



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

MÁRCIA DONATO MEIRA FERNANDES

A INÉRCIA LEGISLATIVA E O IMPACTO NO ACESSO À CANNABIS MEDICINAL

**JOÃO PESSOA
2024
MÁRCIA DONATO MEIRA FERNANDES**

A INÉRCIA LEGISLATIVA E O IMPACTO NO ACESSO À CANNABIS MEDICINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Marcia Glebyane Maciel Quirino

JOÃO PESSOA
2024

A INÉRCIA LEGISLATIVA E O IMPACTO NO ACESSO À CANNABIS MEDICINAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Direito de João Pessoa do Centro
de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal da Paraíba
como requisito parcial da obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Marcia Glebyane
Maciel Quirino

**JOÃO PESSOA
2024**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F363i Fernandes, Marcia Donato Meira.

A inércia legislativa e o impacto no acesso à cannabis medicinal / Marcia Donato Meira Fernandes. - João Pessoa, 2024.

66 f.

Orientação: Marcia Glebyane Maciel Quirino.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Cannabis medicinal. 2. Direito à saúde. 3. Maconha. 4. Regulamentação. 5. Cultivo doméstico. I. Quirino, Marcia Glebyane Maciel. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

MÁRCIA DONATO MEIRA FERNANDES

**A INÉRCIA LEGISLATIVA E O IMPACTO NO ACESSO À CANNABIS
MEDICINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Direito de João Pessoa do Centro
de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal da Paraíba
como requisito parcial da obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Marcia Glebyane
Maciel Quirino

DATA DA APROVAÇÃO: 29 DE OUTUBRO DE 2024

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a Dr.^a **MÁRCIA GLEBYANE MACIEL QUIRINO**
(ORIENTADORA)


Prof. Esp. **ANNA SARA FARIAS DE VASCONCELOS**
(AVALIADORA)


Prof. Ms. **RAYSSA FÉLIX DE SOUZA**
(AVALIADORA)

Dedico esse trabalho a Deus que sempre me manteve positiva e motivada a concluir esse curso mesmo diante de tantas lutas e obstáculos, sabendo que nas madrugadas de estudo ou nos momentos de recuperação eu nunca estive sozinha.

.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus amigos e familiares que de alguma forma sempre me incentivaram e contribuíram para este momento tão aguardado. Em especial, agradeço ao estímulo do meu marido Gregoriev que sempre me incentivou a cursar direito e me ajudou em várias reflexões ao longo da graduação.

Agradeço à professora Marcia Glebyane por toda disposição, apoio, paciência e orientação em todos os aspectos da construção deste trabalho e pela torcida para que eu concluísse o curso apesar de todas as minhas dificuldades.

“A diferença entre o remédio e o veneno está na dose.” (Paracelso)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo examinar as consequências da falta de regulamentação do uso da cannabis para fins medicinais. A cannabis foi utilizada para fins terapêuticos desde que o vegetal passou a ser cultivado pelo homem há milênios, contudo, seu uso foi proscrito no Brasil no início do século XX, motivado por questões raciais. Nos últimos anos, a demanda por tratamentos com cannabis tem aumentado consideravelmente no Brasil. No entanto, a falta de uma legislação que regule o uso medicinal da planta tem sido um obstáculo significativo. Essa lentidão por parte do legislativo impede que os pacientes que precisam dessas medicações, especialmente aqueles em situação socioeconômica vulnerável, tenham acesso a elas. A metodologia utilizada na pesquisa baseou-se em estudos, jurisprudências e atos normativos que tratam do assunto. O resultado da pesquisa demonstrou que a inação da Administração Pública e do Poder Legislativo em regulamentar a cannabis medicinal promove a judicialização da saúde. O judiciário revela-se como a única alternativa pública para obter os medicamentos à base de cannabis e a permissão para o cultivo da planta para fins de extração de óleo, garantindo que as autoridades públicas se abstenham de adotar medidas de restrição à liberdade e a locomoção.

Palavras-chave: cannabis medicinal; regulamentação; direito à saúde; cultivo doméstico; maconha.

ABSTRACT

This study aims to examine the consequences of the lack of regulation of the use of cannabis for medicinal purposes. Cannabis has been used for therapeutic purposes since the plant began to be cultivated by man millennia ago, however, its use was banned in Brazil at the beginning of the 20th century, motivated by racial reasons. In recent years, the demand for cannabis treatments has increased considerably in Brazil. However, the lack of legislation regulating the medicinal use of the plant has been a significant obstacle. This slowness on the part of the legislature prevents patients who need these medications, especially those in a vulnerable socioeconomic situation, from having access to them. The methodology used in the research was based on studies, jurisprudence and normative acts that deal with the subject. The research results demonstrated that the inaction of the Public Administration and the Legislative Branch in regulating medicinal cannabis promotes the judicialization of health. The judiciary proves to be the only public alternative to obtain cannabis-based medicines and permission to cultivate the plant for oil extraction purposes, ensuring that public authorities refrain from adopting measures to restrict freedom and movement.

Key-words: medicinal cannabis; regulation; right to health; home cultivation; marihuana.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A RELAÇÃO HISTÓRICA ENTRE O HOMEM E A CANNABIS MEDICINAL	10
3 A VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DOS PACIENTES DEPENDENTES DE CANNABIS MEDICINAL	24
3.1 Direito à saúde e o dever do estado.....	26
3.2 Autonomia do Paciente e o Direito de Escolha Terapêutica.....	32
3.3 Evidências científicas e a eficácia da cannabis medicinal.....	34
4 ATIVISMO JUDICIAL E O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE	39
4.1 Últimas Decisões Administrativas e Jurisprudenciais.....	41
4.1.1 RDC nº 660 – ANVISA	41
4.1.2 Habeas Corpus nº 802866 - PR (2023/0047241-7).....	42
4.1.3 Tema 506 de Repercussão Geral	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

A cannabis é uma planta que historicamente se desenvolveu em harmonia com a humanidade ao longo dos séculos. A cada novo ambiente que ocupou, foi adaptada e passou a atender às necessidades humanas, sendo utilizada na produção de cordas, roupas, alimentos e medicamentos.

No entanto, no começo do século XX, a cannabis passou a ser associada a comportamentos que resultavam em desordem pública e promiscuidade, principalmente porque seu uso era comum entre as classes sociais mais desfavorecidas, especialmente entre pessoas negras. Desde então, a cannabis sofreu um processo de criminalização, resultando na proibição do uso da planta e no banimento dos seus componentes químicos das listas de substâncias permitidas no Brasil.

Na última década, tornou-se conhecido o impacto terapêutico da cannabis em diversos países, especialmente no tratamento de doenças crônicas com sintomas severos. Desde a década de 1960, estudos científicos têm sido progressivamente realizados para entender as propriedades das substâncias derivadas da cannabis, os fitocanabinoides.

Com a identificação da síntese do Tetrahydrocannabinol (THC), os pesquisadores entenderam os processos de ação dos fitocanabinoides e as vias de resposta no organismo humano. Desde então, outros fitocanabinoides foram identificados com propriedades anti-inflamatórias e de proteção do sistema nervoso central, como o Canabidiol (CBD). Atualmente, a cannabis medicinal tem sido eficaz no tratamento de epilepsias que não respondem aos tratamentos convencionais. Também são empregados fitocanabinoides no tratamento de ansiedade, depressão, falta de apetite, parkinson, alzheimer, espasticidade, náuseas e vômitos (GRIECO, 2023)

A disseminação dos benefícios da cannabis em terapias para tratar portadores de epilepsias raras atraiu a atenção de diversas famílias no Brasil que passaram a trazer ilegalmente dos EUA medicamentos com CBD para administrarem em seus filhos. Diante das dificuldades para obter o medicamento e das possíveis consequências legais, muitos pais começaram a mover ações judiciais visando garantir o acesso à medicação e a autorização para o plantio doméstico da cannabis

para a produção artesanal de medicamentos, com base no direito fundamental à saúde.

Diante desse cenário, surge o seguinte questionamento: Como a inércia legislativa impede o acesso à saúde dos pacientes que necessitam do uso da cannabis medicinal para fins terapêuticos?

O objetivo dessa monografia, é, portanto, explorar estudos e decisões judiciais e administrativas sobre a regulamentação da cannabis medicinal no Brasil e os impactos da ineficácia do poder público na concretização do direito à saúde.

A justificativa da pesquisa reside na necessidade de entender os efeitos da ausência de regulamentação do uso da cannabis medicinal tanto para os pacientes quanto para o sistema judiciário, bem como a eficácia dos mecanismos legais de proteção à saúde diante da introdução dessa terapia no Brasil. Além disso, a pesquisa também busca auxiliar na discussão de políticas públicas de saúde, fornecendo dados e reflexões através da perspectiva de uma paciente que questiona a eficácia do direito à saúde no país.

Assim, a revisão bibliográfica e documental se apresenta como um método relevante para examinar as pesquisas já feitas sobre o tema, bem como as decisões judiciais e administrativas mais significativas para os que usam a cannabis medicinal, considerando o contexto político e social dessas decisões.

Para uma abordagem mais ampla do tema, a primeira parte da pesquisa apresentou a relação histórica entre o homem e a cannabis, os usos medicinais, ritualísticos e têxteis, as origens biológicas, as variedades, os tipos de cultivo e os efeitos dos fitocanabinoides, bem como os motivos que resultaram na proscrição do vegetal.

O segundo capítulo abordou a violação do direito à saúde dos pacientes tratados com cannabis medicinal à luz das disposições constitucionais. Também foram apresentadas evidências científicas do uso da cannabis medicinal e as implicações factuais da inacessibilidade desses medicamentos face a inação legislativa.

A última parte da pesquisa teve como objetivo analisar a judicialização da saúde frente a RDC nº 660 – ANVISA, que dispõe sobre a importação de remédios com fitocanabinoides, bem como ao precedente paradigma criado no bojo do Habeas Corpus nº 802866 - PR (2023/0047241-7), que dispõe sobre a autorização do cultivo de cannabis medicinal por pacientes, e ainda as implicações para o debate da matéria

após a decisão proferida no julgamento do Tema 506 de Repercussão Geral do Supremo Tribunal Federal, que trata da descriminalização do porte de maconha. Com isso, buscou-se trazer um panorama geral da introdução do uso da cannabis medicinal como terapia no Brasil, explorando as dificuldades encontradas pelos pacientes ao tentarem acessar essas medicações e as repercussões jurídicas e políticas dessa prática terapêutica no país.

2 A RELAÇÃO HISTÓRICA ENTRE O HOMEM E A CANNABIS MEDICINAL

Remonta de milênios a relação do homem com a cannabis, no entanto, é difícil mensurarmos nos dias de hoje, que essa planta, demonizada há um século, tenha sido utilizada para a cura de diversas enfermidades e empregada em diversos usos que facilitaram a vida de diferentes povos ao redor do planeta sem a pecha de qualquer preconceito. Durante o processo de dispersão e ocupação humana nos continentes, a cannabis foi sendo cultivada e geneticamente modificada para atender as mais distintas necessidades do homem.

Nesse sentido, ¹ Clarke and Merlin (apud Henrique Silva Araújo Freire et al , 2021, p. 2), afirmam que:

“A Cannabis sativa L., é uma planta milenar que definitivamente mudou a história da humanidade. Sua domesticação remonta aos primórdios da agricultura e é evidente uma coevolução da planta com os hominídeos. A seleção antrópica moldou a planta, modificou seu conjunto gênico alterando o ²equilíbrio de Hardy-Weinberg, em favor das frequências alélicas que conferiam características produtivas interessantes as necessidades humanas”.

Estudos científicos apontam que as primeiras variedades da espécie surgiram na China, e no decorrer dos séculos passaram por um processo de ultraespecialização biológica em razão das mudanças culturais humanas da primeira revolução agrícola, período em que o homo sapiens passou pela primeira transição demográfica, e começou a se fixar nos territórios, domesticando animais e plantas.

O autor Sidarta Ribeiro (2023, p. 49) aponta que:

A análise comparativa dos genomas de ³maconha originários de muitas regiões diferentes do planeta mostrou que ela foi domesticada pela primeira vez há aproximadamente 12 mil anos, no Leste da China. Essa datação bem no início do período neolítico faz da maconha uma forte candidata ao mais antigo cultivo vegetal do mundo”.

Considerando que a agricultura e a pecuária eram práticas eminentemente predatórias e que o desenvolvimento técnico dessas práticas no período neolítico

¹ Boletim Técnico SIF 2021:03 Bol.Téc.SIF,Viçosa-MG,N.03,p.1-9,2021 ISSN 2763-6860 <http://dx.doi.org/10.53661/2763-686020210000003>. Disponível em: <https://sif.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Boletim-03.pdf>.

² De acordo com Hardy e Weinberg, uma população que não está evoluindo apresenta, de uma geração para outra, frequência dos alelos e genótipos constante. Nesses casos, nos quais se observa apenas a recombinação de acordo com as leis de Mendel, dizemos que a população está em equilíbrio de Hardy-Weinberg.

³ Na Obra As Flores do Bem o autor utiliza o termo maconha para tratar das duas espécies de Cannabis, quais sejam: Cânhamo e maconha.

ainda era incipiente, o homo sapiens se via obrigado a migrar para outros territórios em busca de condições propícias ao cultivo de plantas e pastoreio de animais quando esgotavam os recursos das regiões que habitavam. Além disso, a superprodução de alimentos aumentou significativamente a população mundial fazendo com que grupos de indivíduos entrassem em conflito na disputa por espaços territoriais mais produtivos, aumentando gradativamente a fronteira de exploração agrícola para terras antes inabitadas. Nesse movimento, os povos primitivos levavam consigo suas práticas de caça, cultivo e criação de animais que inevitavelmente foram readaptados em biomas diferentes resultando na diversificação da fauna e da flora.

O primeiro plantio de Cannabis que se tem registro data de mais de 8000 anos a.c. na China (Grieco, 2021; Zuardi, 2006) Na dispersão humana pelos continentes a cannabis conseguiu acompanhar o homem graças a sua incrível capacidade de adaptação em diversos tipos de ecossistemas. Contudo, a notável disseminação da cannabis pelo planeta se deve sobretudo a sua utilidade para o homem, servindo como fibra têxtil para a produção de tecidos, cordoarias em geral, papel, como insumo para a fabricação de óleo, remédio, alimento, incenso, e como erva sagrada utilizada em rituais religiosos por diversas culturas.

Durante os seus processos adaptativos, à proporção que a Cannabis percorria e era disseminada por territórios longínquos como Índia, Afeganistão e Sibéria, o vegetal passou por um processo de segmentação genética dando origem a três subespécies sendo elas: a Cannabis Indica⁴, a ⁵Cannabis Ruderalis e a ⁶Cannabis Sativa (Ribeiro, 2023). As variedades mais conhecidas da Cannabis são o cânhamo e a maconha.

O Cânhamo é uma planta de estatura média, com poucas ramificações laterais, galhos grossos, rica em fibras vegetais que são extraídas dos seus caules (Grieco, 2023). Muito embora o cânhamo e a maconha sejam plantas com formas e crescimentos distintos, para que uma planta seja de fato considerada cânhamo, ela deve conter uma concentração máxima de 0,3 % a 0,2%, de tetrahydrocannabinol

⁴ A **cannabis Indica** é nativa do Afeganistão, Índia, Paquistão e Turquia. As plantas se adaptaram ao clima muitas vezes severo, seco e turbulento das montanhas Hindu Kush. As plantas Indica são curtas e atarracadas, com vegetação espessa e folhas grossas que crescem largas. Elas crescem mais rápido que a Sativa e as suas cepas geralmente apresentam níveis mais altos de CBD e menos THC.

⁵ A **Cannabis Ruderalis** se adapta a ambientes extremos como Europa Oriental, regiões do Himalaia na Índia, Sibéria e Rússia. Possui pouco THC e quantidades maiores de CBD, mas pode não ser suficiente para produzir efeito medicinal. Como é considerada uma planta de baixa potência, é a menos utilizada para fins medicinais.

⁶ A **cannabis sativa** é encontrada principalmente em climas quentes e secos, com longos dias de sol, isso inclui África, América Central, Sudeste Asiático e partes ocidentais da Ásia. As plantas Sativas são altas e finas, com folhas semelhantes a dedos. Elas são plantas altas que levam mais tempo para amadurecer. A sativa geralmente apresenta doses mais baixas de CBD e doses mais altas de THC.

(THC), um fitocanabinoide que produz efeitos psicoativos e que está contido em uma concentração 33 vezes maior na maconha. A variação da concentração máxima de THC de 0,3% a 0,2% depende da regulamentação de cada país onde o vegetal esteja sendo cultivado (Machado, Tacla e Tiosso, 2020)

O delta-9-tetrahidrocanabinol (THC) está presente em todas as partes da planta, entretanto, as flores possuem a maior concentração da molécula, sendo considerado o fitocanabinoide com a ação psicoativa mais relevante. A proporção de THC na cannabis não é uniforme, a variabilidade depende de fatores como espécies, clima, tipo de solo, altitude, tipo de cultivo e período da colheita (Ribeiro, 2023)

O THC possui uma enorme gama de efeitos no organismo além dos efeitos psicoativos. Quando administrados nas doses terapêuticas possui ação ansiolítica e antidepressiva, considerando que ele atua na liberação de neurotransmissores protagonistas no tratamento dessas enfermidades (Grieco, 2023)

O Dr. Mario Grieco (2023, p. 55) cita vários mecanismos de ação do THC no nosso corpo, entre eles, vale a pena destacar os seguintes:

É agonista de receptores de glicina (aumenta a sensibilidade ao glutamato causando relaxamento muscular e alívio da dor) e também do receptor PPAR gamma, reduzindo o crescimento tumoral, causando vasodilatação, regulando a ação de insulina e agindo como anti-inflamatório. Além disso, possui outras propriedades, como ação anticancerígena, antioxidante, analgésica, entre várias outras.

Outro fitocanabinoide também encontrado no Cânhamo é o canabidiol (CBD). Essa molécula pode representar até 40% da planta sendo o segundo fitocanabinoide mais presente na planta, e sua ingestão não resulta em efeitos psicoativos. (Substâncias da maconha, 2015)

Segundo Grieco (2023, p. 60), as evidências científicas corroboram ao afirmar que o efeito analgésico proporcionado por altas dosagens de CBD bloqueia o processo inflamatório no cérebro e no corpo, minimiza os efeitos psicoativos do THC, estimula a calcificação óssea, a saúde cardiovascular e bloqueia o processo de ⁷metástase de tumores por conta da sua capacidade de impedir o suprimento sanguíneo até as células cancerígenas.

Contudo, o CBD presente no cânhamo industrial é subutilizado, visto que, as empresas que produzem e beneficiam o cânhamo industrial fazem a extração em um

⁷ É o processo pelo qual as células cancerosas se desprendem do tumor original e se espalham para outras partes do corpo, formando novos tumores. As células podem entrar na circulação sanguínea ou linfática e alojar-se em tecidos e órgãos distantes do local onde a primeira lesão se iniciou.

processo de prensamento a frio das sementes da planta, resultando em um óleo sem canabidiol (Grieco, 2023). Ocorre que, a ativação da molécula de CBD é feita a partir de um processo de aquecimento da planta, seja das flores da maconha ou das sementes do cânhamo, para resultar na extração de um óleo rico em CBD, cujas moléculas foram transformadas do seu estado ácido para o estado neutro e somente a partir desse estado o CBD e os demais fitocanabinoides conseguem surtir os efeitos químicos, haja vista, que o CBD e o THC in natura, quando não aquecidos, existem apenas na forma de ácidos, conforme leciona o neurocientista Sidarta Ribeiro no trecho a seguir:

É importante saber que a maconha em estado natural não contém THC nem CBD, mas sim suas formas ácidas, THCA e CBDA, que não são psicoativas e que produzem robustos efeitos neuroprotetores, isto é, atrasam ou evitam a morte de células nervosas. Quando esses canabinoides ácidos são aquecidos acima de um limiar de temperatura, sofrem uma reação química de descarboxilação que os converte em THC e CBD. É por isso que a maconha costuma ser aquecida para consumo, seja durante a extração do óleo, seja pela queima, vaporização ou cozimento da erva. Diferentes temperaturas durante a maturação, extração e administração afetam as concentrações relativas de THC, CBD e inúmeras outras moléculas, como os terpenos, que se volatilizam a temperaturas relativamente baixas.

Não obstante, apesar de possuir baixas concentrações de CBD, os produtores do cânhamo mantêm seus interesses econômicos voltados para além da produção de fibras vegetais, enxergando o potencial financeiro dos substratos desse vegetal no emprego da produção de medicamentos, dado que, o CBD derivado do cânhamo pode ser utilizado sem restrições em preparações medicinais por possuir a mesma molécula do CBD encontrado na maconha, contudo, a extração do óleo rico em CBD a partir do cânhamo possui nível de THC inferior a 0,3% (Grieco, 2023).

Henrique Silva Araújo Freire et al (2021, p.2) ao tratarem da importância econômica do cânhamo afirmam:

Atualmente, trinta países permitem o cultivo de cânhamo industrial. A quimiotaxonomia define como cânhamo industrial (hemp), as plantas da espécie *Cannabis sativa* L., com baixo potencial para produzir fitocanabinóides (metabólitos secundários) sendo o limite estabelecido pela maioria das jurisprudências no mundo de 0,3% de THC (delta-9-tetrahidrocanabinol). Padrão que torna o cânhamo inviável para produção de entorpecentes, mas muito útil para uma gama de outras aplicações. Entre elas, fibras, grãos, ou óleos essenciais (integral ou isolado). Recentemente, a produção de extratos botânicos e grãos dominam o mercado devido à crescente demanda de muitas indústrias

incluindo farmacêuticas, alimentos e bebidas, cosméticos, tintas, bioplásticos, biodiesel, etc.

A maconha por sua vez, possui aparência arbustiva, com muitas ramificações e talos repletos de folhas finas e ⁸buds (GRIECO, 2023). Por se tratar de uma planta mais sensível a indicação para seu cultivo recomenda que seja plantada em ambientes quentes com distanciamento de um metro entre as mudas, com controle adequado da umidade para que a planta se desenvolva até a fase em que ela sai do estado vegetativo e entra no estado de floração que pode demorar até 10 semanas a depender da cepa da espécie.

Atualmente, com o desenvolvimento das pesquisas acerca da cannabis; a legalização do uso em alguns países e o cultivo com manejo do melhoramento genético das sementes, já foram identificadas três mil e seiscentas cepas da maconha em todo o mundo dentre as subespécies sativa e índica, sendo difícil para os pesquisadores determinarem, nessa conjuntura, se uma planta é sativa ou índica por conta da variedade do perfil de terpenos e dos fitocanabinoides encontrados em cada cepa, resultando na criação de múltiplas plantas híbridas das subespécies sativa e índica (Quarneti, 2023).

Muito embora o Cânhamo e maconha se diferenciem pela concentração de THC em cada espécime, a indústria consegue produzir plantas no formato arbustivo da maconha para a produção de inflorescências das quais são extraídas o CBD, contudo produzindo um baixo nível de THC, o que poderia naturalmente caracterizar esse tipo de espécime geneticamente modificada como uma muda de cânhamo. Dessa forma, a distinção entre maconha e cânhamo é estabelecida também pelos seus cultivares, se produzidos para produção de fibras têxteis; para a produção de sementes com a finalidade de extração de óleos ou para a produção de inflorescência da qual se extraem fitocanabinoides (As diferenças entre maconha e cânhamo, s.d.).

São diversos os registros históricos da cannabis medicinal, e sabe-se hoje que as propriedades terapêuticas da planta, não estão apenas contidas no CBD, mas a atuação no organismo de seres humanos e animais é mais protetora e eficaz graças ao trabalho em conjunto dos principais grupos de moléculas que compõem o extrato da planta fêmea que são os fitocanabinoides, os terpenos e os flavonoides.

⁸ Botões de flores da maconha onde estão concentrados o THC e o CBD. Os buds florescem apenas durante o desenvolvimento das plantas fêmeas, pois as plantas machos não produzem flores e caso compartilhem o mesmo ambiente com as plantas fêmeas podem atrapalhar a colheita.

Convém destacar que as flores da maconha também chamadas de inflorescências são a parte da planta que contém a maior concentração de fitocanabinoides. Pesquisas científicas apontam que as flores da maconha possuem cerca de 500 moléculas que despertam o interesse biomédico (Ribeiro, 2023).

De modo que, conforme afirma Ribeiro (2023), o extrato vegetal extraído das flores, conhecido como amplo espectro, por se tratar de um extrato completo contendo todas as moléculas em uma única síntese, possui uma capacidade terapêutica superior à utilização isolada de qualquer fitocanabinoide. Pesquisas científicas identificaram que as moléculas encontradas no extrato de amplo espectro atuam de modo colaborativo, o chamado efeito comitiva, assim nomeado pelo dr. Raphael Mechoulam reconhecido como o nome de maior destaque na pesquisa canábica em todo o mundo. Grieco (2023, p.112) afirma que uma pesquisa de 1981 comprovou que o extrato em amplo espectro, possui 330% mais atividade do que o THC puro e isolado.

A sinergia entre as moléculas atua de maneira a potencializar os efeitos benéficos dos fitocanabinoides e minimizar os efeitos deletérios dos mesmos quando ocorre a interação farmacológica dos inúmeros compostos moleculares, que resultam em uma dinâmica compensatória dos efeitos.

Segundo Ethan Russo apud Grieco (2023, p. 112), “a ideia é de que existem muitos compostos fitocanabinoides com atividade terapêutica que, quando combinados interagem produzindo o efeito entourage ou comitiva, aumentando significativamente a atividade canabinoide”.

Um exemplo prático desse efeito pode ser observado em um caso de estudo clínico descrito por Ribeiro (2023, p 79), no trecho a seguir:

Um estudo de caso clínico recentemente publicado relata o uso bem-sucedido de uma mistura contendo diversos terpenos — alfa-pineno, limoneno, linalol, betacariofileno e nerolidol — para reverter a tolerância induzida após três anos de tratamento contínuo com CBD em um adolescente com quadro de autismo. A tolerância induzida é a perda de eficácia após alguns meses de tratamento.

Embora os estudos científicos sobre os compostos da cannabis sejam recentes, o empirismo provou que a eficácia medicinal é contundente e indiscutível. Gontiès e Araújo (2003) reportam que a utilização medicinal da cannabis surgiu em paralelo ao uso ritualístico por diversos povos. Os registros mais antigos datam de

4000 anos na China, cujo uso medicinal é atribuído a um imperador e farmacêutico chamado Shen Nieng, que indicava o uso da erva como terapia para tratar apatia, reumatismo e para a atuação como sedativo.

Dada a importância das aplicações da cannabis em tratamentos terapêuticos transmitidos por séculos pela tradição oral do povo chinês, as resinas da cannabis passaram a constar na lista da farmacopeia chinesa, considerada a mais antiga do mundo, a Pen-Ts'ao Ching, cuja compilação data de mais de 2000 anos, como substância terapêutica para tratar distúrbios ginecológicos, reumatismos e constipação intestinal (Grosso, 2019).

Conforme descreve Ribeiro (2023, p. 57) “O fundador da cirurgia chinesa, Hua T'ô (110-207 d.C.), prescrevia maconha para anestesia durante a realização de operações dolorosas. Hoje sabemos que a maconha efetivamente ajuda em todos esses quadros, por suas propriedades analgésicas e anti-inflamatórias”.

Na Índia a utilização da Cannabis atravessou séculos sem oposição ou resistência por se tratar de um uso culturalmente aceito na sociedade indiana, e que se perpetua até os dias atuais, especialmente, pelos praticantes da religião hindu, que consideram a cannabis como uma dádiva oferecida pelo deus Shiva à humanidade.

A força da tradição oral manteve o uso da cannabis atrelado aos mais diversos aspectos da vida desse povo, inclusive no uso medicinal, chancelado pela presença da herbácea na mitologia e nas práticas religiosas.

Dada à presença da erva no contexto histórico e cultural da Índia, todos os anos os hindus comemoram o Maha Shivaratri, a grande noite de Shiva, divindade que representa a destruição e regeneração da energia vital, e o festival Holi, também conhecido como guerra das cores, no qual as pessoas jogam pós e tintas coloridas umas nas outras e consomem grande quantidade de uma bebida feita à base de leite e Cannabis, chamada Bhang, e bolinhos igualmente feitos a partir da planta que são ingeridos em oferenda ao deus Shiva (Kalant apud Grieco, 2023).

As indicações do uso da cannabis medicinal na Índia eram bem mais abrangentes do que na China, sendo recomendada no tratamento das mais diversas enfermidades desde problemas intestinais como diarreia, verminose, cólica, como também para tratar dores, raiva, tétano, epilepsia, ansiedade reumatismos e infecções (Ribeiro, 2023).

Entretanto, o uso religioso da Cannabis na Índia é anterior ao uso medicinal, sendo utilizado como meio de “libertar a mente das coisas mundanas e concentrá-la no Ente Supremo (Graeff apud Gontiès e Araújo, p. 52, 2003).

A introdução e disseminação do uso da Cannabis nas regiões do oriente médio, se estendendo pelo norte do continente africano até a Grécia, e na Europa, em período posterior durante as cruzadas, ocorreu em razão de dois aspectos. O primeiro aspecto diz respeito aos efeitos psicoativos produzidos pelo THC contido na planta que, nos casos de superdosagem, podem acarretar uma alteração no fluxo de consciência, e muitas vezes alucinações e estados de euforia, mimetizando um verdadeiro transe.

Ressalta-se que para esses povos, os efeitos da cannabis até então eram desconhecidos e dada as condições materiais anteriores ao surgimento do paradigma científico pós-moderno, o homem justificava o desconhecido e os fenômenos naturais através de explicações mágicas para justificar suas expectativas em poderes divinos, expandindo o mundo físico até o mundo sobrenatural, e por essa razão alguns povos deram à Cannabis o status de erva sagrada ofertada pelas divindades criacionistas utilizando-a como portal de acesso para a conexão com o divino.

Costa e Gontiès apud Gontiès e Araújo (2003), ao abordarem a relação entre o uso da cannabis medicinal e a mística religiosa, trazem o segundo relato:

Segundo Costa e Gontiès (1997), mencionando relatos de Remini(s/d), eram encontrados com frequência nos livros de medicina no século XIII prescrições da maconha por parte de feiticeiros e curandeiros em diversas enfermidades. Estes autores ainda dissertam sobre a chegada da Cannabis na Grécia com os rituais dionisíacos. Durante os rituais ao herói micênico Dionísio, em celebrações públicas e nos rituais da natureza, no terceiro dia de manifestações, utilizava-se de uma bebida denominada panspermia, produzida de diversas ervas, incluindo-se a maconha.

Durante o processo de colonização dos países asiáticos, os europeus tiveram contato com a cannabis medicinal através dos compêndios e tratados de medicina e das práticas terapêuticas dos povos colonizados que faziam uso medicinal das resinas da cannabis há milênios para tratar enfermidades ginecológicas, convulsões, problemas intestinais, ansiedade, tristeza, enfim, a erva era uma verdadeira panaceia.

Como resultado dessa interação entre saberes de povos distintos, se destaca no uso na medicina canábica, o exemplo do Dr. William Brooke O’Shaughnessy, médico irlandês convocado para servir no exército inglês na Índia, sendo considerado o primeiro médico a difundir a cannabis medicinal na Europa em razão das suas

experiências com pacientes indianos acometidos por artrite com rigidez articular. O médico também relatou que em um dos seus estudos clínicos ao administrar a cannabis a um paciente acometido pela ⁹hidrofobia, houve uma redução na dor e nos espasmos musculares causados pela doença, declarando que: “o uso desta medicação, se não levar à cura da doença, pelo menos alivia os sintomas, permitindo a morte digna” (Macgillivray apud Rodrigues Neto et al, 2023).

As compilações médicas e farmacêuticas dos indianos estão registradas em seus textos sagrados onde são transmitidos os ensinamentos religiosos, o folclore, a magia e os conhecimentos médicos e por essa razão a aceitação da utilização da cannabis medicinal é sedimentar naquela cultura. Segundo o autor Sidarta Ribeiro (2023), o conhecimento terapêutico relativo ao uso cannabis medicinal está contidos nos seguintes manuscritos:

O Atharva Veda, uma compilação de textos sagrados datada entre os séculos 12 e 9 a.C., lista a maconha como uma das cinco plantas sagradas, capaz de promover liberdade e alegria. Referências antigas ao uso terapêutico da maconha também ocorrem nas escrituras Satapatha Brahmana (entre os séculos 10 e 8 a.C.) e Sushruta Samhita (entre os séculos 4 a.C. e 6 d.C.).¹⁸ O “Compêndio da essência da medicina” de Vangasena, um texto aiurveda do século 11 d.C., prescreve a Cannabis para aumentar afelicidade e a duração da vida com boa saúde.

O segundo aspecto que determinou a disseminação da cannabis para outros continentes se deve à multi utilidade do cânhamo. Após chegar ao continente europeu e se disseminar pela Europa durante o período das cruzadas, o cânhamo passou a integrar o vestuário dos mercadores europeus e das forças navais, pois o Cânhamo era utilizado para a produção das velas dos navios e da vestimenta dos marinheiros, se tornando importante produto naval para as potências colonizadoras.

Embarcado nas grandes caravelas o cânhamo chegou às Américas pelas mãos dos colonizadores europeus que aproveitaram a vastidão das terras recém ocupadas para cultivar a planta em razão da sua importância estratégica para as forças navais e como meio de criar objetos de utilidade prática do dia a dia como sacos, lonas, vestimentas, cordas e etc. Para exemplificar a importância do cânhamo para os colonizadores, segue trecho da obra *As Flores do Bem*, do autor Sidarta Ribeiro (2023, p. 59):

⁹ Também conhecida como Raiva, a hidrofobia é uma doença infecciosa aguda que leva à morte, sendo causada por um vírus.

Nos séculos seguintes, os colonizadores e seus descendentes espalharam pela América o cultivo do cânhamo com finalidades têxteis. Thomas Jefferson, principal redator da Declaração de Independência dos Estados Unidos em 1776, afirmou que “o cânhamo é de primeira necessidade para a riqueza e proteção do país”. George Washington, o primeiro presidente do país, declarou: “Aproveite ao máximo a semente de cânhamo indiano e semeie em todos os lugares”. Para suprir sua indústria naval, a Coroa portuguesa criou em 1783, no Rio Grande do Sul, a Real Feitoria do Linho Cânhamo.

Enquanto o cânhamo seguia sua disseminação nas Américas por iniciativas dos colonizadores europeus, como os portugueses que instalaram a Real Feitoria do Linho Cânhamo no Rio Grande do Sul, a introdução da maconha nas Américas e, especialmente, no Brasil, é oriunda dos navios negreiros sendo trazida pelos povos escravizados do atual território angolano para ser utilizada de forma recreativa e medicinal com o propósito de apaziguar as angústias dos infortúnios causados pela escravidão. Essa hipótese é ratificada pela utilização das palavras, *liamba* e *diamba*, palavras do dialeto angolano outrora utilizadas para se referirem à maconha. (RIBEIRO, 2023)

Contudo, o uso recreativo pelos escravizados também está associado à manutenção das relações sócios culturais fragmentadas pelo distanciamento do território nativo, da imposição de novos costumes, e da violência dos colonizadores, se manifestando como uma forma de resistência e manutenção da identidade desses povos através das rodas de conversas onde eram partilhados os saberes ancestrais e cigarros de maconha. Macrae apud Dias; Santos (2021, p. 7), ao discorrerem sobre o uso recreativo da maconha pelos escravos defendem o seguinte entendimento:

A compreensão de tal uso a partir da definição “recreativa” remete à diversão e ao lazer, e estaria associado a momentos de socialização e descanso. O significado dessa expressão se faz, também, por eliminação, ou seja, designa aqueles usos não medicinais, religiosos ou industriais. Contudo, cabe salientar que o uso recreativo de substâncias psicoativas não é necessariamente não-ritualístico. No caso da maconha, por exemplo, é comum a existência de rituais – o fumo em rodas, o compartilhamento do cigarro, entre outros. Controles e sanções cerimoniais partilhados pelos usuários fazem parte desses usos e saberes inter-relacionais.

Não obstante a maconha também era utilizada como emplastos para curar as feridas causadas pelos açoitamentos dos povos escravizados, graças aos seus efeitos anti-inflamatórios.

Ao longo de séculos a planta foi sendo disseminada no Brasil, não apenas entre os escravos mas também pelos povos indígenas que passaram a cultivar a cannabis para utilização em rituais religiosos e em tratamentos terapêuticos sendo considerada por alguns povos originários desde então como uma¹⁰ “medicina” para tratar da alma e do corpo.

Elisaldo Carlin (2005, p 2), eminente pioneiro da medicina canábica no Brasil afirma que “pouco se cuidava então desse uso, dado estar mais restrito às camadas socioeconômicas menos favorecidas, não chamando a atenção da classe dominante branca”. Até o início do século passado era comum a venda de cigarros broncodilatadores para tratar a asma, diminuir a secreção das vias respiratórias e também para combater a insônia.

Entretanto, MacRae e Simões apud Gontiès; Araújo (2003, p. 57) afirmam que a detração da cannabis já despontava seus primeiros sinais no início do século XX:

O código Penal da República, em 1890, mesmo proibindo a comercialização de “coisas venenosas”, não se referia diretamente a proibição da venda da maconha. Porém, faz-se necessário destacar que só no início do século passado, passou-se a considerar a maconha como uma droga perigosa, tendo em vista sua utilização por parte das camadas populares dos centros urbanos, cristalizando-se a ideia entre autoridades médicas e policiais a polissemia “pobre-preto-maconheiro-marginal-bandido”.

No início do século passado, a perseguição à cannabis foi sendo consolidada no Brasil em razão da associação feita entre a planta e os indivíduos negros marginalizados. Assim como o samba e o candomblé a maconha também foi proibida e desqualificada por conta da sua referência identitária afro-brasileira, tendo em vista, que o discurso acadêmico no início do século XX estava pautado no racismo científico que atribuía ao povo negro a desordem e o caos social, sendo a eles vedada a expressão de práticas religiosas ou culturais.

Alia-se a isso, a forte concorrência que a indústria do cânhamo sofria pelas empresas produtoras de algodão e celulose, dado que, no início do século passado o Brasil possuía uma forte indústria têxtil nacional sendo responsável por mais de 70% do consumo interno de tecidos de algodão e cuja solidificação da estrutura dessa indústria, desde o plantio até o beneficiamento da commodities, era uma política de

¹⁰ Tratamentos terapêuticos indígenas feitos a partir de plantas também conhecidas como “remédios do mato”, que integram um conjunto de saberes e práticas desses povos e que são repassados pela tradição oral para as gerações seguintes.

Estado, sendo criado naquela época dentro do Ministério da Agricultura o Serviço de Algodão (Nunes, 2020).

O ambiente de proibição da cannabis no Brasil também foi sendo legitimado pela repressão norte-americana à cannabis e pelos discursos médicos proferidos na II Conferência Internacional do Ópio promovida pela Liga das Nações em 1924 (Carlini, 2006)

O discurso médico da época totalmente contaminado por um viés moralizante e racista relacionou os efeitos psicoativos da cannabis à criminalidade, à violência, à loucura e à lascívia, tendo sido propagado sem qualquer embasamento científico. Contudo, o prestígio do conhecimento médico conseguiu triunfar e relegou a cannabis à lista de plantas proscritas no Brasil e em diversos países signatários da Liga das Nações, ficando proibida a produção, fabricação, importação, exportação, comércio e uso de substâncias extraídas da cannabis.

A imposição legal que recriminou o uso da cannabis implicou no banimento da planta dos laboratórios de pesquisa, mesmo não havendo determinação legal que a proibisse. Todavia, o desinteresse científico foi estimulado não somente pelas dificuldades impostas no acesso aos seus compostos biomédicos, que não podiam ser produzidos no Brasil e cuja importação era sobremaneira complicada, mas também pela demonização da planta no imaginário social.

Como não haviam pesquisas científicas que advogassem a favor dos benefícios terapêuticos da cannabis, ela foi posta no ostracismo até a década de 60. O dr. Raphael Mechoulam nos idos dos anos 60 deu início às pesquisas relativas aos efeitos do THC no cérebro humano como objeto de estudo e de partida para o início das descobertas que se seguiram acerca dos efeitos da cannabis no organismo humano. Posteriormente, o dr. Elisaldo Carlini e demais pesquisadores brasileiros, lançaram luz sobre os componentes químicos da cannabis e seus benefícios terapêuticos no tratamento de inúmeras doenças ao tomarem a iniciativa de pesquisar sobre a herbácea, a despeito de toda controvérsia legal e social produzida em torno da cannabis no país, com a ajuda do dr. Mechoulam.

Considerando todo o histórico da cannabis medicinal e suas propriedades farmacológicas, não podemos perder de vista o fato de que o consumo da cannabis atrapalha o desenvolvimento cognitivo de crianças e jovens e o seu uso só pode ser administrado quando a necessidade da administração de doses terapêuticas produz mais impactos benéficos na saúde do que os efeitos adversos causados pelo THC.

3 A VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DOS PACIENTES DEPENDENTES DE CANNABIS MEDICINAL

Os artigos 6º, 196 e 198, II, da Constituição Federal de 1988 configuram a saúde como um direito social fundamental e inalienável, com abrangência universal de responsabilidade estatal fundamentado na dignidade da pessoa humana. Assim, ao dispor sobre o direito à saúde atrelado ao princípio da dignidade humana, a constituição procura vincular o Estado à finalidade de oferecer o mínimo necessário aos indivíduos quanto ao acesso às prestações de saúde que importem na proteção, recuperação e promoção da saúde.

Convém destacar, que o princípio da dignidade da pessoa humana, configura-se como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, disposto no artigo 1º, III, do texto constitucional, consistindo na garantia negativa de interferência da auto disponibilidade e autodeterminação humanas e na garantia positiva do pleno desenvolvimento da personalidade dos indivíduos manifestada pela razão humana (Maihofer apud Tavares, 2021).

Cunha Júnior (2020) destaca que essa concepção extrapola o simples acesso a serviços médicos e hospitalares, integrando um conceito ampliado de bem-estar físico, mental e social, que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas inclusivas e eficazes. O artigo 6º, ao incluir a saúde no rol de direitos sociais, juntamente com a educação, o trabalho, o saneamento básico e a moradia, reforça o compromisso constitucional do Estado brasileiro em promover condições dignas de existência a todos os cidadãos, sem distinção.

Nesse sentido, o artigo 196 é ainda mais enfático ao determinar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser concretizado por meio de políticas sociais e econômicas direcionadas à redução de riscos de doenças e à garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde. Inspirado no texto constitucional, Queiroz (2014, p. 19) defende que:

Não resta qualquer dúvida acerca do papel da saúde como garantia da capacitação das liberdades humanas, de modo que, sendo um consectário dos direitos à vida e à dignidade da pessoa, compreende o rol mínimo existencial humano, no sentido de que compõe os atributos sem os quais o indivíduo não sobrevive e não progride.

Esse imperativo constitucional exige do poder público a disponibilização de prestações positivas que supram as necessidades mais básicas para o ser humano como educação, lazer, moradia, saneamento básico, seguridade social e também de serviços de saúde que importem em seu pleno desenvolvimento. Os serviços de saúde devem abranger a oferta de medicamentos, atendimentos médicos de urgência, de alta e média complexidade, vigilância sanitária e epidemiológica e atenção hospitalar. Todavia, também é responsabilidade do poder público a criação de políticas públicas e regulamentações de saúde que importem no resguardo, manutenção e recuperação, ainda que parcial, da saúde abrangendo uma generalidade indistinta de indivíduos.

Nesse sentido, a falta de regulamentação federal que disponha sobre o acesso a medicamentos formulados com fitocanabinoides representa uma violação do direito à saúde dos enfermos dependentes destas medicações.

Dentro dessa lógica, em razão da falta de regulamentação nacional França e Oliveira (20, p. 5) apontam que, “atualmente, no Brasil existem maneiras de adquirir o medicamento a base de canabidiol, porém o acesso é caro e difícil, com vários procedimentos burocráticos. Se a cannabis fosse cultivada no nosso país para pesquisa e para produção de medicamentos o tratamento seria bem mais acessível aos pacientes”.

Na mesma linha, a inexistência de regulamentação federal específica que disponibilize o acesso à medicamentos produzidos com as moléculas extraídas da cannabis, também impacta na inserção de vários agentes na cadeia produtiva desses medicamentos, visto que, atualmente, apenas algumas associações e laboratórios multinacionais possuem autorização judicial ou administrativa para comercializar tais medicamentos em território nacional, em clara afronta ao preceito constitucional da livre concorrência, dificultando o acesso desses medicamentos aos seus dependentes (Santos e Vasconcelos, 2020).

A inércia legislativa em regulamentar o acesso da cannabis medicinal, conforme aponta Guimarães (2023), constitui uma grave omissão estatal que prejudica a materialização do direito à saúde, ao impedir que tratamentos reconhecidamente eficazes, como os produzidos com canabidiol, sejam acessíveis a quem deles necessita. Essa omissão legislativa não só compromete a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu princípio de universalidade, mas força muitos pacientes a buscarem o Judiciário como única via para assegurar seus direitos, o que

revela um cenário de judicialização da saúde que não deveria existir em um sistema de saúde bem estruturado.

Assim, a análise dos artigos 6º e 196 evidencia que garantir o direito à saúde significa mais do que oferecer infraestrutura hospitalar e médica. Implica, também, na criação de um ambiente normativo que permita o acesso seguro e equitativo a todas as terapias disponíveis e validadas cientificamente, eliminando barreiras regulatórias e preconceitos que possam obstruir o pleno exercício desse direito fundamental (Guimarães, 2023).

O papel do Estado na garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é uma das principais funções atribuídas ao poder público, especialmente em países como o Brasil, onde a Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Entretanto, o direito à saúde é transposto pela proibição generalista e abstrata prevista no artigo 33, da Lei 11.343/2006, conhecida como Lei antidrogas, que fixa como crime o manuseio de plantas que possam constituir-se em matéria-prima para drogas, “sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”. (Brasil, 2006). De tal modo, ocorre a precedência e priorização fática do disposto em uma lei infraconstitucional frente a uma garantia constitucional de responsabilidade estatal.

Essa precedência acaba afetando diretamente os pacientes dependentes de medicações formuladas a partir de princípios ativos derivados da cannabis (França; Oliveira, 2020).

A responsabilidade estatal envolve a oferta de serviços, infraestrutura de saúde, criação e implementação de políticas públicas que assegurem a equidade no acesso a tratamentos e medicamentos, tendo em vista, a proteção do mínimo existencial. A omissão do poder público quanto ao acesso de medicações derivadas da cannabis medicinal constitui flagrante desrespeito ao mínimo existencial, culminando na busca da tutela jurisdicional nos casos em que pacientes buscam no judiciário uma via de acesso à medicações para melhora ou manutenção da saúde. A atuação do judiciário em face das ações judiciais para a garantia de prestações de saúde implica na interferência do equilíbrio do princípio da separação dos poderes através do ativismo judicial que substitui a competência executiva e legislativa (Zanferdini; Montes Neto; Nunes, 2020).

A garantia do direito à saúde previsto no texto constitucional é executada pelo Sistema Único de Saúde, no entanto, o cumprimento efetivo dessa garantia muitas vezes esbarra em desafios como a falta de regulamentação de novas terapias, novos medicamentos e a carência de recursos financeiros e humanos no sistema público de saúde.

Destarte, o papel do Estado vai além da disponibilização de serviços de saúde; ele deve atuar como garantidor de um sistema que seja verdadeiramente inclusivo e eficiente, capaz de atender às necessidades de todos os cidadãos, promovendo políticas que integrem novas tecnologias e terapias de maneira a superar obstáculos econômicos, sociais e culturais que ainda persistem na sociedade brasileira.

3.1 Direito à saúde e o dever do estado

A responsabilidade do Estado em assegurar políticas públicas que garantam o acesso a tratamentos eficazes é um aspecto fundamental para a efetivação do direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988. Contudo essa responsabilidade está fragmentada em diversas funções como leciona Gabardo e Hachem apud Cabral (2020, p. 49), se não, vejamos:

A partir da interpretação sistemática dos enunciados constitucionais que tratam sobre o direito à saúde, vê-se o surgimento de um direito fundamental em sentido amplo que reúne várias prestações jurídicas jusfundamentais com diferentes funções, sejam elas: função de defesa, por meio da qual há liberdade de escolha de práticas diagnósticas, métodos terapêuticos e medicamentos que o titular do direito vai utilizar, vedando-se imposições estatais; função de prestação fática, pela qual deve-se fornecer serviços médicos ambulatoriais ao cidadão; função de organização, para criação de órgãos e pessoas jurídicas bem estruturados para atendimento da população; função de procedimento, pela qual o Estado deve elaborar normas administrativas para regulamentação da distribuição gratuita de medicamentos, assim como formular listas de medicamentos que integram o componente básico da assistência farmacêutica; e função de proteção, definindo-se uma política pública sanitária que fixe normas proibitivas acerca da comercialização de produtos e insumos potencialmente causadores de risco à saúde, também fiscalizando a observância de tais normas pelos particulares.

Das funções supramencionadas, a função de defesa e a função de procedimento merecem destaque, dada a inexecução dessas funções pelo poder público quanto à indisponibilidade de medicamentos e a inexistência de

regulamentação das medicações derivadas da cannabis medicinal, denotando a falta de amplitude do direito à saúde dos seus dependentes.

As funções mencionadas por Gabardo e Cabral apud Hachem são executadas através do Sistema Único de Saúde (SUS) que surge como instância unificada para dirimir e atuar acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, sendo constituído como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

Convém salientar, que conforme dispõe o artigo 198, §1º, da Constituição Federal, o SUS possui uma divisão de recursos tripartite, considerando que o seu financiamento advém dos “recursos orçamentários da seguridade social, da União, dos Estados e dos municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988).

Dentre os princípios preconizados pelo SUS, a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, disposto no art. 7º, III, da Lei 8.080/1990, justifica a iniciativa de pacientes que buscam a inclusão da cannabis medicinal na lista de medicamentos do SUS. O SUS foi criado para servir como um instrumento de inclusão, viabilizando o acesso de cada indivíduo à medicamentos e terapias cuja eficácia é comprovada, até mesmo as medicações resultantes de inovações terapêuticas, como os derivados da cannabis medicinal. Estudos científicos têm demonstrado que essas substâncias são eficazes no tratamento de condições como epilepsia refratária, dor crônica, esclerose múltipla e outras patologias que afetam gravemente a qualidade de vida dos pacientes. Nesse viés, Gabardo e Cabral (2020, p. 507) afirmam que:

Não se pretende incitar aleatoriamente o uso de substâncias proscritas, mas sim defender a criação de um conjunto normativo apto a garantir o acesso destas substâncias a pacientes que delas dependem, concretizando o direito fundamental à saúde sob um espectro não tradicional, inclusive, se necessário, modificando a anterior lógica de configuração institucional do Estado brasileiro.

A responsabilidade do poder público não se limita à criação de serviços de saúde, ainda, é essencial que se fomente a pesquisa e a produção de conhecimento sobre o uso de substâncias inovadoras, criando um ambiente propício para a

realização de estudos clínicos que possam apoiar a inclusão dessas terapias na rede pública de saúde.

Vale citar, que ainda não se estabeleceu um diálogo entre as instâncias executiva, legislativa e judiciária para fomentar estudos conjuntos que importem no esclarecimento dos efeitos terapêuticos da cannabis medicinal perante o Ministério da Saúde. As razões para a falta de estudos conjuntos se devem ao fato da cannabis medicinal figurar na lista de substâncias controladas e da determinação contida no art. 33 da Lei 11.343/2006, conhecida como Lei antidrogas, como também por conta do preconceito e da ignorância voluntária das autoridades tomadoras de decisões.

A lacuna de estudos científicos promovidos pelo poder público também figura como óbice para que se crie uma regulamentação a nível federal que autorize o cultivo da cannabis pelos pacientes dependentes das medicações extraídas de seus compostos químicos e a distribuição de medicamentos via SUS. Esse impedimento também inviabiliza a produção de medicamentos à base de cannabis por laboratórios nacionais e associações de pacientes, sem que haja a interferência do judiciário, muito embora, estudos científicos produzidos por inúmeras instituições de pesquisa, comprovem os efeitos terapêuticos da Cannabis medicinal, conforme destacam Santos e Vasconcelos (2020). Seguindo a lógica constitucional, Santos e Vasconcelos (2019, P. 3) alegam que:

Havendo uma substância que poderá auxiliar o tratamento de doenças, com referida comprovação científica, o país não pode, sob ofensa grave ao direito à saúde, impedir que a população tenha acesso ao tratamento. É parte integrante do direito à saúde que o paciente e seu médico possam optar pelos melhores tratamentos disponíveis no estado da arte do desenvolvimento fármacocientífico.

A despeito da falta de regulamentação nacional, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo começou a disponibilizar à população, desde o mês de junho do ano corrente, medicamentos produzidos à base de canabidiol através do SUS, com base no Decreto nº 68.233 de dezembro de 2023. Inicialmente, os pacientes com síndrome de Dravet, síndrome de Lennox-Gastaut e esclerose tuberosa serão contemplados com a distribuição dos medicamentos. Isso ocorre, porque esses pacientes são refratários aos tratamentos convencionais e, além disso, tais síndromes apresentam seus sintomas clínicos severos nos primeiros anos de vida, atrapalhando o desenvolvimento das crianças portadoras dessas doenças raras.

Ademais, foram aprovados projetos de leis determinando a distribuição de medicamentos à base de cannabis medicinal nos estados do Acre, Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, São Paulo e Tocantins. Entretanto, nem todos os estados disponibilizaram a medicação em suas circunscrições.

Essas iniciativas das Assembleias Legislativas Estaduais refletem a inação estatal frente a regulamentação do acesso à cannabis medicinal. Não obstante o SUS possua responsabilidade tripartite, e os entes estaduais possuam competência concorrente com a União para legislar sobre a proteção e defesa da saúde, conforme disposto no artigo 24, XII, da Constituição Federal, a exiguidade de legislação nacional sobre a matéria pode ocasionar a criação de critérios de recebimento e parâmetros de distribuição de medicamentos distintos em cada estado.

A urgência na regulamentação e no acesso público é facilmente percebida quando se evidenciam os custos do tratamento à base de cannabis medicinal. Conforme aponta estudo realizado pela Cannect, Ecossistema de Cannabis Medicinal da América Latina, publicado em janeiro de 2024, o custo médio de medicações produzidas à base de cannabis medicinal gira em torno de trezentos reais, sem levar em conta o valor das consultas dos poucos profissionais especializados em medicina canábica no Brasil que podem custar no mínimo cento e setenta e cinco reais.

A soma dos valores do tratamento global incluindo medicação e consulta se torna insustentável para a maioria dos pacientes dependentes da medicação, o que faz urgir a inserção dos medicamentos elaborados à base de cannabis medicinal à lista do SUS e/ou a liberação do cultivo da cannabis medicinal para fins terapêuticos pelos pacientes usuários destas medicações.

A recente inclusão de medicamentos essenciais na lista do SUS, aprovada pela Câmara dos Deputados Federais, exemplifica como a atualização e inserção de novas terapias deve ampliar o acesso a tratamentos eficazes, refletindo a necessidade de que novas terapias sejam rapidamente disponibilizadas para a população através do SUS. (Portal Câmara dos Deputados). Ademais, a determinação do Senado para que o SUS tenha um prazo máximo para ofertar novos tratamentos e medicamentos reforça a urgência dessa responsabilidade e a necessidade de um sistema que responda rapidamente às inovações terapêuticas (Agência Senado, 2024).

Dessa forma, a falta de uma política pública robusta que atenda a essas demandas não só compromete a saúde dos indivíduos, como perpetua desigualdades

no acesso aos tratamentos, especialmente em um contexto em que a evidência científica aponta para a eficácia de determinadas terapias que ainda não estão disponíveis no sistema público de saúde de forma isonômica. Por conseguinte, essa situação configura-se alarmante, pois impede que a população mais vulnerável, que depende do SUS para acessar cuidados de saúde, tenha acesso a opções terapêuticas que poderiam fazer a diferença em suas vidas.

Seguindo esse entendimento Santos e Vasconcelos (2020, p.3) argumentam que:

Não há justificativa jurídica possível para a proibição de acesso aos medicamentos à base de Cannabis. A falta de regulamentação do uso medicinal e científico da Cannabis no Brasil, situação em que estávamos até o final do ano passado, e ainda parcialmente nos encontramos, é um clássico caso de omissão e anacronismo institucional.

Além disso, a falta de regulamentação impede que pacientes que necessitam de medicamentos inovadores tenham acesso, através do SUS, a opções terapêuticas que são cientificamente validadas e reconhecidas por sua eficácia, levando muitos a recorrerem ao sistema judicial em busca de autorização para o uso de substâncias que, embora reconhecidas em outros países e por estudos científicos, ainda não foram integradas ao rol de medicamentos disponibilizados pelo SUS. Essa judicialização da saúde evidencia um descompasso entre o que está previsto na Constituição e as medidas esperadas dos poderes legislativo e executivo.

No estado democrático de direito a execução dos propósitos e plataformas de governo ocorrem através de programas e ações instituídos por políticas públicas que refletem as mudanças efetivas e significativas que alteram positivamente a realidade social da população (Souza 2006). À vista disso, Bucci apud Queiroz (2014, p 15) esclarece que a política pública “resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados (...) visando coordenar os meios à disposição do Estado, e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”.

Nesse sentido, segundo manual do TCU, para que uma política pública venha a ser implementada pelo SUS é precipuamente necessária a existência da demanda social, relacionamento intergovernamental, o desenho institucional da política, os recursos financeiros, a regulamentação, os meios para o desempenho dos objetivos e a determinação dos impactos a serem alcançados.

Para além de todos esses requisitos, a vontade política se sobressai como critério mais importante para que uma política pública seja instituída. No caso da cannabis medicinal, a vontade política para a criação de uma política pública ou criação de regulamentação que disponha sobre o acesso a medicamentos a partir do SUS ou o cultivo de mudas de cannabis medicinal pelos pacientes, se mostra como um obstáculo intransponível no atual contexto político do país, impedindo que os pacientes dependentes das medicações formuladas com fitocanabinoides tenham um acesso isonômico aos serviços de saúde e à medicação.

Enquanto isso não ocorre, o ativismo judicial, nessa conjuntura, ainda que, muitas vezes uma solução necessária para assegurar os direitos dos pacientes, não deve ser a única forma de acesso a tratamentos adequados. O ideal é que o Estado atue de maneira proativa, promovendo a saúde pública através da regulamentação eficiente e da implementação de políticas que atendam às necessidades dos pacientes e respeitem o princípio da dignidade humana, garantindo que todos tenham acesso a opções terapêuticas válidas e eficazes. Nesse sentido, Lemos Júnior e Araújo, (2023, p. 2020), ao discorrerem sobre o ativismo judicial gerado em torno do direito à saúde, alegam que:

Enquanto direito social, a saúde, assim como os demais direitos desse âmbito, remete a prestações positivas proporcionadas pelo Estado, de forma direta ou indireta, que possibilitam melhores condições de vida aos mais vulneráveis, buscando igualizar situações sociais desiguais. O problema é que as ações de políticas públicas voltadas à saúde, que deveriam implicar em diretrizes, estratégias, prioridades e metas a serem perseguidas de forma eficiente pelos órgãos públicos, em virtude das crescentes demandas sociais e anseios da coletividade, restam frustradas ante a ineficiência do Poder Executivo em gerir os recursos disponíveis e do Poder Legislativo em elaborar legislações que garantam a efetividade desse direito.

Cumprido destacar que a judicialização dos pacientes dependentes da medicação cujo composto ativo é extraído da cannabis medicinal, inicialmente se resumia à garantia do direito de importar medicações desta natureza produzidas em outros países. A primeira decisão judicial favorável foi prolatada em 2014 e autorizou os pais da paciente Anny Fischer a importarem a medicação dos EUA para tratar a síndrome CDKL5 da qual a criança é portadora e que lhe acometia centenas de convulsões em uma semana e que após o tratamento com a cannabis passaram a ocorrer em média três vezes ao mês. O caso se tornou tema do documentário “Illegal” e foi publicizado em vários programas da tv aberta no país.

Em 2015 a ANVISA retirou o CBD da lista de substâncias proscritas no Brasil reclassificando-a como substância de uso controlado através da RDC nº 3, de 26 de janeiro de 2015, e ainda no mesmo ano permitiu a importação de medicamentos de farmacêuticas internacionais contendo CBD e THC, com concentração inferior ao CBD, para fins terapêuticos, definindo os critérios e procedimentos a serem cumpridos por pessoas físicas para importação destes medicamentos “mediante prescrição de profissional habilitado para tratamento de saúde” por meio da RDC nº 17, de 06 de maio de 2015.

Essas determinações foram emitidas tendo em vista o acúmulo de ações judiciais solicitando a importação das medicações produzidas com os fitocanabinoides. Além disso, a pressão social e midiática suscitada pela situação precária dos pacientes com doenças raras que dependiam dos medicamentos produzidos com CBD e cuja obtenção da medicação por seus familiares ocorria à sombra da marginalidade, bem como a tendência internacional de permitir a utilização dessas medicações em face das evidências clínicas e científicas também contribuíram para que a ANVISA permitisse a importação de medicamentos desta ordem.

Ocorre que as medicações importadas em 2020 e ainda hoje têm um custo considerável para a maioria dos dependentes destas medicações, o que torna a medida administrativa tomada pela ANVISA praticamente inócua considerando o tamanho do gargalo gigantesco de pacientes necessitados desta medicação.

3.2 Autonomia do Paciente e o Direito de Escolha Terapêutica

A autonomia do paciente é um conceito que se fundamenta na ideia de que os indivíduos têm o direito de governar suas próprias vidas, especialmente em relação à sua saúde e bem-estar. Esse princípio é essencial no contexto médico, onde os pacientes devem ser vistos como parceiros ativos nas decisões sobre seu tratamento, e não apenas meros receptores de cuidados (Oliveira Júnior et al, 2013). No campo da saúde, a autonomia dos indivíduos atua de modo a promover que os pacientes tenham acesso a informações claras e completas sobre suas condições de saúde e as opções de tratamento disponíveis, permitindo-lhes tomar decisões informadas que reflitam suas preferências e valores pessoais.

A autonomia é respaldada por diretrizes éticas e legais, incluindo o Código de Ética Médica, que afirma que é dever do médico respeitar a vontade do paciente (Ugarte e Acioly, 2014). Ainda, a autonomia também é reforçada por instrumentos legais como o Testamento Vital, que permite que indivíduos expressem suas preferências em relação a tratamentos futuros (Melo, 2024). No caso da cannabis medicinal, a autonomia do paciente se torna particularmente relevante, uma vez que as terapias baseadas em cannabis oferecem alternativas que muitas vezes não são abordadas nas práticas médicas tradicionais.

Na bioética, a autonomia não é entendida apenas como um direito individual, mas também como uma responsabilidade. Os profissionais de saúde têm o dever de fornecer informações precisas e compreensíveis, promovendo um diálogo aberto que permita aos pacientes expressarem suas preocupações e preferências (Oliveira Júnior et al, 2013). Esse diálogo é especialmente crucial em contextos complexos, como o uso de cannabis medicinal, pois “as expectativas de cada indivíduo devem ser detectadas e respeitadas, inclusive nos casos de recusa do tratamento. O objetivo máximo do profissional deve ser a beneficência e a preservação dos interesses e do bem-estar do paciente” (Ugarte e Acioly, 2014, p. 275).

Outrossim, a bioética reconhece que a autonomia do paciente pode ser influenciada por fatores sociais, culturais e emocionais, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos a essas dimensões (Pereira, 2022). Dessarte, o princípio da autonomia exige que a prática médica seja adaptada às necessidades e contextos dos pacientes, promovendo um tratamento mais humanizado e centrado no indivíduo (Silva et al., 2022).

O direito do paciente em participar das decisões sobre seu próprio tratamento é um componente essencial da autonomia e da ética médica (Silva et al., 2022). Esse direito implica que os pacientes não apenas têm a prerrogativa de decidir sobre os cuidados que recebem, como devem ser ativamente envolvidos no processo de tomada de decisão em todas as etapas de seu tratamento, isso inclui a avaliação de opções terapêuticas, a discussão sobre os riscos e benefícios de cada abordagem e a escolha informada sobre qual tratamento seguir.

Nesse sentido, a autonomia dos pacientes que utilizam a cannabis medicinal, como tratamento adjuvante ou coadjuvante, encontra chancela na bioética, considerando que os pacientes que fazem uso dessa terapêutica estão completamente conscientes dos seus tratamentos e imersos na autopercepção dos

seus sintomas, justamente por se tratar de uma terapia inovadora que é especialmente defendida por aqueles que dela se beneficiam. As decisões do paciente geralmente estão ancoradas na relação médico-paciente, especialmente, quando é estabelecida uma relação de confiança e a troca de informações flui de maneira que o paciente não se sinta constrangido em importunar o seu médico (Ugarte e Acioly, 2014).

A inclusão dos pacientes nesse processo decisório valida suas experiências e preocupações, e promove uma abordagem mais colaborativa entre profissionais de saúde e pacientes, resultando em um cuidado mais eficaz e satisfatório. Contudo, a autonomia do paciente encontra limites de acordo com o que leciona Oliveira Júnior et al (2013, p. 95) nos casos em que ocorre iminente risco de morte e o paciente não autoriza a realização de procedimentos médicos que possam reestabelecer sua saúde, podendo o médico escolher entre o bem mais importante que é o da vida, amparado no princípio constitucional da indisponibilidade da vida humana. À vista disso, a promoção do direito do paciente na participação ativa das decisões sobre seu tratamento e a autonomia do médico relativa à proteção da vida, contribuem para a formação de um sistema de saúde que valoriza a individualidade e a dignidade de cada pessoa prezando pelo bem mais importante dessa conjuntura que é o da saúde e da manutenção da vida.

3.3 Evidências científicas e a eficácia da cannabis medicinal

A utilização da cannabis medicinal tem ganhado destaque nas discussões científicas e na prática clínica, principalmente em decorrência das evidências que demonstram sua eficácia em tratar inúmeras condições de saúde, haja vista, as suas propriedades analgésicas, anti-inflamatórias e neuro protetoras, tornando-se uma alternativa viável para pacientes que não obtêm resultados satisfatórios com tratamentos tradicionais (Grieco, 2023). Diversos estudos revisados por pares, incluindo ensaios clínicos randomizados, apontam para a eficácia da cannabis medicinal no tratamento de condições como espasticidade, epilepsia refratária, dor crônica, esclerose múltipla, náuseas e inapetência induzidas por quimioterapia, transtornos neuropsiquiátricos como doença de Parkinson e distúrbios do sono (Fiocruz, 2023).

A literatura científica tem se mostrado cada vez mais favorável à utilização da cannabis medicinal como uma alternativa eficaz no tratamento de várias condições de saúde. Diversos estudos têm corroborado a eficácia dos canabinoides em contextos clínicos específicos, entre eles um estudo publicado no *Brazilian Journal of Natural Sciences*, a partir da revisão bibliográfica de artigos científicos, demonstrou que o uso de canabidiol THC e do CBD reduziu a dor em pacientes com dor crônica, apresentando efeitos colaterais mínimos em comparação aos opioides, que frequentemente geram outros problemas de saúde como dependência física e química, além de, a longo prazo, causarem constipação, náuseas e dores de cabeça (Souza et al., 2023).

Pesquisas farmacológicas com ensaios clínicos apontam para a promissora capacidade dos canabinoides sintéticos serem utilizados como fármacos adjuvantes nos tratamentos da dor crônica, especialmente das dores neuropáticas (Rabelo, Gomes e Kohn, 2019). A redução das dores neuropáticas ocorre porque o THC pode favorecer o aumento do efeito analgésico dos opioides por agirem nos receptores endógenos dos opioides e por estarem associados diretamente à síntese e liberação de opioides endógenos produzidos pelo corpo (Souza et al., 2023).

A pesquisa de Rabelo, Gomes e Kohn (2019) confirmou a eficácia do tetra-hidrocanabinol (THC) no controle dos espasmos musculares em pacientes com esclerose múltipla, demonstrando que a utilização da cannabis medicinal não apenas aliviou os sintomas, como melhorou a qualidade de vida dos participantes.

Quanto ao uso de cannabis em pacientes oncológicos com náuseas induzidas por quimioterapia estudos clínicos apontaram uma melhora significativa nos episódios de vômito, na aceitação alimentar, e como anticolinérgico, destacando a importância dos canabinoides no manejo de efeitos colaterais de tratamentos oncológicos (Becker; Nardin, 2019). Tais estudos são fundamentais para apoiar a inclusão da cannabis medicinal no arsenal terapêutico, demonstrando que a utilização responsável e bem orientada pode oferecer uma alternativa viável e eficaz para o tratamento de diversas doenças.

As experiências de pacientes que utilizam cannabis medicinal revelam uma narrativa poderosa sobre a importância dessa terapia no manejo de condições de saúde desafiadoras. Diversos relatos indicam que a introdução da cannabis em seus tratamentos proporcionou alívio dos sintomas e contribuiu para uma melhora significativa na qualidade de vida, principalmente para pacientes com dor crônica, que

relatam que a utilização de canabinoides permitiu a redução ou a eliminação do uso de opioides, resultando em menor incidência de efeitos colaterais e um retorno às atividades cotidianas (Matias et al., 2022).

Muitos atletas de alto rendimento utilizam o CBD e o THC como medicação para o estímulo da ingestão de alimentos e melhora do sono com consequente potencialidade do rendimento físico. Estudos com esportistas demonstraram que aqueles que utilizam os fitocannabinoides também fazem o uso para tratamento das dores cotidianas resultantes de inflamações e lesões decorrentes do treino intenso e diário. Esse uso ocorre de forma independente sem prescrição médica, dada a propagação de informações oferecidas pela internet e que circulam no meio esportivo (Silva, 2023).

Estudo realizado com grupos de pacientes portadores de depressão demonstrou que aqueles tratados com CBD possuíam sintomatologias menos expressivas quando comparadas ao grupo de pacientes que não utilizaram CBD, por relatarem redução das dores e melhora significativa na qualidade de vida e no sono, como discorrem Silva, Almeida e Santos (2022). Essas narrativas pessoais são corroboradas por estudos que mostram uma correlação entre o uso de cannabis medicinal e a autoavaliação positiva da saúde pelos pacientes, destacando que a possibilidade de escolha do tratamento e a autonomia na decisão proporcionam um senso de controle e dignidade que muitos pacientes sentem ter sido retirado ao longo de suas jornadas de tratamento.

De acordo com Peixoto et al. (2020) existem evidências de que o CBD pode funcionar como uma terapia alternativa para a redução dos sintomas e controle da ansiedade devido ao seu efeito ansiolítico no organismo com reduzidos efeitos colaterais, quando comparados aos remédios benzodiazepínicos, que acabam criando dependência e se tornando verdadeiras camisas-de-forças químicas.

Seguindo outra linha de pesquisa para compreender os mecanismos de ação e possíveis formas de terapias para tratar os transtornos psiquiátricos, pesquisadores descobriram que o mau funcionamento do sistema endocanabinoide pode ocasionar o desenvolvimento e a manutenção de transtornos psiquiátricos como a depressão, as fobias e o transtorno de pânico. Diante dessa descoberta, seria possível potencializar os agonistas de CB1 ou os inibidores da hidrólise de anandamida, endocanabinoide produzido pelo corpo humano, para que exerçam efeitos antidepressivos e ansiolíticos no corpo (Saito, Wotjak e Moreira, 2010). Alia-se a isso

o fato de que “o CBD, além de suas propriedades neuroprotetoras e anti-inflamatórias, é um modulador do sistema endocanabinoide, envolvido na homeostase de muitos processos fisiológicos, como humor, ansiedade e sono, os quais estão diretamente ligados aos sintomas fisiopatológicos da DA” (Lima et al., 2022, p. 1011).

Dados de pesquisas recentes indicam o potencial neuroprotetor dos fitocanabinóides por possuírem propriedades neuroprotetoras atuando em inúmeros distúrbios neuropsíquicos, visto que, os estudos apontaram que o CBG (canabigerol), demonstrou efeitos anti-inflamatórios e o THC e o CBC (canabicromeno) efeitos anticonvulsivante (Brito et al. 2023).

Importa destacar que o acesso à medicação canabinoide pode facilitar a adesão dos pacientes ao tratamento, considerando que os reduzidos efeitos colaterais produzidos pelos medicamentos formulados com cannabis se comparados a remédios alopáticos já atua como um fator determinante na escolha do tratamento, dado o impacto reduzido na qualidade de vida dos pacientes, que muitas vezes abandonam seus tratamentos justamente por conta do surgimento de efeitos colaterais.

Enquanto portadora de dor crônica e consumidora de óleo formulado com THC e CBD na proporção de 1 para 1 pela Associação ABRACE Esperança , prescrito pelo meu neurocirurgião, me sinto apta a defender o uso da cannabis medicinal em tratamentos terapêuticos para dor crônica considerando o impacto da medicação em minha vida. Compreendo que cada organismo reage de forma diferente ao uso dessas substâncias, mas para minha sorte, a cannabis fez toda diferença na minha saúde de maneira integral.

Estou há meses sem o incômodo das dores permanentes e sem recorrer às infiltrações na coluna e na perna direita. Também não utilizo anti-inflamatórios, corticoides e opioides, cujo uso intenso e prolongado me causaram como efeito colateral permanente uma catarata medicamentosa, além de todos os efeitos colaterais provisórios durante o uso destas medicações que impactavam na minha qualidade de vida e no meu rendimento profissional, acadêmico, físico e no meu estado psicológico.

Os efeitos colaterais das medicações atrapalhavam especialmente a minha mobilidade por tornarem a minha visão turva, me causarem sonolência inesperada e por atrapalharem o meu senso de orientação, situação que me levou a desenvolver, juntamente com a própria condição de saúde, quadros de depressão e ansiedade

generalizada aos quais eu ainda estou em tratamento. A cannabis me devolveu a liberdade, a esperança e o sentimento de utilidade.

4 ATIVISMO JUDICIAL E O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

A discussão sobre a justiciabilidade do direito à saúde é um tema central no contexto jurídico brasileiro, especialmente considerando a natureza complexa e multidimensional desse direito, consagrado na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, que o define como um direito de todos e um dever do Estado. A justiciabilidade, que se refere à possibilidade de um direito ser reivindicado judicialmente, levanta questões sobre os limites da atuação do Judiciário e a responsabilidade do Estado em garantir o acesso a serviços de saúde adequados, incluindo tratamentos inovadores, como os derivados da cannabis medicinal (Vieira, 2023).

A judicialização da saúde tem se intensificado nos últimos anos, resultando em um cenário onde cidadãos se veem compelidos a recorrer ao sistema judicial para assegurar o acesso a medicamentos e terapias que deveriam ser disponibilizados de forma universal e equitativa pelo SUS. Essa prática, por um lado, evidencia a fragilidade das políticas públicas, as limitações financeiras estatais e a inércia legislativa na regulamentação de tratamentos essenciais, enquanto, por outro lado, mostra a atuação proativa do Judiciário em proteger direitos fundamentais (Paixão, 2019). À luz disso, discorre Queiroz (2014, p. 31) nos seguintes termos:

Seguindo o tratamento das políticas públicas de saúde, imprescindível tratar, ora, do papel *subsidiário* desempenhado pelo Poder Judiciário em matéria de controle e execução de políticas públicas, eis que, como já mencionado, ante a inércia da Administração Pública no efetivo cumprimento dos programas de realização dos direitos sociais, a seara jurisdicional se afigura o órgão competente e incumbido da determinação de realização das políticas públicas já criadas e não efetivadas, dado sobretudo, *o viés obrigatório e a eficácia imediata dos direitos sociais*. (grifo do autor)

A jurisprudência tem se mostrado favorável em diversos casos, permitindo que pacientes acessem tratamentos considerados necessários e eficazes, mesmo diante da falta de regulamentação específica. Contudo, essa situação também levanta preocupações sobre a sustentabilidade do sistema de saúde e o papel dos juízes, que frequentemente se tornam responsáveis por decisões que deveriam ser tomadas com base em critérios técnicos e administrativos (Vieira, 2022).

Nessa conjuntura, é fundamental que se estabeleçam marcos regulatórios claros e abrangentes que orientem a política de saúde pública, promovendo a articulação entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, para que o direito à

saúde seja efetivamente garantido, sem depender da judicialização como única alternativa de acesso a tratamentos. Ora, a inclusão de terapias como a cannabis medicinal no rol de opções disponíveis no SUS é um aspecto que deve ser considerado, tendo em vista as evidências científicas que sustentam sua eficácia no tratamento de diversas condições de saúde, ressaltando a importância de um debate aberto e fundamentado sobre a regulamentação e o acesso a essas inovações terapêuticas.

Sem um marco regulatório claro, muitos pacientes se veem obrigados a recorrer a alternativas informais ou ao mercado paralelo para obter esses medicamentos, o que não apenas compromete a segurança e a qualidade dos produtos consumidos, como aumenta o risco de efeitos adversos e interações medicamentosas indesejadas. Diante desse cenário a própria ANVISA busca encontrar soluções para resolver essa problemática conforme estudo contido no Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Produtos de Cannabis para fins medicinais (ANVISA, 2023).

A falta de regulamentação também resulta na exclusão de tratamentos potencialmente eficazes da lista de medicamentos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde, limitando as opções de acesso a terapias para uma parcela da população que já enfrenta dificuldades financeiras. Além disso, Vieira (2020), alude que essa situação de desigualdade no acesso à saúde, decorre de desigualdades precedentes relativas à renda, escolaridade, moradia, trabalho, saneamento básico e até mesmo no acesso ao judiciário considerando a quantidade deficitária de defensores públicos em relação a quantidade de usuários que utilizam os serviços da defensoria pública. Isto posto, verifica-se a perpetuação da injustiça social e econômica que contradiz o princípio da universalidade do direito à saúde, consagrado na Constituição Federal.

O impacto emocional e psicológico da incerteza quanto ao acesso a tratamentos que poderiam melhorar a qualidade de vida dos pacientes é significativo, gerando angústia e desespero em famílias que lutam para garantir a saúde e o bem-estar de seus entes queridos.

Malgrado todos os impedimentos que entravam a regulamentação do acesso adequado aos pacientes dependentes de medicações formuladas com a cannabis, Kallas (2023) ressalta que as RDCs nº 327/2019 e 660/2022 são determinações administrativas significantes no tocante ao desenvolvimento de pesquisas científicas

para a medicina canábica no Brasil e para o avanço dos projetos de lei que tratam sobre a matéria.

Considerando o potencial terapêutico já comprovado cientificamente, a sistematização e a integração das pesquisas científicas sobre a cannabis medicinal, a ciência advogará na defesa da positivação dessa temática e servirá como instrumento facilitador e de convencimento da população frente aos preconceitos enraizados na sociedade brasileira acerca da cannabis.

4.1 Últimas Decisões Administrativas e Jurisprudenciais

4.1.1 RDC nº 660 – ANVISA

A RDC nº 660/2022 da ANVISA é uma normativa importante no processo de construção de um marco regulatório de produtos à base de cannabis para uso medicinal no Brasil, estabelecendo um conjunto de normas que facilitam a importação desses produtos por pessoas físicas desde que os produtores sejam regularizados pelas autoridades sanitárias de seus países (Santos-Pinto et al., 2024). Concordante Ana Clara Fagundes (2023), afirma que com a publicação da RDC nº 660/2022 a via administrativa foi simplificada com a redução de documentação e de informações prestadas àquela agência, além disso a medida teve como objetivo a redução do tempo de espera para a autorização de importação.

No entanto, essa medida, apesar de positiva por garantir uma celeridade no processo de importação desses produtos, tem se mostrado insuficiente diante da real demanda dos pacientes que dependem de medicamentos à base de cannabis, como observado por Santos-Pinto et al. (2024).

Além disso, a resolução não se estende a questões mais amplas, como o cultivo nacional da cannabis para fins medicinais, o que impede uma diminuição significativa no custo final dos medicamentos, mantendo uma dependência onerosa de importações (Fagundes, 2023). Nesse cenário, apesar de seu papel relevante no fornecimento de medicamentos regulamentados, a RDC nº 660/2022 ainda carece de avanços que atendam integralmente as necessidades dos pacientes, sendo, portanto, apenas uma solução parcial frente à crescente demanda e à inércia legislativa sobre o tema.

Em 2019 a ANVISA analisou e julgou através da sua diretoria colegiada sobre a proposta de regulamentação do cultivo da Cannabis para fins medicinais e científicos no bojo do processo nº 25351.421833/2017-76. A matéria passou pelo colegiado duas vezes até ser arquivada. As razões para denegar a proposta de regulamentação se fundamentaram em três argumentos, a saber, questionou-se o impacto financeiro positivo na produção de medicamentos com insumos de cannabis produzidos no Brasil; indagou-se a competência da ANVISA para decidir sobre a matéria e por fim questionou-se a capacidade técnica e institucional dos setores afetados com a medida sem levar em consideração que a proposta foi elaborada com os órgãos envolvidos (Soares, 2022).

É de conhecimento público que a importação de medicamentos e insumos de cannabis possuem um custo altíssimo em parte pelos custos do processo de importação e do próprio frete pago pelas empresas que fazem o traslado dos produtos.

Quanto a competência da ANVISA para decidir sobre a matéria em relação aos fins medicinais e científicos, convém salientar que dentre suas competências a fiscalização da produção e comercialização de produtos que possam impactar a saúde pública é premissa suficiente para que a agência decidisse sobre a matéria, dado que, a prática de diversas associações que cultivam cannabis e produzem medicações com a chancela judicial poderia ter sido observada pelos membros do colegiado, considerando a segurança dos medicamentos produzidos, o que traria segurança jurídica a par da regularização do plantio que não deixa de ser efetivado por inúmeras famílias de pacientes dependes da medicação canábica.

4.1.2 Habeas Corpus nº 802866 - PR (2023/0047241-7)

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) formou jurisprudência ao conciliar entendimentos da Quinta e Sexta Turma que compõem a Terceira Seção do STJ, especializadas em direito penal, cuja competência é julgar os recursos especiais sem caráter repetitivo, recursos de habeas corpus e mandado de segurança, ao fixarem o seguinte entendimento: **“ambas as turmas passaram a entender que o plantio e a aquisição das sementes da Cannabis sativa, para fins medicinais, não se trata de conduta criminosa, independente da regulamentação da ANVISA”**(STJ, 2023).

O Habeas Corpus nº 802866 postulado pleiteou salvo-conduto para o cultivo de cannabis com o intuito do fabrico artesanal de óleo de cannabis para uso próprio com fins medicinais, impedindo que o interessado fosse incriminado pela prática em face da Lei 13.343/2006.

Nos autos o paciente alegou ser acometido por crises severas de pânico, ansiedade e insônia já tendo realizado tratamentos convencionais sem sucesso, e após ser orientado a fazer uso do óleo de cannabis como último recurso, afirmou ter tido uma melhora impressionante. Após reforma da decisão que autorizou o salvo-conduto em primeira instância, o processo foi remetido ao STJ por meio de recurso especial. A Sexta turma autorizou o paciente a cultivar quinze mudas de cannabis para a extração do óleo considerando que o postulante comprovou ter realizado capacitação para a extração do óleo, apresentou laudo e receituário médicos e autorização da ANVISA para a importação de produtos originados da cannabis.

O voto-vogal do ministro Rogério Schietti Cruz ressaltou que embora a legislação brasileira permita o plantio e colheita da cannabis para fins medicinais há mais de 40 anos, mediante autorização das autoridades competentes, não existe nenhuma legislação vigente que regulamente a matéria. Além disso, o ministro também destacou que a ANVISA ao julgar o processo nº 25351.421833/2017-76, que tratava dos requisitos técnicos e administrativos para o cultivo da cannabis para fins medicinais ou científicos no Brasil, decidiu pelo arquivamento do processo afirmando que a competência para definir a autorização e cultivo de plantas que possam derivar substâncias de controle especial é do Ministério da Saúde.

Seguindo a ordem cronológica dos fatos, o Ministro ainda destacou a manifestação do Ministério da Saúde a respeito da decisão da ANVISA, cujo posicionamento foi o que se segue:

O Ministério da Saúde, por sua vez, a quem a Anvisa afirmou competir regular o cultivo doméstico de Cannabis, indicou que não pretende fazê-lo, conforme se extrai de Nota Técnica n. 1/2019-DATDOF/CGGM/GM/MS, datada de 19/8/2019, em resposta à Consulta Dirigida sobre as propostas de regulamentação do uso medicinal e científico da planta Cannabis, assinada pelo ministro responsável pela pasta.

O Ministro finalizou o raciocínio afirmando que “ o quadro, portanto, é de intencional omissão do Poder Público em regulamentar a matéria” (STJ).

Em decisão anteriormente proferida pela Quinta Turma da Terceira Seção, foi firmado acórdão da lavra do ministro Reynaldo Soares Fonseca com entendimento

idêntico ao formulado pela Sexta Turma, tendo o Ministro em apreço afirmado que não é possível concluir que pessoas que buscam o judiciário com vistas a efetivação do direito fundamental à saúde sejam criminosas e, portanto, passíveis de prisão ou de responsabilização penal (STJ).

Com a decisão emitida pela Sexta Turma coligida ao entendimento da Quinta Turma, resultando em precedente paradigma, formou-se a seguinte jurisprudência:

(...) uma vez que o uso pleiteado do óleo da Cannabis sativa, mediante fabrico artesanal, se dará para fins exclusivamente terapêuticos, com base em receituário e laudo subscrito por profissional médico especializado, chancelado pela ANVISA na oportunidade em que autorizou os pacientes a importarem o medicamento feito à base de canabidiol - a revelar que reconheceu a necessidade que têm no seu uso - , não há dúvidas de que deve ser obstada a iminente repressão criminal sobre a conduta praticada pelos pacientes/recorridos" (REsp n. 1.972.092/SP, relator Ministro Rogerio Schietti Cruz, Sexta Turma, julgado em 14/6/2022, DJe de 30/6/2022). (grifo nosso)

Insta salientar que o precedente paradigma acima mencionado, é um julgamento modelo utilizado para pacificar entendimento de turmas distintas, todavia, o precedente tem aplicação vinculante apenas para as partes envolvidas na decisão, não possuindo efeito vinculante para as ações futuras.

Para que o precedente paradigma possa surtir efeito vinculante, a *ratio decidendi* fixada no precedente deve guardar pertinência substancial com o novo caso concreto em julgamento (Tucci Apud Serra Júnior, 2017).

Cumprido destacar, que a decisão proferida no acórdão da Terceira Seção é de natureza estritamente penal, tendo como objeto da matéria a liberdade de cultivar a cannabis para uso medicinal e assim ter acesso ao medicamento, não havendo relação com autorização administrativa da ANVISA.

A despeito do precedente criado pela Terceira Seção do STJ, a Primeira Seção do STJ, que julga questões de Direito Público tais como improbidade administrativa, previdenciário, meio ambiente e tributos, formou acórdão por unanimidade, em 14 de março de 2023, acerca da admissão do Incidente de Assunção de Competência (IAC), no bojo do Recurso Especial nº 2.024.250 - PR (2022/0210283-1), postulado pela empresa Soluções em Biotecnologia ao pleitear pedido de autorização para importar sementes de Cânhamo industrial para cultivo, comercialização e exploração industrial

do vegetal, considerando que os entraves para importação de insumos encarecem o produto final.

O Incidente de Assunção de Competência está previsto no artigo 947 do Código de Processo Civil dispondo que nos casos em que um órgão colegiado fracionário de um tribunal assumir competência de matéria anteriormente analisada e julgada por outro órgão fracionário do mesmo tribunal, com entendimentos divergentes acerca de matéria de repercussão social, com ausência de repetição de processos múltiplos, a competência será redirecionada para a corte especial a fim de evitar a divergência entre os órgãos fracionários. Do julgamento do IAC restará tese de precedente obrigatório vinculando às decisões de todos os juízes do tribunal acerca da matéria (Kluska, 2025).

O IAC 14/2023 foi proposto pela Primeira Seção em acórdão para delimitar a questão de direito controvertida ao lançar a seguinte proposição:

Definir a possibilidade de concessão de Autorização Sanitária para importação e cultivo de variedades de Cannabis que, embora produzam Tetrahydrocannabinol (THC) em baixas concentrações, geram altos índices de Canabidiol (CBD) ou de outros Canabinoides, e podem ser utilizadas para a produção de medicamentos e demais subprodutos para usos exclusivamente medicinais, farmacêuticos ou industriais, à luz da Lei n. 11.343/2006, da Convenção Única sobre Entorpecentes (Decreto n. 54.216/1964), da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (Decreto n. 79.388/1977) e da Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (Decreto n. 154/1991).

Considerando a abertura do IAC, a Primeira Turma suspendeu a tramitação de todos os processos pendentes, coletivos e individuais, que tratem da mesma matéria em todo o território nacional na sessão de julgamento proferida em 7 de março de 2024.

A relatora do processo afirmou que é “relevante avaliar se a vedação ao cultivo e à exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas também alcança as culturas que produzem diminuta concentração de THC e, por conseguinte, não são empregadas na criação de entorpecentes" (STJ).

Em razão da decisão proferida no acórdão da Primeira Turma, foi promovida audiência pública em 25 de abril do ano corrente para manifestação de todas as entidades públicas e da sociedade civil afetadas pela decisão, incluindo reitores de universidades, subprocuradores, advogados das associações coletivas de pacientes

e de entidades industriais, representantes dos Conselhos Federais de Química e biologia e políticos.

Os presentes na reunião defenderam a existência de uma regulamentação em razão do perigo na liberação indiscriminada do cultivo e do potencial financeiro da cannabis (cânhamo e maconha) como uma commodity agrícola. Os representantes das entidades industriais afirmaram que a regulamentação pode implicar em um impacto socioeconômico positivo, trazendo divisas para o país, aumento de emprego e renda, redução dos custos na produção de insumos para diversos tipos de aplicação industrial, agrícola, e, inclusive para fabricação de medicamentos, resultando na diminuição do custo de produção que seria refletida no valor dos medicamentos para os pacientes. Ao final da audiência pública a relatora do processo, a ministra Regina Helena Costa afirmou que “existe uma demanda social por uma resposta” (STJ).

Malgrado a decisão da Primeira Seção do STJ ter suspenso a tramitação de todos os processos pendentes, coletivos e individuais, que tratem da mesma matéria em todo o território nacional, as turmas da Terceira Seção do STJ continuam concedendo liminares para obtenção de salvo-conduto a pacientes dependentes de medicação formulada com substâncias da cannabis, tendo em vista, que a matéria tratada pela Terceira Turma é de natureza penal não inferindo em matéria de cunho administrativo, como as tratadas pela Primeira Seção do STJ.

A exemplo das liminares sucessivas à abertura do IAC 16/2023, o Habeas Corpus nº 927094-MG (2024/0244724-4), cuja liminar foi deferida em 4 de julho de 2024, representou uma decisão judicial de extrema relevância para o paciente dependente tratamento à base de cannabis, especialmente no que se refere ao direito ao cultivo da planta para fins medicinais. Nesta decisão, o Superior Tribunal de Justiça concedeu a permissão para que o paciente portador de ansiedade generalizada e depressão cultivasse cannabis em casa, como forma de assegurar o acesso contínuo a seu tratamento, algo que, na prática, a legislação brasileira ainda não regulamenta (Ferretti, 2024).

4.1.3 Tema 506 de Repercussão Geral

O Tema 506 de Repercussão Geral do Supremo Tribunal Federal, proferido em sede do Recurso Extraordinário nº 635.659 descriminalizou o porte maconha para uso pessoal, constituindo uma decisão simbólica para a discussão sobre o uso medicinal

da cannabis no Brasil. A questão central nesse julgamento é a análise da constitucionalidade da criminalização do porte de pequenas quantidades de drogas para consumo próprio, com foco na violação de direitos fundamentais, como a liberdade individual e a privacidade.

A decisão emitida pelo STF centraliza-se na disposição prevista no artigo 28 da Lei 11.343/06 estabelecida nos seguintes termos: “*Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas*”.

A decisão do STF, no entanto, não declarou a inconstitucionalidade do dispositivo, mas foi criada uma sanção de cunho administrativo para os usuários de maconha levando-se em conta a quantidade de substância portada (Alonso, 2024).

Neste sentido, ocorreu uma alteração na redação do artigo 28 da lei em comento em face do seguinte entendimento:

Não comete infração penal quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, a substância cannabis sativa, sem prejuízo do reconhecimento da ilicitude extrapenal da conduta, com apreensão da droga e aplicação de sanções de advertência sobre os efeitos dela (art. 28, I) e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (art. 28, III); 2. As sanções estabelecidas nos incisos I e III do art. 28 da Lei 11.343/06 serão aplicadas pelo juiz em procedimento de natureza não penal, sem nenhuma repercussão criminal para a conduta; (grifo nosso)

A decisão definiu ainda parâmetro quantitativo da planta para estabelecer a diferença entre usuário e traficante nos seguintes termos:

Nos termos do § 2º do artigo 28 da Lei 11.343/2006, será presumido usuário quem, para consumo próprio, adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, até 40 gramas de cannabis sativa ou seis plantas-fêmeas, até que o Congresso Nacional venha a legislar a respeito; (grifo nosso)

Essa determinação teve como objetivo diminuir as condenações de usuários de maconha que eram muitas vezes confundidos com traficantes e acabavam sendo submetidos à condenações com penas severas implicando na criminalização dos usuários e no inchaço do sistema carcerário. Antes da decisão mencionada a aferição para distinguir o usuário do traficante era feita pelo magistrado de maneira

discricionária, dado que, a Lei 13.343/2006 não previa uma quantidade taxativa (Melo e Cirne, 2024).

A quantificação determinada na tese foi embasada em pesquisa conduzida pelo Ministro Alexandre de Moraes e realizada pela Associação Brasileira de Jurimetria (ABJ) após concluir que na maioria das apreensões o único critério utilizado para diferenciar o traficante do usuário era a quantidade de drogas. O mesmo estudo ainda apontou que a caracterização do traficante também leva em consideração aspectos como cor da pele, idade e grau de instrução (Rocha E Oliveira, 2024).

A tese do STF ao definir que é considerado usuário aquele que “ *para consumo próprio, adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, até 40 gramas de cannabis sativa ou seis plantas-fêmeas, até que o Congresso Nacional venha a legislar a respeito*” demonstra que aquele Tribunal atua no sentido de dar tratamento diferenciado aos usuários de maconha em relação aos usuários de outras drogas, haja vista que, o inciso II do art. 28, que dispunha sobre a prestação de serviços à comunidade não será mais aplicado aos usuários de maconha, contudo se mantém a determinação para os usuários de outras drogas (Knoll Júnior, 2024)

Entretanto, a decisão do STF aumenta ainda mais a tensão entre o STF, o Congresso Nacional e a ANVISA, dado que o STF foi acusado de usurpar a competência legislativa do Congresso Nacional e regulatória da ANVISA ao emitir a decisão em apreço (Mano, 2024). Ocorre que, no que tange a regulamentação da cannabis medicinal, o judiciário já cumpre o seu papel subsidiário quanto ao cumprimento estatal do direito à saúde nas ações que lhe são postuladas. Por outro lado, a ANVISA possui a competência para determinar quais substâncias e plantas podem ser consideradas lícitas e ilícitas no país, todavia, a Agência alega que não pode retirar a cannabis da lista de substâncias de uso controlado em razão de convenções internacionais e da falta de competência.

Não obstante, o Brasil pode regulamentar a liberação do uso medicinal de substâncias proscritas em convenções internacionais em face do exercício da sua soberania. Nesse sentido, o próprio STF já decidiu que o Congresso Nacional não possui competência para imiscuir-se em regulamentação de substâncias (Mano, 2024).

Outrossim, o conteúdo da PEC 45/2023, proposta pelo Senado, e as falas dos seus parlamentares em debates no Congresso Nacional e em entrevistas concedidas

aos meios de comunicação, indicam que os parlamentares pretendem atuar em sentido contrário ao entendimento do STF.

Reforçando essa ordem de ideias, a pesquisa realizada por Melo e Cirne (2024) baseada na análise das falas institucionais relativas ao Tema 506, proferidas por políticos e membros do judiciário demonstrou que essas falas, em formas de recados aos outros poderes e à sociedade, foram emitidas apenas para reforçar as competências dos seus poderes. Não foi identificada, portanto, a disponibilidade dos agentes políticos em adentrar nas questões constitucionais sociais relativas ao tema em apreço, importando em um claro reflexo da inação voluntária para a criação de um debate institucional necessário sobre a questão da descriminalização do uso recreativo da maconha no Brasil. Observou-se ainda que o julgamento do Tema 506 resultou no acirramento do embate político das esferas de poder estendendo para um futuro incerto a retomada das discussões institucionais acerca da matéria.

Embora o tema seja tratado no contexto do uso recreativo, seus desdobramentos podem ter um impacto significativo no campo da cannabis medicinal, considerando que a descriminalização parcial do porte de maconha por parte do judiciário sinaliza a urgência do debate nas esferas legislativa e executiva sobre o uso da cannabis. Essa conjuntura pode implicar na aceleração da regulamentação da cannabis medicinal promovendo o acesso à planta para fins terapêuticos, reduzindo barreiras legais para pacientes que dependem da cannabis como tratamento e abrindo caminho para uma regulamentação mais abrangente e menos punitiva.

Como exemplo dos impactos gerados pela ausência de norma federal que disponha sobre o uso recreativo e medicinal da maconha, os Estados Unidos da América (EUA) se apresentam como um modelo a ser evitado, dado os inúmeros problemas ocasionados pela ausência de critérios unificados de concentração do THC na cadeia produtiva de derivados da cannabis, incluindo medicamentos.

De acordo com um estudo conduzido por Twohey, Ivory e Kessler (2024), baseado em entrevistas com 200 autoridades de saúde, mais de 600 pacientes e informações de saúde pública, divulgado no jornal The New York Times, ficou evidente que, devido à ausência de uma legislação federal que estabelecesse os parâmetros e critérios sanitários para a produção de comestíveis, medicamentos e cultivares da cannabis, ocorreu um desequilíbrio nas concentrações de THC desses produtos.

Cada estado adotou padrões variados de concentração de THC em sua cadeia produtiva. Além disso, os critérios para a venda de produtos e medicamentos

derivados da cannabis também são distintos em cada estado. Em decorrência dessa falta de regulamentação e de uma estrutura normativa e institucional fiscalizatória apenas dois estados estabeleceram os limites do nível de THC nos produtos comestíveis e farmacêuticos no país.

A falta de legislação federal também dificultou os estudos científicos sobre o impacto do uso indiscriminado na população e a regulamentação do mercado comercial de cannabis, criando-se uma zona cinzenta acerca dos impactos da legalização da maconha implementada nos estados americanos.

Observou-se ainda que as legislações estaduais não publicizaram informações consistentes sobre os efeitos do abuso no uso recreativo e no uso de medicamentos da cannabis aos usuários, o que acabou gerando o surgimento de milhares de portadores da Síndrome de Hiperêmese Canabinoide (SHC) associada ao uso contínuo da cannabis. Esta síndrome provoca sintomas intensos e contínuos de náuseas e vômitos, cujo diagnóstico é complicado de identificar devido à ausência de protocolos médicos e estudos sobre o efeito do consumo de cannabis na população.

Supõe-se que a origem da SHC está relacionada à mudança dos níveis de THC na cannabis, que na década de 1990 era de aproximadamente 5%, tendo sido alterada para concentrações extremamente elevadas, aumentando a toxicidade da planta. Atualmente, alguns vaporizadores e cigarros são vendidos com potencializadores em concentrações de até 99% de THC.

As pesquisas concluíram ainda que a maioria dos portadores da SHC possuem de 18 a 25 anos e utilizam a maconha de forma contínua. Ocorre que o uso abusivo da cannabis recreativa por usuários jovens pode ocasionar o surgimento de outra síndrome denominada Síndrome Amotivacional, resultando na alteração do comportamento por provocar passividade, apatia, conformismo, isolamento e introversão e muitas vezes é confundida com um quadro de depressão. O uso prolongado e diário de cannabis recreativa na adolescência ocasiona o vício e o comprometimento do desenvolvimento cognitivo cerebral (Grieco, 2023).

Isso ocorre porque a última camada do cérebro a se formar é o córtex pré-frontal que só completa o ciclo de amadurecimento por volta dos 25 anos de idade. Essa área do cérebro é “responsável pelo pensamento crítico, tomada de decisão, autocontrole, planejamento, atenção, organização, controle de emoção, de riscos e impulsos, automonitorização, empatia e resolução de problemas” de acordo com o Edify Education (2023).

A utilização da cannabis por jovens só deve ocorrer nos casos em que o uso da medicação elaborada com as substâncias da cannabis for prescrito para tratar doenças refratárias a tratamentos convencionais, considerando que o uso precoce da cannabis pode comprometer o rendimento escolar e causar desmotivação em jovens e crianças (Ribeiro, 2023). Segundo Grieco, (2023, p. 136) “um estudo conduzido pela Universidade de Duke, na Nova Zelândia, mostrou uma perda média de 8 pontos no QI entre aqueles que fumaram muita cannabis na adolescência”.

Não se pode olvidar dos riscos da liberação indiscriminada da cannabis, especialmente esperar equilíbrio dos jovens e da cadeia produtiva que fabrica todas as ordens de produtos com os ativos da cannabis, sabendo que quanto mais THC estiver contido no produto, mais vício e procura suscitam, gerando mais lucro para os empresários e mais comprometimento da saúde física e mental dos jovens.

Antes que se possa pensar na formulação de regulamentações é necessário o apaziguamento das instâncias do poder público para estabelecer um debate profundo lastreado em dados científicos com a participação de especialistas de várias áreas de conhecimento a fim de implementar uma política de drogas que priorize a redução de danos sociais e econômicos e que privilegie os enfermos dependentes da cannabis medicinal.

O Brasil possui estrutura institucional fiscalizatória eficiente para implementar uma política pública racional de saúde para os dependentes de cannabis medicinal, não o faz por atrelar a liberação do cultivo pelos enfermos à liberação da maconha para uso recreativo.

Como exemplo de política pública de drogas bem sucedida no Brasil, é indispensável mencionar a campanha antitabagismo implementada pelo Ministério da Saúde que alcançou resultados positivos com a redução do número de fumantes no país em 40%. Esse feito foi alcançado graças a uma série de medidas que não utilizaram o poder coercitivo, como aumento de impostos sobre o produto, proibição de propagandas publicitárias, uso de imagens chocantes alertando para os riscos, proibição de fumar em locais fechados, tratamento antitabagismo ofertado pelo SUS, dentre outras (INCA).

Há que se questionar por que os pacientes tratados com cannabis medicinal que necessitam de medicações de modo contínuo e urgente devem aguardar a regulamentação de um uso recreativo, considerando a inviabilidade de um debate entre as esferas do poder público nesse momento.

Seria mais eficaz elaborar uma norma que tratasse exclusivamente do fornecimento de medicamentos à base de cannabis medicinal pelo SUS. Alternativamente, a ANVISA poderia efetivar a regulamentação da cannabis medicinal ao retomar a discussão sobre o cultivo da cannabis para fins medicinais desarquivando o processo nº 25351.421833/2017-76 que trata dessa temática, dado o avanço das pesquisas científicas, a adaptação de milhares de pacientes à essas medicações e ao ativismo judicial. A autorização do cultivo também pode ser uma medida extremamente positiva pois ela viabiliza o fabrico artesanal de óleo de baixo custo, alta qualidade e amplo espectro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame da literatura revelou que a ausência de regulamentação impacta o direito à saúde dos pacientes que utilizam a cannabis medicinal por inviabilizar o acesso aos medicamentos retardando terapias e provocando sofrimento físico e psicológico que poderia ser evitado pelo Estado.

Nesse sentido, os mecanismos de proteção legal do direito à saúde se mostram insuficientes para a concretização desse direito por parte do Estado, dada a intencional omissão do poder público em regulamentar a matéria por razões morais ou políticas baseadas em desinformação e preconceito.

A lacuna regulatória constrange parentes dos pacientes e, frequentemente, os próprios pacientes a enfrentarem possíveis consequências legais quando adquirem produtos à base de cannabis de forma clandestina. Nesse contexto, a aquisição de óleos ou extratos de cannabis de fontes não confiáveis pode resultar no uso de insumos com origem questionável, o que pode acarretar danos à saúde desses indivíduos.

A inexistência de regulamentação também impacta a cadeia produtiva de medicamentos, considerando que os laboratórios nacionais só podem fabricar medicamentos desta ordem com insumos importados ou com a devida autorização judicial, implicando na manutenção dos altos custos dos medicamentos para o consumidor final. Diante dessa conjuntura, inúmeros pacientes receosos de cultivar a cannabis para fins de extração do óleo artesanal ou que não se dispõem a consumir extratos ou óleos de fonte desconhecida, se veem impelidos a arcar com os altos custos de medicações importadas vendidas no Brasil ou adquiridas em associações de pacientes.

Os estudos explorados na pesquisa também demonstraram que a inexistência de regulamentação do uso da cannabis medicinal também impacta o judiciário, ocasionando o incremento do ativismo judicial da saúde no Brasil.

As decisões judiciais evidenciam que o poder judiciário se adapta mais rapidamente às transformações da sociedade brasileira em comparação com os poderes executivo e legislativo. Isso ocorre porque ele se baseia em princípios constitucionais e científicos, priorizando esses elementos, ao tratar da matéria em apreço, enquanto os aspectos políticos se mostraram mais relevantes para os outros poderes.

O judiciário corresponde às necessidades dos pacientes que fazem uso de cannabis medicinal ao conceder provimento em ações que pleiteiam do poder público o acesso a essas medicações importadas de alto custo cuja terapia não é reconhecida pelo SUS. De igual modo, somente através do judiciário são emitidas autorizações para o cultivo da cannabis e posterior fabrico artesanal de medicamentos.

A pesquisa também revelou o acirramento político nas esferas de poder, especialmente, porque a liberação do uso recreativo da cannabis é um assunto delicado e polêmico com entendimentos distintos e cuja competência para dispor sobre a matéria é questionada entre os poderes.

A inércia legislativa também deu origem ao ativismo canábico e à formação de centenas de associações de pacientes que utilizam cannabis medicinal em todo o país. O ativismo canábico fundamenta-se no conhecimento científico e nas experiências daqueles que consomem medicamentos à base de cannabis. O objetivo do ativismo canábico é disseminar conhecimento científico acerca da cannabis medicinal por meio de informações em redes sociais, websites de associações e através da capacitação de pacientes e de seus familiares sobre o cultivo da cannabis, a extração de óleo e a administração de doses. Além disso, as associações de pacientes buscam desenvolver ações voltadas para a regulamentação da cannabis medicinal e a democratização do acesso a esses medicamentos (Rodrigues et. al, 2024).

Também restou evidente que a omissão intencional do poder executivo para regulamentar a matéria através da ANVISA ou do Ministério da Saúde não possui justificativa razoável, tendo em vista que essas entidades se esquivam da responsabilidade mesmo possuindo estrutura e competência institucional para dispor sobre a regulamentação de substâncias sujeitas a controle especial.

A maturidade institucional de todos os atores envolvidos na regulamentação e fiscalização de substância no Brasil tem se revelado extremamente eficiente, dada a efetividade no controle de medicamentos, desde a fabricação até a retirada no balcão da farmácia. As substâncias de uso controlado como opioides e medicações psiquiátricas só podem ser vendidas mediante a retenção de uma via do receituário médico para controle da ANVISA. Nesse sentido, a existência de uma estrutura eficiente de distribuição e controle de medicações de uso psicotrópico como o THC, figura como uma justificativa para a regulamentação da cannabis medicinal e o acesso a baixo custo de medicamentos fabricados no Brasil ou disponibilizados pelo SUS.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA SENADO. *SUS terá prazo máximo para tratamentos e remédios, aprova CCT*. 2024. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/04/24/sus-tera-prazo-maximo-para-ofertar-novos-tratamentos-e-remedios-aprova-cct#:~:text=A%20Comiss%C3%A3o%20de%20Ci%C3%AAncia%20e,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/04/24/sus-tera-prazo-maximo-para-ofertar-novos-tratamentos-e-remedios-aprova-cct#:~:text=A%20Comiss%C3%A3o%20de%20Ci%C3%AAncia%20e,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).). Acesso em: 29 de agosto de 2024.
- ALONSO, Guilherme. Quatro pontos para entender a decisão do STF sobre a maconha. *Consultor Jurídico*. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-jul-04/quatro-pontos-para-entender-a-decisao-do-stf-sobre-a-maconha/>. Acesso em: 12 de setembro de 2024.
- ANVISA. *Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Produtos de Cannabis para fins medicinais*. Brasília. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/air/analises-de-impacto-regulatorio/2024/arquivos-relatorios-de-air-2024/relatorio_air_produtos_cannabis_dicol_15052024.pdf. Acesso em: 5 setembro de 2024.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – *RDC nº 3*, de 6 de maio de 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0003_26_01_2015.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2024.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – *RDC nº 17*, de 26 de janeiro de 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0017_06_05_2015.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2024.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – *RDC nº 660*, de 26 de janeiro de 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0003_26_01_2015.pdf. Acesso em: 23 de setembro de 2024.
- AS DIFERENÇAS ENTRE MACONHA E CÂNHAMO, s.d. King Bong. Disponível em: <https://kingbong.com.br/blog/as-diferencas-entre-maconha-e-canhamo.html>. Acesso em: 14 de junho de 2024.
- BECKER, J.; NARDIN, J. M. Utilização de antieméticos no tratamento antineoplásico de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 2, n. 3, p. 1, 2019. Disponível em: <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/75/75>. Acesso em: 19 de setembro de 2024.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 de agosto de 2024.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*. 2022. Disponível: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 27 de setembro de 2024.

BRASIL. *Lei 13.343*, de 23 de agosto de 2006. Dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília, DF: Presidência da República, [2006].

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas-corpus nº 927094-MG*. 6ª Turma. Habeas Corpus Preventivo - Pedido de expedição de salvo conduto para assegurar ao paciente o direito de plantar e cultivar artesanalmente a cannabis sativa L. - inviabilidade da concessão da ordem - matéria que não possui regulamentação legal - paciente que já possui autorização da ANVISA para importação da substância - ordem denegada. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/?&sequencial=254927892&num_registro=202402447244&data=20240708&data_pesquisa=20240708&formato=PDF&componente=MON. Acesso em: 20 de setembro de 2024

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas-corpus nº 802866*, da 6ª Turma. Habeas Corpus. Cultivo doméstico da planta cannabis sativa para fins medicinais. habeas corpus preventivo. uniformização do entendimento das turmas criminais. risco de constrangimento ilegal. direito a saúde pública e a melhor qualidade de vida. regulamentação. omissão da ANVISA e do ministério da saúde. atipicidade penal da conduta Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202300472417&dt_publicacao=03/10/2023#:~:text=Habeas%20corpus%20concedido%2C%20a%20fim,e%20enquanto%20durar%20o%20tratamento. Acesso em 14 de setembro de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Tema 506* - Recurso extraordinário, em que se discute, à luz do art. 5º, X, da Constituição Federal, a compatibilidade, ou não, do art. 28 da Lei 11.343/2006, que tipifica o porte de drogas para consumo pessoal, com os princípios constitucionais da intimidade e da vida privada. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4034145&numeroProcesso=635659&classeProcesso=RE&numeroTema=506>. Acesso em: 24 de agosto de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Incidente de Assunção de Competência nº 16/2023*. Definir a possibilidade de concessão de Autorização Sanitária para importação e cultivo de variedades de Cannabis que, embora produzam Tetrahydrocannabinol (THC) em baixas concentrações, geram altos índices de Canabidiol (CBD) ou de outros Canabinoides, e podem ser utilizadas para a produção de medicamentos e demais subprodutos para usos exclusivamente medicinais, farmacêuticos ou industriais. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=l&cod_tema_inicial=16&cod_tema_final=16. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Notícias: *Discussão sobre benefícios da cannabis medicinal e críticas ao cultivo marcam encerramento da audiência pública*. 2024. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2024/25042024-Discussao-sobre-beneficios-da-cannabis-medicinal-e-criticas-ao-cultivo-marcam-encerramento-de-audiencia-publica-.aspx>. Acesso em: 18 de setembro de 2024.

BRITO, Myllena Lorrainy Soares; DIAS, Maria Eduarda Caetano; SIMÕES, Kathleen Moura Cajado Simão; MARQUES, Matheus Santos. Impacto dos canabinóides no tratamento do Alzheimer. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 9584-9597, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59774>. Acesso em: 11 setembro de 2024.

CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 55, n. 4, p. 314–317, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/xGmGR6mBsCFjVMxtHjdsZpC/?lang=pt#>. Acesso em: 19 de junho de 2024.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. *Curso de Direito Constitucional*. 14. ed. Salvador: 2020.

DIAS, Luiza Lima; SANTOS, Saulo Carneiro Pereira dos Santos. Breve história da maconha no Brasil e suas relações com a moralidade na formação da República. *Aedos*, Porto Alegre, v. 13. N. 28, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/355197798_Breve_historia_da_maconha_no_Brasil_e_suas_relacoes_com_a_moralidade_na_formacao_da_Republica. Acesso em 13 de junho de 2024

EDIFY EDUCATION. *Neurociência: entenda como funciona o cérebro do adolescente*. 2023. Disponível em: <https://edifyeducation.com.br/blog/neurociencia-entenda-como-funciona-o-cerebro-do-adolescente/>. Acesso em: 6 de outubro de 2024.

GRIECO, Mario. *Cannabis Medicinal: baseado em fatos*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; Agir, 2021.

FAGUNDES, Ana Clara. *Os entraves no brasil para o acesso aos medicamentos que contenham extratos, substratos e partes da planta cannabis sativa L. (espécie)*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/retrieve/18c09e70-f532-4865-a0ee-c6178c303e0b/5481.pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2024.

FERRETTI, Reginaldo. Cultivo domiciliar de cannabis: avanços e desafios na busca por tratamento. *Consultor Jurídico*. 18 ago. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-ago-18/cultivo-domiciliar-de-cannabis-avancos-e-desafios-na-busca-por-tratamento/>. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

FIOCRUZ. *Nota Técnica de 19 de abril de 2023*. Estado atual das evidências sobre usos terapêuticos da cannabis e derivados e a demanda por avanços regulatórios no Brasil. Programa Institucional de Políticas de Drogas, Direitos Humanos e Saúde Mental da Presidência da Fiocruz. Rio de Janeiro. 2023. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/nt_canabinoides_20230419.pdf. Acesso em: 3 de setembro de 2024.

FRANÇA, Daniela Gonçalves; OLIVEIRA, Charles Richard Amaral de. *Direito à saúde: o uso medicinal do canabidiol*. Faculdade Alfredo Nasser, 2020. Disponível em: <https://www.unifan.edu.br/unifan/aparecida/wp->

content/uploads/sites/2/2020/07/DIREITO-%C3%80-SA%C3%9ADE-o-uso-medicinal-do-canabidiol.pdf. Acesso em: 23 de setembro de 2024.

FREIRE, Henrique Silva Araújo; COSTA, Marcelo Moreira da; ROCHA, Sérgio; SANTOS, Gleison Augusto dos. *Potencial de uso de cânhamo industrial (cannabis sativa L.), para a produção de celulose fibra longa*. Boletim Técnico. Universidade Federal de Viçosa, v. 1, n. 3, 2021. Disponível em: <https://sif.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Boletim-03.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2024.

GABARDO, Emerson; CABRAL, Rodrigo Maciel. Autorização para uso de medicamentos com princípios ativos proscritos no Brasil. *Revista de Investigações Constitucionais*. Curitiba, v. 7, n. 2, p. 473-515, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/BWJhLvc9FtCB94BmZPbfXNQ/>. Acesso em: 23 de agosto de 2024.

GONTIÈS, Bernard; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de Araújo. Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. *Mneme Revista de Humanidades*, v.4, n. 7, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/16>. Acesso em: 7 de junho de 2024.

GROSSO, Adriana. Cannabis: de planta condenada pelo preconceito a uma das grandes opções terapêuticas do século. *Journal of Human Growth and Development*. V. 30, n.1, p. 94 – 97, 2020. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/9977>. Acesso em 15 de junho de 2024.

KALLAS, Matheus Rodrigues. *A normatividade regulamentar da cannabis medicinal no Brasil e o acesso para o tratamento de ansiedade e depressão*. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Estadual Paulista, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/6d84c10d-23a4-42d1-926b-1e696159c61b/content>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

KLUSKA, Flávia Ortega. Incidente de assunção de competência e o Novo CPC. *Jusbrasil*. 2015. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/incidente-de-assuncao-de-competencia-e-o-novo-cpc/317957469>. Acesso em: 29 de outubro de 2024.

KNOLL JUNIOR, Luiz Fernando. A descriminalização da maconha e a atuação da polícia militar diante do novel entendimento. *PhD Scientific Review*, v. 4, n. 7, 2024. Disponível em: <http://www.revistaphd.periodikos.com.br/article/10.5281/zenodo.12737852/pdf/revista-phd-4-7-8.pdf>. Acesso em: 4 de outubro de 2024.

LEMOS JUNIOR, Eloy Pereira; ARAÚJO, Dalvaney Aparecida de. Os parâmetros de ativismo judicial na conflituosa concessão de medicamentos de alto custo. **Cadernos do Programas de Pós-Graduação em Direito PPGDIR./UFRGS**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 204-235. 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_bibliotec_a/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Cad-PPGDir-UFRGS_v.13_n.1.09.pdf. Acesso em: 29 set. 2024.

LIMA, Jonabya Maria Nascimento; BRITO, Lázaro Robson; BRITO, Samara Alves; NÓBREGA, Rafaela de Oliveira. Uso Terapêutico Da Cannabis Na Doença De Alzheimer: Uma Revisão Integrativa. *Revista Interdisciplinar em Saúde*. v9.n1.p1002-1014. 2022. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_30/Trabalho_71_2022.pdf. Acesso em: 8 de setembro de 2024.

MACHADO, Andrezza; TACLA, Felipe; TIOSSO, Pérola. A diferença entre o Cânhamo e a Maconha e sua comercialização e 'estado-da-arte' no sistema jurídico brasileiro. *Jusbrasil*. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-diferenca-entre-o-canhamo-e-a-maconha-e-sua-comercializacao-e-estado-da-arte-no-sistema-juridico-brasileiro/1113573536>. Acesso em: 9 de junho de 2024.

MANO, Cláudia de Lucca. Omissão da ANVISA aprofunda abismo entre STF e Congresso. *Consultor Jurídico*. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-jul-23/omissao-da-anvisa-aprofunda-o-abismo-entre-stf-e-congresso/>. Acesso em: 29 de setembro de 2024

MATIAS, Gabriel Ferreira Setton; LIMA, Maria Andriely Cunha; COSTA, Tiago Almeida; FARIA, Mariana Soares; NASCIMENTO, Isabella Bittencourt Oliveira; DEBBO, Alejandra. Uso da cannabis para tratamento da dor crônica: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, e25411326586. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/26586/23232/310543>. Acesso em: 24 de setembro de 2024.

MELO, Ellen Cristine Alves de; CIRNE, Mariana Barbosa. É possível um diálogo institucional na descriminalização posse de maconha? *Revista Brasileira de Teoria Constitucional*, v. 10, n. 1, p. 61-81, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/383458450_E_POSSIVEL_UM_DIALOGO_INSTITUCIONAL_NA_DESCRIMINALIZACAO_POSSE_DE_MACONHA. Acesso em: 29 de setembro de 2024.

MELO, Mirela. *Testamento vital* - O direito a manutenção da dignidade e autonomia da vontade no momento de morrer. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/407064/direito-a-manutencao-da-dignidade-da-vontade-no-momento-de-morrer>. Acesso em: 18 de setembro de 2024.

MENDONÇA, Gustavo Olympio Scavuzzi. Interpretação constitucional evolutiva e a descriminalização da maconha no Brasil. *Revista Sociedade Científica*, vol.7, n. 1, p.534-557, 2024. Disponível em: <https://revista.scientificsociety.net/wp-content/uploads/2024/02/Art.32-2024.pdf>. Acesso em: 4 de setembro de 2024.

RODRIGUES NETO, João Ozório; CUNHA, Cristiane Silveira; MARCZUK, Valentina Schettino; Machado RIBEIRO, Rosa Maria Machado. Nada no mundo é novo: usos medicinais da Cannabis sp. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, v. 18, n. 52, 2023. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/4176>. Acesso em: 17 de junho de 2024.

NUNES. José Luís da Silva. Histórico da cultura do algodão. *Agrolink*. 2020. Disponível em: <https://www.agrolink.com.br/culturas/algodao/informacoes-da->

cultura/informacoes-gerais/historico-da-cultura-do-algodao_438094.html. Acesso em: 22 de junho de 2024.

OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Quintino de; OLIVEIRA, Euder Quintino de; OLIVEIRA, Pedro Bellentani Quintino de. Autonomia da vontade do paciente x autonomia profissional do médico. *Revista Latino-Americana de Marcapasso e Arritmia*, v. 26, n. 2, p. 89-97, 2013. Disponível em: <https://jca.org.br/jca/article/view/2483/2485> Acesso em: 26 de agosto de 2024.

PAIXÃO, André Luís Soares da. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. *Ciência e saúde coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2167 – 2172, jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RSm4sW7NNKXrbfQm7DQYd7G/#>. Acesso em: 29 agosto de 2024

PEIXOTO, Luana dos Santos Fonseca; LIMA, Iasmin Fares Menezes de; SILVA, Carolina Pereira da; PIMENTEL, Luana Gonçalves; LIMA, Vanessa Bastos de Souza Rolim; SANTANA, Kássia Regina de; JÚNIOR, Francisco Braga da Paz; PAZ, Eliana Santos Lyra da. Ansiedade: o uso da Cannabis sativa como terapêutica alternativa frente aos benzodiazepínicos. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 50502–50509, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13797>. Acesso em: 21 setembro de 2024.

PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Câmara aprova duas inclusões na lista de medicamentos essenciais*. 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1064892-camara-aprova-duas-inclusoes-na-listademedicamentoses essenciais/#:~:text=A%20C%C3%A2mara%20dos%20Deputados%20aprovou,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20>. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

QUARNETI, Franca. Tipos de Maconha: Quantas Variedades ou Cepas de Cannabis Existem?. *El Planteo*. 2023. Disponível em: <https://elplanteo.com/tipos-de-maconha-quantas-variedades-ou-cepas-de-cannabis-existem/>. Acesso: 15 de junho de 2024.

QUEIROZ, Rodrigo César Falcão Cunha Lima. In: XAVIER, Yanko Marcius de Alencar; ALVES, Fabrício Germano; GUIMARÃES, Patrícia Borba Vilar; ROSÁRIO, José Orlando Ribeiro (org.) *Direito, Desenvolvimento e Políticas Públicas*. Natal: Ed. EDUFRN, 2014. p.11-53.

RABELO, Andressa Q.; GOMES, Washington P.; KOHN, Luciana. Uso terapêutico de canabinóides na Esclerose Múltipla. *Ensaio USF, [S. l.]*, v. 3, n. 1, p. 12–26, 2019. DOI: 10.24933/eusf.v3i1.134. Disponível em: <https://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/134/80> Acesso em: 10 setembro de 2024.

RIBEIRO, Sidarta. *As Flores do Bem*. Fósforo Editora, 2023.

ROCHA, R. N.; OLIVEIRA, B. V. N. Divergências entre as decisões do TJTO e STF: uma análise acerca da quantidade de drogas para fins de tráfico e para uso pessoal

com base no voto do ministro Alexandre de Moraes. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e141112, 2024. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1112> Acesso em: 1 de outubro de 2024.

RODRIGUES, Ana Paula Lopes da Silva; LOPES, Ivonete da Silva; MOURÃO, Vitor Luís Alves. Sobre ativismos e conhecimentos: a experiência de associações canábicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, p. e18462022, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rhHdTPw8M5dkWYJR3YKFsjp/#ModalTutors>. Acesso em 15 de setembro de 2024.

SAITO, Viviane M.; WOTJAK, Carsten T.; MOREIRA, Fabrício A. Exploração farmacológica do sistema endocanabinoide: novas perspectivas para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 32, p. 57 – 519, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dPP9G5tCc8NNkbBj6cbjcwk/?lang=pt>. Acesso em: 12 setembro de 2024.

SANTOS, Marina Jacob Lopes da Silva; VASCONCELOS, Beto. Breve histórico da recente regulamentação da cannabis para fins medicinais e científicos no Brasil. *Migalhas*, 2020. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/6/871B2BA84D0C8B_Brevehistoricodar ecenteregulam.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage et al. A expansão do mercado da Cannabis medicinal no Brasil e as lacunas regulatórias. *SciELO Preprints*, 2024. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/8980/16775>. Acesso em: 13 de setembro de 2024.

SERRA JÚNIOR, Marcus Vinícius Barreto. A vinculação do precedente judicial e a segurança jurídica. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, V. 54, n. 214, p. 131-152, 2017. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/54/214/ril_v54_n214_p131.pdf Acesso em: 23 de setembro de 2024

SILVA, Everton de Souza. (2023). Efeitos da cannabis (CBD E THC) no corpo do atleta: suas possíveis influências no esporte. *Saúde Coletiva*, Barueri, V. 13, n. 87, p. 12841–12853, 2023. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3013>. Acesso em: 23 de setembro de 2024.

SILVA, Rogeria Rodrigues da; ALMEIDA, Denner Gomes de; SANTOS, Jânio Sousa. A utilização da cannabis sativa para o tratamento da depressão. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e58111435786. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35786/30125>. Acesso em: 21 de setembro de 2024

SOARES, Milena Karla. *Ignorância e Políticas Públicas: Reflexões sobre a regulamentação de cannabis para uso medicinal no Brasil*. IPEA. 2022. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11389/1/politica_publica_Cannabis_cap21.pdf. Acesso em: 8 de setembro de 2024.

SOUZA, Amanda Aparecida Fernandes de.; SILVA, Andreza Francisca Mendes da; SILVA, Thais Ferreira; OLIVEIRA, Carlos Rocha. Cannabis sativa: Uso de fitocannabinóides para o tratamento da dor crônica. *Brazilian Journal of Natural Sciences*, v. 2, n. 1, p. 20, 2019. DOI: 10.31415/bjns.v2i1.30. Disponível em: <https://bjns.com.br/index.php/BJNS/article/view/30>. Acesso em: 19 setembro de 2024.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de agosto de 2024.

SUBSTÂNCIAS DA MACONHA. Secretária de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. 2015. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/substancias-da-maconha/>. Acesso: 15 de junho de 2024.

TCU. *Política Pública em Dez Passos*. 2021. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/1E/D0/D4/DF/12F99710D5C6CE87F18818A8/Politica%20Publica%20em%20Dez%20Passos_web.pdf. Acesso em: 6 de setembro de 2024.

TWOHEY, Megan; IVORY, Carson; KESSLER, Carson. Maconha: à medida que o uso cresce nos EUA, as doenças psiquiátricas entre jovens também aumentam, comprovam os médicos. *O globo*, 2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/10/09/maconha-a-medida-que-o-uso-cresce-nos-eua-as-doencas-psiquiatricas-entre-jovens-tambem-aumentam-comprovam-medicos.ghtml>

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. *Revista Saúde Pública*, v. 57, p. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s15188787.2023057004579>. Acesso em: 16 setembro de 2024.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. *Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e e necessidade da macrojustiça*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9714?mode=full>. Acesso em: 16 de setembro de 2024.

ZANFERDINI, Flávia de Almeida Montingelli; MONTES NETO, Carlos Eduardo; NUNES, Gustavo Henrique Schneider. O papel do judiciário na efetivação do direito à saúde sob a perspectiva das teorias do ativismo e da autocontenção judicial. *Revista Paradigma*, Ribeirão Preto, a. XXV, v. 29, n. 2, p. 146-165, 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/2049/1696>. Acesso em: 27 agosto de 2024.

ZUARDI. Antônio Waldo. História da Cannabis como medicamento: uma revisão. *Brazilian Journal os Psychiatry*, v. 28, n.2, p. 153 – 157, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/ZcwCkpVxkDVRdybmBGGd5NN/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 de junho de 2024.