular**.

Nessas condições, reconhecida a constitucionalidade da Lei nº 14.126/2021 (*que utiliza técnica legislativa idêntica, porém menos abrangente*), **não há base lógica ou jurídica** para negar a constitucionalidade do PL nº 2.687/2022.

Qualquer entendimento em sentido diverso equivaleria a aplicar **dois pesos e duas medidas** a normas fundadas na mesma lógica normativa, em afronta ao princípio da isonomia e à coerência interna do sistema jurídico, especialmente porque o PL nº 2.687/2022 é, na prática, o que melhor concretiza o modelo da LBI.

4.2. Comparação com a Lei 14.768/2023 – Deficiência auditiva como deficiência

Lei 14.768/2023 - Deficiência auditiva (*Define deficiência auditiva e estabelece valor referencial de limitação auditiva (≥ 41 dB) para fins de enquadramento como deficiência.*)



Link (texto oficial - Planalto): https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14768.htm

Antes de apresentarmos esta tabela, vale deixar claro mais uma vez, sobre o que ela prova:

a **mesma técnica legislativa** que o Congresso utilizou para definir, em 2023 (*sancionada pelo presidente Luiz Inácio da Silva*) quando a perda auditiva passa a ser considerada deficiência (Lei 14.768/23) é a que se usa **no PL 2687/22** para o Diabetes Tipo 1, com um detalhe crucial: **o PL do DM1 é ainda mais completo e melhor amarrado** à Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a **Lei Brasileira de Inclusão**, porque remete expressamente aos **§§ 1º e 2º do art. 2º da LBI**, enquanto a **Lei 14.768** cita apenas o **§ 2º**.

Ou seja:

se a **Lei 14.768/2023** é constitucional e aplicada normalmente, **o PL 2687/22 também é**, e com uma **técnica mais cuidadosa**.



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

Vamos, portanto, a mais uma comparação direta:

Aspecto-chave	PL 2687/2022 – DM1	Lei 14.768/2023 – Deficiência auditiva	O que isso mostra?
Redação do art. 1º	“Fica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) classificado como deficiência, para todos os efeitos legais. ”	“Considera-se deficiência auditiva a limitação de longo prazo da audição, unilateral total ou bilateral parcial ou total, a qual, em interação com uma ou mais barreiras, obstrui a participação plena e efetiva da pessoa na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.”	As duas normas inserem uma condição de saúde no campo da deficiência , mas o PL 2687/22 usa a fórmula clássica “classificado como deficiência, para todos os efeitos legais” , já consolidada em outras leis. A Lei 14.768/23 faz o mesmo movimento de enquadramento, mas em forma descritiva; na prática, o efeito jurídico é equivalente.
Referência ao Estatuto da PcD (LBI)	Parágrafo único: determina que se apliquem ao DM1 as disposições dos §§ 1º e 2º do art. 2º da LBI (avaliação biopsicossocial + instrumentos oficiais de avaliação).	§ 2º do art. 1º: diz que “outros instrumentos constatarão a deficiência auditiva, em conformidade com a Lei nº 13.146”. O art. 2º prevê que a lei vale até que sejam criados e implementados os instrumentos de avaliação previstos no § 2º do art. 2º da LBI .	Aqui aparece a diferença mais importante: o PL 2687/22 aciona integralmente o modelo da LBI , porque chama expressamente o § 1º (avaliação biopsicossocial) e o § 2º (instrumentos oficiais) . Já a Lei 14.768/23 menciona de forma explícita apenas o § 2º , deixando o § 1º apenas implícito. Ou seja, o PL é mais completo, mais técnico e mais alinhado à LBI do que a própria lei vigente.
Estrutura jurídica	Norma simples, geral e abstrata: classifica o DM1 como deficiência para todos os efeitos legais e determina, de forma expressa, que o enquadramento siga todo o art. 2º da LBI (§§ 1º e 2º) .	Norma simples, geral e abstrata: define a deficiência auditiva , estabelece um parâmetro mínimo de perda auditiva e remete à LBI somente quanto aos instrumentos de avaliação (§ 2º) , enquanto estes não são plenamente implementados.	As duas normas usam a mesma técnica de concretizar o conceito de pessoa com deficiência para um grupo específico. A diferença está no rigor técnico: o PL 2687/22 amarra o conceito diretamente ao núcleo duro da LBI (§§ 1º e 2º) , enquanto a Lei 14.768/23 se ancora de forma expressa apenas no § 2º , deixando parte do modelo biopsicossocial fora do texto literal.
Situação no ordenamento	Aprovado pelo Congresso Nacional e depois alvo do Veto nº 4/2025 , sob alegação de incompatibilidade com a Convenção/LBI e risco fiscal; aguarda apreciação do veto.	Lei federal em vigor , publicada em 22/12/2023, utilizada como referência em laudos, perícias e discussões judiciais sobre deficiência auditiva, sem contestação de inconstitucionalidade.	Há um paradoxo evidente: a lei que faz uma remissão mais parcial à LBI (Lei 14.768/23, citando apenas o § 2º) está em vigor e é tratada como constitucional , enquanto o projeto que faz uma remissão mais completa e cuidadosa (§§ 1º e 2º) é que foi vetado sob o argumento de “incompatibilidade” com a mesma LBI e com a Convenção.
Coerência com a Convenção / LBI	O PL não cria conceito paralelo: afirma que DM1 é deficiência e manda aplicar diretamente o modelo biopsicossocial (§ 1º) e os instrumentos oficiais (§ 2º) do art. 2º da LBI, exatamente como desenhado pela Convenção e pela própria LBI.	A lei repete, no caput, a essência do conceito da LBI/Convenção (impedimento de longo prazo + barreiras) e se ancora no § 2º do art. 2º da LBI enquanto os instrumentos oficiais não forem plenamente implementados, sem citar expressamente o § 1º.	Em termos de técnica legislativa, ambas são compatíveis com a Convenção e com a LBI . Mas o PL 2687/22 é mais fiel ao texto e ao espírito da LBI , porque incorpora de forma explícita tanto a avaliação biopsicossocial quanto os instrumentos oficiais . Se a Lei 14.768/23 é considerada constitucional, é ainda mais difícil negar a constitucionalidade do PL 2687/22 , que faz uma integração mais



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

			completa com a Convenção e com a LBI.
--	--	--	---------------------------------------

CONCLUSÕES:

- As duas normas usam a **mesma técnica legislativa**: concretizam o conceito de pessoa com deficiência da LBI/Convenção para um grupo específico, com base em critério de saúde (diagnóstico de DM1 / limiar de perda auditiva).
- A **Lei 14.768/2023** é aceita como **constitucional e plenamente válida**, ainda que remeta de forma expressa apenas ao **§ 2º do art. 2º da LBI**.
- O **PL 2687/2022** é **mais cuidadoso e mais completo**: traz expressamente a **avaliação biopsicossocial** e os **instrumentos oficiais**, ao remeter simultaneamente aos **§§ 1º e 2º do art. 2º da LBI**, enquanto a **Lei 14.768/23** faz referência explícita apenas ao **§ 2º**.

VEREDITO:

O **PL do DM1** é, sob o ponto de vista técnico-legislativo, **mais alinhado e mais completo em relação à Lei Brasileira de Inclusão e à Convenção da ONU** do que a **própria Lei 14.768/2023**.

Logo, se a **Lei 14.768/2023** é considerada constitucional, o **PL 2687/2022** também deve ser. Negar isso significaria aplicar dois pesos e duas medidas para normas que seguem a mesma lógica jurídica, sendo o **PL 2687/22, na prática, o mais fiel ao modelo da LBI**.

5. SÍNTESE: QUEM AFRONTA A CONVENÇÃO NÃO É O PL 2687/22, É O VETO Nº 4/2025

A leitura conjugada dos itens:

- Da **Seção 3 - Direito Internacional** (em que vários países signatários da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU) reconhecem o DM1 como deficiência); e
- Da **Seção 4 - Legislação pátria** (com alguns exemplos, como a Lei 14.126/2021 - visão monocular e a Lei 14.768/2023 - deficiência auditiva utilizam técnica idêntica ou menos cuidadosa, sem qualquer alegação de inconstitucionalidade);

conduz a uma conclusão única:

O **PL 2687/2022 é Constitucional, estando em total consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU) e com a LBI**.

O **Veto nº 4/2025**, ao contrário, é que se **afasta simultaneamente** da prática internacional e do padrão interno já consolidado de proteção às pessoas com deficiência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- No plano internacional, países que assinam e aplicam a mesma Convenção que o Brasil **reconhecem o DM1 como deficiência**, seja de forma expressa, seja na prática dos seus sistemas de proteção. Em nenhum desses países esse reconhecimento foi considerado violação à Convenção; ao contrário, é entendido como forma de **concretizá-la**.
- No plano interno, o PL 2687/2022 é, do ponto de vista técnico-legislativo, **mais cuidadoso e mais completo** do que outras leis já vigentes e tratadas como constitucionais (Lei 14.126/2021, Lei 14.768/2023), pois **remete expressamente aos §§ 1º e 2º do art. 2º da LBI**, incorporando integralmente a avaliação biopsicossocial e os instrumentos oficiais.
- Do ponto de vista lógico-jurídico, afirmar que o PL 2687/2022 é inconstitucional implicaria, por coerência, considerar igualmente inconstitucionais todas as leis que:
 - classificam doenças específicas como deficiência; ou
 - definem critérios médico-jurídicos (como os 41 dB da Lei 14.768/2023) para o enquadramento como deficiência.

Isso significaria abrir caminho para um **desmonte silencioso de conquistas importantes da população com deficiência no Brasil**, em frontal **desacordo com a trajetória recente do Congresso Nacional** em favor da inclusão e da proteção de direitos.



SENADO FEDERAL

Mais Informações: @vit_m_r

Em suma, à luz do direito internacional, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da LBI e da legislação pátria já consolidada, é **inequívoca** a constitucionalidade do PL nº 2.687/2022. Longe de representar qualquer desvio da Constituição ou da Convenção, o projeto constitui a sua aplicação direta, coerente e tecnicamente adequada ao caso do Diabetes Tipo 1.

O que se coloca em descompasso com a lógica jurídica, com o princípio da isonomia e com os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil **não é** o conteúdo do PL nº 2.687/2022, mas a manutenção do Veto nº 4/2025. Nessas condições, a derrubada do veto **impõe-se como a única solução compatível** com a Constituição, com a Convenção da ONU e com o histórico legislativo brasileiro em matéria de deficiência.



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64

Anexo II – Sociedade Brasileira de Diabetes. *Nota Técnica – Projeto de Lei nº 2.687/2022.*



A Sociedade Brasileira de Diabetes,
para a sociedade brasileira.

Rua Afonso Braz, 579 – cj. 72/74
Vila Nova Conceição
São Paulo/SP – CEP 04511-011
+55 11 3842-4931
www.diabetes.org.br

NOTA TÉCNICA – PROJETO DE LEI 2687/2022

O diabetes Tipo 1 é uma doença autoimune, incurável, causada pela destruição das células que produzem insulina, tornando obrigatória a aplicação deste hormônio e orientada por medições frequentes de glicose, para sobrevivência¹, mesmo que a pessoa tenha uma alimentação pobre em carboidrato. Na ausência de insulina o corpo não consegue utilizar a glicose como fonte de energia e passa a consumir músculos e gordura. Esse processo evolui com hiperglicemia severa, desidratação, e redução do PH sanguíneo (acidose) que vai evoluir para o óbito, se a insulina não for prontamente administrada². Então, a falta de acesso a aplicação de insulina, por qualquer motivo, pode levar a morte em pouco tempo e um tratamento insuficiente levará, em alguns anos, ao desenvolvimento de complicações crônicas relacionadas ao diabetes, com alto custo financeiro e social. Por outro lado, a administração de insulina precisa ser muito precisa, uma dose ligeiramente maior pode causar uma redução aguda no nível de glicose, que quando não percebida e tratada imediatamente, pode evoluir rapidamente para coma e morte³.

É fundamental compreender que o diabetes tipo 1 e o tipo 2 são doenças completamente diferentes, que guardam em comum apenas a elevação da glicose no sangue e suas consequências. A faixa etária, a etiopatogenia, a apresentação clínica, a evolução e o tratamento das duas condições clínicas são completamente diferentes. Conhecer essas diferenças é fundamental para que se possa avançar e oferecer um tratamento digno para quem sofre com o diabetes tipo 1¹.

O diabetes tipo 1 pode ter início em qualquer idade, sendo mais comum em crianças e adolescentes. É uma doença muito complexa, que requer a interação com uma equipe multidisciplinar, além disso precisamos levar em consideração o impacto familiar de uma criança ou adolescente diagnosticado com o diabetes tipo 1. São diversos desafios emocionais e financeiros que podem levar ao estresse crônico e ansiedade⁴. A necessidade de monitoramento constante e cuidado pode afetar negativamente a qualidade de vida de todo um sistema familiar. A situação se agrava no ambiente escolar, pois o corpo docente e demais funcionários não estão preparados para auxiliar os alunos na aplicação de insulina e muito menos no reconhecimento e tratamento de episódios de hipoglicemia e de hiperglicemia. Neste cenário, os cuidadores, frequentemente pais e mães, enfrentam a necessidade de renunciar suas carreiras para cuidarem de seus filhos. Os pais sentem-se sobrecarregados pela responsabilidade de gerenciar o controle glicêmico de seus filhos e pela necessidade de ajustar a rotina a essa condição. Na adolescência as dificuldades aumentam, o incremento na ação de diversos hormônios dificulta ainda mais o controle da glicemia e podem ter início as complicações relacionadas à doença. Sentimentos de inadequação são frequentes e trazem grandes prejuízos mentais e sociais, que podem persistir na vida adulta.

O Maior Estudo Epidemiológico já realizado sobre o Diabetes Tipo 1, o TD1 Index⁵, liderado pela Juvenile Research Diabetes Foundation em colaboração com diversas entidades ao redor do mundo foi publicado em 2022 no conceituado periódico Lancet. O estudo avaliou as melhores evidências científicas disponíveis sobre a situação diabetes tipo 1, em 201 países, incluindo o Brasil os dados são estarrecedores.

Estima-se que 1 em cada 9 brasileiros com DM1 morre por não receber o diagnóstico correto e não ter acesso ao tratamento com insulina. Só em 2022, 2.140 pessoas teriam morrido por falta de diagnóstico. Crianças diagnosticadas aos 10 anos de idade perdem em média 33,2 anos saudáveis. Desses, 5,7 anos são atribuídos às complicações e 25,4 à morte prematura. O número total de mortes prematuras estimado no Brasil é próximo de 235 mil vidas, ou seja, alcança cerca de 29% das pessoas com DM⁶. Vale reforçar que um número muito pequeno dos pacientes consegue atingir o controle necessário para se proteger de complicações^{6,7}.



SENADO FEDERAL



A Sociedade Brasileira de Diabetes,
para a sociedade brasileira.

Rua Afonso Braz, 579 – cj. 72/74
Vila Nova Conceição
São Paulo/SP – CEP 04511-011
+55 11 3842-4931
www.diabetes.org.br

Pesquisadores nacionais também têm alertado que a situação é muito preocupante, com 31% da população na faixa etária de 13 a 19 anos apresentando uma ou mais complicações associadas ao DM1⁷ e, com isso, elevação importante dos custos diretos e indiretos do tratamento⁷

Infelizmente, o tratamento inadequado ainda é causa prioritária de cegueira, de amputações, de hemodiálise, de doenças cardiovasculares e de morte precoce. O agravamento das citadas complicações frequentemente ocorre em nossos jovens e sobrecarregam famílias e o sistema de saúde com seu elevado custo financeiro, social e emocional.

Estes dados expõe a fragilidade do tratamento do DM1 no Sistema Único de Saúde. Por exemplo, apesar da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) ter incorporado os análogos de insulina de ação prolongada e rápida há alguns anos, a primeira nunca foi comprada, apesar de ser tecnicamente superior e ter custo inferior ao da insulina NPH fornecida na atenção básica. Por outro lado, a insulina análoga de ação rápida está sendo fornecida, mas sua disponibilização é burocrática, sendo realizada nas farmácias especializadas do estado, através de LME. Essa complexidade desnecessária dificulta a sua utilização. Este tipo de insulina é comercializado no Brasil desde 1996, tem baixo custo e seria mais bem aproveitada nas unidades de atenção básica, sendo distribuída na unidade mais próxima da residência do paciente, visto que o tratamento é contínuo e não pode ter interrupção de nenhum dia, pois pode ocorrer cetoacidose com risco de óbito.

Outra questão relevante, é a falta de uniformidade nos programas educacionais, na distribuição dos glicosímetros (aparelhos para medir a glicose) e suas fitas reagentes, todos garantidos na Lei Federal de nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, e que são essenciais para a determinação da dose de insulina a ser aplicada. O tratamento do DM1 é complexo e precisa ser executado 24 horas por dia, durante toda a vida, sendo a educação dos pacientes e familiares um dos pilares do tratamento⁸. Adicionalmente, o programa Farmácia Popular, parceria do Ministério da Saúde com farmácias privadas em todo o País, não distribui nenhuma das insulinas análogas, que são as mais indicadas e seguras para o tratamento do DM1, as quais já provaram sua superioridade sobre as insulinas NPH e regular em avaliações minuciosas na Conitec. Vale ressaltar ainda, que nenhuma das importantes evoluções tecnológicas, especialmente bombas de insulina e sensores de glicose, que tanto revolucionaram o tratamento do diabetes tipo 1, são passíveis de dedução da base de cálculo do imposto de renda das pessoas físicas.

Em função do exposto, diversos países, como Reino Unido, França, Finlândia, Canadá, Chile, Colômbia, entre outros, desenvolveram políticas públicas robustas, que juntamente com o reconhecimento do diabetes tipo 1 como deficiência em alguns países, promovem um maior acesso e maiores facilidades na implementação e fiscalização das políticas públicas necessárias para a manutenção da vida e saúde destas pessoas.

Concluindo, o diabetes tipo 1 se enquadra claramente na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, uma vez que, TODAS as pessoas com diabetes do tipo 1 possuem deficiência na produção de um hormônio vital, a insulina, a qual não pode ser prevenida ou evitada, configurando um impedimento longo prazo de natureza física, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode sem dúvida obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas e ainda coloca sua vida em constante risco, caso suas necessidades especiais não sejam prontamente atendidas. As pessoas com diabetes tipo 1, conforme determina o Projeto de Lei nº 2687, de 2022 serão submetidas a uma análise biopsicossocial, para que não haja injustiças e para melhor aproveitamento do recurso público.



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64



A Sociedade Brasileira de Diabetes,
para a sociedade brasileira.

Rua Afonso Braz, 579 – cj. 72/74
Vila Nova Conceição
São Paulo/SP – CEP 04511-011
+55 11 3842-4931
www.diabetes.org.br

Referências:

1. Bennett PH et al., Definição, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e da homeostasia da glicose. In: Kahn, C. Ronald et al. Joslin diabetes mellitus. Porto Alegre; Artmed Editora; 14 ed; 2009. P.345-353.
2. Wyckoff J et al., Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. In: Kahn, C. Ronald et al. Joslin diabetes mellitus. Porto Alegre; Artmed Editora; 14 ed; 2009. P.899-911.
3. Amiel SA. The consequences of hypoglycaemia. Diabetologia. 2021 May;64(5):963-970. doi: 10.1007/s00125-020-05366-3. Epub 2021 Feb 7. PMID: 33550443; PMCID: PMC8012317.
4. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. Diabet Med. 2020 Mar;37(3):393-400. doi: 10.1111/dme.14157. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31638279.
5. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, Wang F, Colagiuri S, de Beaufort C, Donaghue KC; International Diabetes Federation Diabetes Atlas Type 1 Diabetes in Adults Special Interest Group; Magliano DJ, Maniam J, Orchard TJ, Rai P, Ogle GD. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022 Oct;10(10):741-760. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00218-2. Epub 2022 Sep 13. Erratum in: Lancet Diabetes Endocrinol. 2022 Oct 7; PMID: 36113507.
6. de Almeida-Pititto B, Eliaschewitz FG, de Paula MA, Ferreira GC. Brazilian Type 1 & 2 Diabetes Disease Registry (BINDER): longitudinal, real-world study of diabetes mellitus control in Brazil. Front Clin Diabetes Healthc. 2022 Aug 16; 3:934629. doi: 10.3389/fcdhc.2022.934629. PMID: 36992732; PMCID: PMC10012111. Gomes MB, Calliari LE, Conte D, Correa CL, Drummond KRG, Mallmann F, Pinheiro AA, Muniz LH, Leal FSL, Morales PH, Negrato CA. Diabetes-related chronic complications in Brazilian adolescents with type 1 diabetes. A multicenter cross-sectional study. Diabetes Res Clin Pract. 2021 Jul; 177:108895. doi: 10.1016/j.diabres.2021.108895. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34090967.
7. Julian, G. S., Accetturi Pititto, L. M., Miresashvili, N., Broe Honoré, J., Lopes Assis Coelho, R. C., & Campos, D. (2021). Cost of microvascular complications in people with diabetes from a public healthcare perspective: a retrospective database study in Brazil. Journal of Medical Economics, 24(1), 1002–1010. <https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1963572>. doi: 10.3389/fcdhc.2022.934629. PMID: 36992732; PMCID: PMC10012111.
8. Gomes MB, Santos DC, Pizarro MH, Barros BSV, de Melo LGN, Negrato CA. Does knowledge on diabetes management influence glycemic control? A nationwide study in patients with type 1 diabetes in Brazil. Patient Prefer Adherence. 2018 Jan 4; 12:53-62. doi: 10.2147/PPA.S146268. PMID: 29379272; PMCID: PMC5757974.



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64

Anexo III – Sociedade Brasileira de Diabetes e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.
Manifestação sobre o veto presidencial ao Projeto de Lei nº 2.687/2022.



Manifestação da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) sobre o veto presidencial ao Projeto de Lei nº 2.687/2022

A SBD e a SBEM se manifestam em relação ao veto presidencial ao Projeto de Lei 2.687/2022 que classifica o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como deficiência, para todos os efeitos legais, tendo como objetivos a garantia de direitos e acesso aos especialistas, equipe multidisciplinar, medicamentos e insumos essenciais no tratamento de pessoas com DM1, bem como a participação plena na sociedade. O projeto, aprovado na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, por unanimidade, representa um marco fundamental na promoção da equidade e na redução das desigualdades enfrentadas por essa população, entre as diferentes classes sociais e regiões do Brasil.

De acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, devem ser incluídos como pessoas com deficiência (PcD) aqueles que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que em interação com uma ou mais barreiras, podem ter obstruída a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. O DM1 é uma doença autoimune, incurável, causada pela destruição das células que produzem insulina, tornando obrigatória a aplicação deste hormônio que deve ser orientada por medições frequentes de glicose. O DM1, em geral, surge na primeira ou segunda infância e, portanto, reflete uma condição de quase uma vida inteira convivendo com a doença, ou seja, um impedimento de longo prazo. Na ausência de insulina o corpo não consegue utilizar a glicose como fonte de energia e passa a consumir proteína e gordura. Esse processo leva a hiperglicemia grave, desidratação e redução do pH sanguíneo (acidose) que evoluirá para coma cetoacidótico e óbito, se a insulina não for prontamente administrada. Então, a falta de acesso à insulina, por qualquer motivo, pode levar à morte em pouco tempo e um tratamento insuficiente levará, em alguns anos, ao desenvolvimento de complicações crônicas relacionadas ao diabetes, com alto custo financeiro e social. Neste sentido, pesquisadores nacionais demonstraram que 31% dos adolescentes com DM1, no Brasil, já apresentam complicações relacionadas ao diabetes, devido ao controle glicêmico inadequado. Por outro lado, a administração de insulina necessita ser muito precisa, uma dose ligeiramente maior pode causar uma redução expressiva no nível de glicose, que quando não percebida e tratada imediatamente, pode evoluir rapidamente para coma hipoglicêmico e morte.

O DM1 é uma doença muito complexa, uma deficiência que requer a interação com uma equipe multidisciplinar e, além disso, deve-se levar em consideração o impacto familiar de uma criança ou um adolescente diagnosticado com o DM1. São diversos desafios emocionais e financeiros que podem levar ao estresse crônico e ansiedade. A necessidade de monitoramento e cuidado constantes pode afetar negativamente a qualidade de vida de todo um sistema familiar. A situação se agrava no ambiente escolar, pois o corpo docente e demais funcionários não estão preparados para auxiliar os alunos na aplicação de insulina e muito menos no reconhecimento e tratamento de episódios de hipoglicemia e de hiperglicemia. Neste cenário, os cuidadores, frequentemente pais e mães, enfrentam a necessidade de renunciar suas carreiras para cuidarem de seus filhos. Os pais sentem-se sobrecarregados pela responsabilidade de gerenciar



SENADO FEDERAL



o controle glicêmico de seus filhos e pela necessidade de ajustar os recursos financeiros e a rotina a essa condição. Na adolescência as dificuldades aumentam, o incremento na ação de diversos hormônios dificulta ainda mais o controle da glicemia e podem ter início as complicações relacionadas à doença. Sentimentos de inadequação são frequentes e trazem grandes prejuízos mentais e sociais, que podem persistir na vida adulta.

O maior estudo epidemiológico já realizado sobre o DM1, o TD1 Index, foi publicado em 2022. O estudo avaliou as melhores evidências científicas disponíveis sobre a situação de pessoas com DM1, em 201 países, incluindo o Brasil, e os dados são estonteantes. Estima-se que 1 em cada 9 brasileiros com DM1 morre por não receber o diagnóstico correto e não ter acesso ao tratamento com insulina. Só em 2022, 2.140 pessoas teriam morrido por falta de diagnóstico. Crianças diagnosticadas aos 10 anos de idade perdem em média 33,2 anos de vida saudáveis. Desses, 5,7 anos são atribuídos às complicações e 25,4 à morte prematura. O número total de mortes prematuras estimado no Brasil é próximo de 235 mil vidas, ou seja, alcança cerca de 29% das pessoas com DM1. Vale reforçar que um número muito pequeno dos pacientes consegue atingir o controle necessário para se proteger de complicações crônicas associadas ao diabetes. Infelizmente, o tratamento inadequado ainda está entre as causas principais de cegueira, de amputações, de hemodiálise, de doenças cardiovasculares e de morte precoce. Estes dados expõem a fragilidade do tratamento do DM1 no Sistema Único de Saúde.

Após o entendimento sobre o DM1 e as dificuldades enfrentadas por pessoas com este diagnóstico, em nosso país, passaremos a discutir o veto presidencial. O primeiro argumento utilizado para o veto presidencial afirma que “a proposição viola o art. 5º, § 3º, da Constituição, por contrariar a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que reconhece que a deficiência resulta da interação entre a pessoa e as barreiras sociais, e não de uma condição médica específica”. Neste sentido, a SBD e a SBEM lembram que a Convenção Internacional e o estatuto da PcD estabelecem o DM1 como deficiência em diversos países (Reino Unido, EUA, Finlândia, França, Canadá, Chile, Colômbia entre outros) que já concedem benefícios às pessoas com DM1. TODAS as pessoas com DM1 possuem deficiência na produção de um hormônio vital, a insulina, a qual não pode ser prevenida ou evitada, configurando um impedimento de longo prazo de natureza física, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode, sem dúvida, obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas e ainda coloca sua vida em constante risco, caso suas necessidades especiais não sejam prontamente atendidas.

Outro argumento utilizado para o veto presidencial, é a afirmação que o PL 2.687/2022 “contraria o interesse público ao classificar o diabetes *mellitus* tipo 1 como deficiência sem considerar a avaliação biopsicossocial”. A SBD e a SBEM argumentam que no PL 2.687/2022 todas as pessoas com DM1, que enfrentam as dificuldades descritas acima para o exercício da cidadania, serão consideradas PcD. No entanto, há necessidade da avaliação biopsicossocial para o recebimento do BPC (Benefício de Prestação Continuada), popularmente conhecido como LOAS, um dos direitos sociais mais relevantes no Brasil, criado para garantir um amparo financeiro às pessoas em situação de vulnerabilidade e que desempenha um papel crucial na promoção da dignidade humana. Muitas famílias dependem desse auxílio para enfrentar as dificuldades do dia a dia. Em relação ao tópico fonte de custeio, a SBD e a SBEM acreditam que em curto, médio e longo prazo os recursos poderão advir da economia alcançada com a redução das internações hospitalares e dos custos associados à presença de complicações relacionadas



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64



ao diabetes, nesta população que passará a ter melhor acesso à educação, ao mercado de trabalho e ao tratamento necessário.

A SBD e a SBEM esperam que o Congresso Nacional preserve o mérito e a importância do PL 2.687/2022 para a saúde da população, mantendo assim a decisão inicial do Parlamento, por meio da derrubada do veto presidencial, mitigando os impactos do DM1 e fortalecendo o compromisso do Brasil com uma saúde pública mais justa e inclusiva. Por fim, reafirmamos nosso compromisso com a defesa da saúde da população brasileira e entendemos ser essa demanda legítima e essencial para promover equidade e garantir melhores condições de vida para todos os brasileiros que vivem com o DM1.

São Paulo, 14 de maio de 2025.

Dr Ruy Lyra

Presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)

Dr Neuton Dornelas Gomes

Presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)

Referências:

1. Bennett PH et al., Definição, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e da homeostasia da glicose. In: Kahn, C. Ronald et al. Joslin diabetes mellitus. Porto Alegre; Artmed Editora; 14 ed; 2009. P.345-353.
2. Wyckoff J et al., Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. In: Kahn, C. Ronald et al. Joslin diabetes mellitus. Porto Alegre; Artmed Editora; 14 ed; 2009. P.899-911.
3. Amiel SA. The consequences of hypoglycaemia. Diabetologia. 2021 May;64(5):963-970. doi: 10.1007/s00125-020-05366-3. Epub 2021 Feb 7. PMID: 33550443; PMCID: PMC8012317.
4. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research. Diabet Med. 2020, Mar;37(3):393-400. doi: 10.1111/dme.14157. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31638279.



SENADO FEDERAL

SF/26065.42009-64



5. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, Wang F, Colagiuri S, de Beaufort C, Donaghue KC; International Diabetes Federation Diabetes Atlas Type 1 Diabetes in Adults Special Interest Group; Magliano DJ, Maniam J, Orchard TJ, Rai P, Ogle GD. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022 Oct;10(10):741-760. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00218-2. Epub 2022 Sep 13. Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022 Oct 7; PMID: 36113507.
6. de Almeida-Pititto B, Eliaschewitz FG, de Paula MA, Ferreira GC. Brazilian Type 1 & 2 Diabetes Disease Registry (BINDER): longitudinal, real-world study of diabetes mellitus control in Brazil. *Front Clin Diabetes Healthc.* 2022 Aug 16; 3:934629. doi: 10.3389/fcdhc.2022.934629. PMID: 36992732; PMCID: PMC10012111.
7. Gomes MB, Calliari LE, Conte D, Correa CL, Drummond KRG, Mallmann F, Pinheiro AA, Muniz LH, Leal FSL, Morales PH, Negrato CA. Diabetes-related chronic complications in Brazilian adolescents with type 1 diabetes. A multicenter cross-sectional study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021 Jul; 177:108895. doi: 10.1016/j.diabres.2021.108895. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34090967.
8. Julian, G. S., Accetturi Pititto, L. M., Miresashvili, N., Broe Honoré, J., Lopes Assis Coelho, R. C., & Campos, D. (2021). Cost of microvascular complications in people with diabetes from a public healthcare perspective: a retrospective database study in Brazil. *Journal of Medical Economics*, 24(1), 1002–1010. <https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1963572>. PMID: 36992732; PMCID: PMC10012111.
9. Gomes MB, Santos DC, Pizarro MH, Barros BSV, de Melo LGN, Negrato CA. Does knowledge on diabetes management influence glycemic control? A nationwide study in patients with type 1 diabetes in Brazil. *Patient Prefer Adherence.* 2018 Jan 4; 12:53-62. doi: 10.2147/PPA.S146268. PMID: 29379272; PMCID: PMC5757974