

LIDIANE ROSSELY CASTRO DE SOUZA BRASILINO
ANA MARIA PEDREIRA



A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À CANNABIS MEDICINAL PELA ADOÇÃO DO TRATAMENTO AO SUS

SÃO PAULO | 2025

LIDIANE ROSSELY CASTRO DE SOUZA BRASILINO
ANA MARIA PEDREIRA



A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À CANNABIS MEDICINAL PELA ADOÇÃO DO TRATAMENTO AO SUS

SÃO PAULO | 2025

1.^a edição

**Lidiane Rossely Castro de Souza Brasilino
Ana Maria Pedreira**

**A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À *CANNABIS MEDICINAL*
PELA ADOÇÃO DO TRATAMENTO AO SUS**

ISBN 978-65-6054-228-0



Lidiane Rossely Castro de Souza Brasilino
Ana Maria Pedreira

A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À *CANNABIS MEDICINAL*
PELA ADOÇÃO DO TRATAMENTO AO SUS

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORARIA ARCHÉ
2025

Copyright © dos autores e das autoras.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY- NC 4.0).



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

Brasilino, Lidiane Rossely Castro de Souza.

B823d A democratização do acesso à cannabis medicinal pela adoção do tratamento ao SUS [livro eletrônico] / Lidiane Rossely Castro de Souza Brasilino, Ana Maria Pedreira. – 1. ed. – São Paulo, SP : Arché, 2025.

203 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-6054-228-0

1. Cannabis medicinal. 2. Direito à saúde. 3. Justiça distributiva.
4. Políticas públicas de saúde. I. Pedreira, Ana Maria. II. Título.

CDD 344.046

Elaborado por Mauricio Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

contato@periodicorease.pro.br

1^a Edição- Copyright® 2025 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria da Lima n.^o 1.384 — Jardim Paulistano.
CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubirailze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciencias Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinhamá- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Fajardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albardonedo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA|

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrade Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.^o 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, que me fortalece e ilumina minha caminhada, concedendo-me sabedoria e perseverança para alcançar meus objetivos; Ao meu esposo, meu companheiro incansável, que esteve ao meu lado em todos os momentos, oferecendo apoio, incentivo e amor incondicional, especialmente nas fases de incerteza; Ao meu filho, minha maior inspiração, com quem agora desejo compartilhar mais momentos e aproveitar intensamente a vida. À minha mãe, exemplo de força e dedicação, cujo amor e ensinamentos foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. A vocês, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema e causa primária de todas as coisas, por me conceder a oportunidade de aprendizado e evolução nesta jornada. Agradeço pela força, pela coragem e pelos ensinamentos que me guiam no caminho do bem.

À minha família, pelo amor incondicional e pelo apoio irrestrito ao longo desta caminhada. À minha mãe, cujo exemplo de dedicação e força me inspira diariamente. Ao meu esposo, meu companheiro de vida, que sempre esteve ao meu lado, acreditando em mim mesmo nos momentos de dúvida. Ao meu filho, que me motiva a ser sempre melhor e a nunca desistir dos meus sonhos. Ao meu irmão, cuja presença e apoio foram essenciais, fortalecendo-me com palavras de encorajamento e cumplicidade ao longo desta jornada.

Aos meus professores e orientadores, que compartilharam conhecimento e me guiaram com paciência e dedicação, contribuindo imensamente para minha formação acadêmica. Em especial, à Professora Ana Pedreira, cujo comprometimento e generosidade foram fundamentais para a construção deste trabalho. Sua orientação criteriosa, incentivo incansável e paixão pelo conhecimento fizeram toda a diferença nesta jornada.

Aos colegas de jornada, que dividiram comigo desafios, dúvidas e aprendizados. O apoio mútuo e a troca de experiências tornaram essa trajetória mais enriquecedora e significativa.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, minha sincera gratidão.

“O exemplo é uma força que repercute, de maneira imediata longe ou perto de nós. Não podemos nos responsabilizar pelo que os outros fazem de suas vidas, cada qual é livre para fazer o que quer de si mesmo, mas não podemos negar que nossas atitudes inspiram atitudes, seja no bem quanto no mal.” (Chico Xavier)

RESUMO

O presente estudo aborda a ampliação do acesso à *cannabis* medicinal no Brasil, investigando os desafios legais, sociais e econômicos relacionados à sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS). A análise enfatiza a importância de políticas públicas inclusivas e avalia o impacto da ausência de regulamentação clara sobre a judicialização do direito à saúde e discute como as teorias da justiça e a efetividade do direito podem contribuir para a formulação de políticas públicas mais equitativas e inclusivas. Fundamentada nas contribuições teóricas de John Rawls e Amartya Sen, a pesquisa examina a relação entre justiça distributiva, equidade e o direito à saúde, destacando a necessidade de garantir não apenas a regulamentação formal da *cannabis* medicinal, mas também sua acessibilidade real para populações vulneráveis. Trabalhamos com a hipótese de que a ausência de regulamentação clara e acessível tem impulsionado a judicialização do direito à saúde, criando desigualdades no acesso aos tratamentos à base de *cannabis*. O objetivo geral é compreender os desafios e as oportunidades relacionadas à incorporação dessa tecnologia ao SUS, analisando como a formulação de políticas públicas pode reduzir desigualdades e promover maior equidade no sistema de saúde. A pesquisa utiliza uma perspectiva qualitativa e interdisciplinar, combinando análise bibliográfica, documental e empírica. Foram analisados documentos normativos nacionais e internacionais, resoluções da ANVISA, jurisprudências e experiências internacionais de países que já incorporaram a *cannabis* medicinal em seus sistemas públicos de saúde. Os resultados indicam que a falta de regulamentação específica impõe barreiras significativas à sua inclusão no SUS, limitando o acesso da população e gerando desigualdade no atendimento. Diante dessas constatações, a dissertação propõe medidas para superar esses desafios, incluindo a regulamentação do cultivo e da produção nacional de medicamentos à base de *cannabis*, o incentivo à pesquisa científica na área e a capacitação de profissionais de saúde para prescrição adequada desses tratamentos. A implementação dessas estratégias pode contribuir para a construção de uma política pública mais equitativa, sustentável e eficaz, alinhada aos princípios de universalidade, integralidade e equidade que regem o SUS.

Palavras-chave: *Cannabis* medicinal. Direito à saúde. Justiça distributiva. Políticas públicas.

ABSTRACT

This research focuses on the democratization of access to medical *cannabis* in Brazil, with an emphasis on its incorporation into the Unified Health System (SUS). The study investigates the legal, social, and economic barriers that limit this access and discusses how theories of justice and the effectiveness of law can contribute to the formulation of more equitable and inclusive public policies. Grounded in the theoretical contributions of John Rawls and Amartya Sen, the research examines the relationship between distributive justice, equity, and the right to health, highlighting the need to ensure not only the formal regulation of medical *cannabis* but also its actual accessibility for vulnerable populations. We work with the hypothesis that the absence of clear and accessible regulation has driven the judicialization of the right to health, creating inequalities in access to *cannabis*-based treatments. The general objective is to understand the challenges and opportunities related to the incorporation of this technology into SUS, analyzing how public policy formulation can reduce inequalities and promote greater equity in the health system. The research uses a qualitative and interdisciplinary approach, combining bibliographic, documentary, and empirical analysis. National and international normative documents, ANVISA resolutions, jurisprudence, and international experiences of countries that have already incorporated medical *cannabis* into their public health systems were analyzed. The results indicate that the lack of specific regulation imposes significant barriers to its inclusion in SUS, limiting the population's access and generating inequality in care. Given these findings, the dissertation proposes measures to overcome these challenges, including the regulation of the cultivation and national production of *cannabis*-based medicines, the encouragement of scientific research in the area, and the training of health professionals for the appropriate prescription of these treatments. The implementation of these strategies can contribute to the construction of a more equitable, sustainable, and effective public policy, aligned with the principles of universality, comprehensiveness, and equity that govern SUS.

Keywords: Public health. Medicinal cannabis. Right to health. Distributive justice. Judicialization of health. Public policies;

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBD	Canabidiol
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
FDA	Food and Drug Administration
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PL	Projeto de Lei
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SEC	Sistema Endocanabinoide
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
THC	Tetrahidrocanabinol

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 01	25
O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	
CAPÍTULO 02	58
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUA ESTRUTURA	
CAPÍTULO 03	95
O USO TERAPÊUTICO DA <i>CANNABIS</i> NO BRASIL	
CAPÍTULO 04	129
DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À <i>CANNABIS</i> MEDICINAL PELO SUS	
CAPÍTULO 05	167
MARCO METODOLÓGICO	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
REFERÊNCIAS.....	182
ÍNDICE REMISSIVO	198

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde, enquanto direito humano fundamental, encontra-se presente na Constituição Federal de 1988 e em tratados internacionais ratificados por este país. Todavia, tal direito, na prática, encontra obstáculos importantes, em particular em locais em que a desigualdade e a exclusão social são uma realidade. Acima disso, a inclusão de tratamentos inovadores, como a *cannabis* medicinal, no Sistema Único de Saúde é providenciada como uma tentadora inovação. Não se trata de inovação tecnológica ou terapêutica, mas de inovação em termos de justiça social que visa eliminar preconceitos históricos e redefinir a autoridade do Estado em relação ao seu povo.

Nesse sentido, a *cannabis* medicinal emerge como um tema que não pode ser abordado sem um questionamento direto aos princípios de bem-estar e justiça social. Nesse cenário, o primeiro passo que a evolução médica e social exige é observar criticamente as implicações legais, sociais e ética da regulamentação de tal pauta. Ao centrar em implicações legais e no contexto prático do acesso, esta dissertação pretende examinar os desafios e oportunidades do acesso democrático a essa grande terapia, considerando a posição mais crítica daqueles que inevitavelmente são confrontados com problemas mais prementes. Meu intento é contribuir para a construção de um governo eficiente atrelado à preservação de direitos humanos para tratar melhor os cidadãos.

Cannabis medicinal é um tópico amplamente debatido na academia e na sociedade, e a subjetividade acima mencionada em refletir sobre a realidade social é amadurecida exatamente das resistências que um ativismo muito mais sólido enfrenta de uma tutela formada pela

criminalização e estigmatização. Essas resistências, por vezes baseadas num discurso proibicionista, limitam não só o acesso, mas a possibilidade de construção de uma política de saúde mais justa. Dessa forma, esta dissertação busca compreender as formas de superação dessas resistências, ao descrever deslocamentos teóricos e práticos dos acessos à *cannabis* medicinal no SUS.

A descoberta e a disponibilização de mais opções terapêuticas em medicamentos feitos à base de *cannabis* ampliam, portanto, o princípio da equidade do direito à saúde. No Brasil, a lógica do acesso a medicamentos inovadores é institucionalmente tensionada entre demanda social e obstáculos burocráticos, financeiros e normativos. O problema ganha proporções ainda maiores em razão dos elevados índices de judicialização: na prática, essa última diz respeito a pessoas físicas que reivindicam judicialmente, com fundamento em direito fundamental, a disponibilização de medicamentos ou tratamentos não incluídos no Poder Público. Embora a judicialização em si seja lícita no sentido de que jovens com complicações patológicas procuram proteger direitos humanos, mas impõe um desafio duplo à gestão pública.

A presente pesquisa, portanto, insere-se no debate sobre a efetividade das políticas públicas de saúde no Brasil, analisando a viabilidade da incorporação da *cannabis* medicinal ao SUS à luz das teorias da justiça. No campo teórico, a dissertação baseia-se nos conceitos desenvolvidos por John Rawls e Amartya Sen, que oferecem contribuições fundamentais para a análise da equidade e da justiça distributiva. Rawls argumenta que uma sociedade justa deve priorizar os menos favorecidos, garantindo que políticas públicas reduzam as desigualdades estruturais. Sen, por sua vez, propõe que a justiça não pode ser avaliada apenas pela

distribuição de recursos, mas pela real capacidade das pessoas de converter esses recursos em oportunidades concretas. Dessa forma, a incorporação da *cannabis* medicinal no SUS pode ser analisada como uma estratégia de justiça social, que busca ampliar as liberdades individuais e garantir acesso igualitário à saúde.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos, cada um aborda aspectos complementares do tema em análise.

O primeiro capítulo apresenta uma investigação aprofundada sobre as bases legais e teóricas que sustentam o direito à saúde no Brasil. Inicialmente, aborda a evolução histórica desse direito no cenário nacional e internacional, destacando os marcos normativos que o consolidaram como um pilar do Estado Democrático de Direito. Em seguida, explora os princípios constitucionais, como a universalidade, a integralidade e a equidade, articulando-os às demandas por tratamentos inovadores. Ademais, examina as contribuições das teorias da justiça de Amartya Sen e John Rawls, que oferecem fundamentos para a formulação de políticas públicas orientadas pela equidade e pela redução das desigualdades.

O segundo capítulo expõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Incorporação de Tecnologias Inovadoras e investiga os processos e os critérios envolvidos na inclusão de novos tratamentos no SUS. Este capítulo analisa o arcabouço normativo e institucional que regula a incorporação de medicamentos, discutindo as exigências técnicas, econômicas e éticas que norteiam essas decisões. Particular atenção é dada à análise de custo-efetividade e à necessidade de garantir o acesso universal, especialmente para as populações em situação de vulnerabilidade.

O terceiro capítulo é dedicado a uma análise aprofundada da *cannabis* medicinal, considerando os desafios e avanços recentes na sua regulamentação, sua aceitação no meio médico e as políticas públicas que vêm sendo desenvolvidas no Brasil e em outros países. Este capítulo investiga as barreiras que ainda impedem uma regulamentação mais abrangente, os avanços científicos que sustentam sua eficácia terapêutica e a necessidade de um modelo regulatório que equilibre inovação, segurança e equidade no acesso.

Por fim, o quarto capítulo desta dissertação apresenta uma análise crítica e abrangente sobre os desafios e perspectivas para a democratização do acesso à *cannabis* medicinal no Brasil, com foco na sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS). São examinadas as barreiras legais, econômicas e normativas que limitam a efetividade do direito à saúde, bem como o papel da judicialização como mecanismo paliativo frente à omissão estatal. O capítulo destaca modelos internacionais bem-sucedidos, como os do Canadá, Israel, Alemanha, Uruguai e de alguns estados norte-americanos, cujas experiências revelam caminhos possíveis para o Brasil. Ao final, são apresentadas propostas concretas, como a regulamentação do cultivo associativo, incentivos à produção nacional, capacitação de profissionais de saúde e formulação de políticas públicas inclusivas. Tais medidas visam não apenas ampliar o acesso ao tratamento, mas também fortalecer os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade no SUS, promovendo justiça social, desenvolvimento científico e respeito à dignidade humana.

Ao longo dos capítulos, a dissertação busca oferecer uma análise integrada e multidisciplinar, conectando os aspectos legais, sociais e econômicos da questão da *cannabis* medicinal. O objetivo final é não

apenas contribuir para o avanço do debate acadêmico, mas também propor caminhos concretos para a formulação de políticas públicas que ampliem o acesso à saúde no Brasil. A expectativa é que este trabalho possa inspirar mudanças significativas na maneira como o direito à saúde é efetivado, fortalecendo os alicerces de uma sociedade mais justa e igualitária.

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa de natureza interdisciplinar, fundamentada em análise bibliográfica e documental, com o objetivo de investigar a democratização do acesso à cannabis medicinal no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A metodologia empregada articula conhecimentos do direito sanitário, políticas públicas, filosofia política e economia da saúde, permitindo uma compreensão abrangente dos desafios e oportunidades relacionados à incorporação dessa tecnologia terapêutica no sistema público de saúde. Esta escolha metodológica justifica-se pela complexidade multifacetada do fenômeno estudado, que demanda uma análise que transcenda as fronteiras disciplinares tradicionais para capturar adequadamente suas dimensões jurídicas, sociais, econômicas e éticas.

A construção teórica desta investigação fundamenta-se nas contribuições seminais de Amartya Sen e John Rawls, cujas teorias da justiça oferecem um marco conceitual robusto para analisar questões de equidade e acesso no contexto das políticas públicas de saúde. A abordagem das capacidades de Sen (2010) e a teoria da justiça como equidade de Rawls (2003) destacam a importância da equidade e das capacidades humanas para a realização de uma vida digna, fornecendo instrumentos teóricos essenciais para avaliar a justiça distributiva das políticas relacionadas à cannabis medicinal. Sob a ótica dessas teorias da justiça, o tema desta dissertação articula-se intrinsecamente com os

princípios de igualdade de oportunidades e justiça distributiva, uma vez que Amartya Sen argumenta que a justiça não pode ser avaliada exclusivamente pela distribuição formal de recursos, mas pela capacidade real dos indivíduos de converterem esses recursos em oportunidades concretas e funcionamentos valiosos.

Nesta perspectiva teórica, a incorporação da cannabis medicinal pelo SUS emerge como uma medida de justiça distributiva que visa ampliar as capacidades humanas de populações vulneráveis, especialmente aquelas que enfrentam barreiras sistêmicas no acesso a tratamentos inovadores. John Rawls, por sua vez, propõe através do princípio da diferença que uma sociedade justa deve priorizar a melhoria das condições dos menos favorecidos, desde que isso não comprometa as liberdades básicas e a igualdade equitativa de oportunidades. No contexto brasileiro, a ampliação do acesso à cannabis medicinal pelo SUS representa um passo concreto na direção da justiça rawlsiana, pois atende prioritariamente às necessidades de indivíduos que, devido a limitações socioeconômicas, enfrentam dificuldades para acessar tratamentos disponíveis exclusivamente no setor privado.

O corpus documental analisado abrange múltiplas dimensões do fenômeno estudado, incluindo documentos normativos nacionais como a Constituição Federal de 1988, resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), relatórios da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), além de jurisprudências dos tribunais superiores sobre judicialização do direito à saúde. Complementarmente, foram examinados estudos empíricos que retratam os impactos sociais, econômicos e clínicos da cannabis medicinal, bem como experiências regulatórias internacionais de países que já

incorporaram essa terapêutica em seus sistemas públicos de saúde. Esta amplitude documental permite uma análise comparativa que identifica tanto as especificidades do contexto brasileiro quanto as lições aprendidas em outras experiências nacionais, contribuindo para uma compreensão mais nuançada dos desafios e possibilidades de democratização do acesso.

A análise estrutura-se em uma perspectiva crítica e propositiva, articulando o conteúdo teórico com os desafios práticos identificados na implementação de políticas públicas inclusivas. Esta estratégia metodológica permite não apenas compreender o fenômeno estudado em sua complexidade, mas também formular proposições viáveis e sustentadas por evidências científicas e experiências comparadas, contribuindo para o avanço do conhecimento na área e para a formulação de políticas mais equitativas. A judicialização do direito à saúde é examinada nesta pesquisa como um fenômeno complexo e multifacetado, que se revela simultaneamente como um importante canal para a efetivação de direitos fundamentais e como indicador das deficiências do sistema público de saúde.

As decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos à base de *cannabis* pelo Estado funcionam como catalisadores de mudanças estruturais, evidenciando a tensão permanente entre as demandas sociais emergentes, os avanços científicos e os limites orçamentários e regulatórios do sistema público. Esta abordagem metodológica permite compreender como a atuação do Poder Judiciário, embora não substitua a formulação adequada de políticas públicas, pode contribuir para acelerar processos de incorporação de tecnologias e para pressionar os gestores públicos a desenvolverem respostas mais eficazes às necessidades de saúde da população. Simultaneamente, a análise crítica

da judicialização revela os riscos de reprodução de desigualdades quando o acesso a tratamentos inovadores depende da capacidade individual de mobilizar recursos jurídicos e financeiros para ingressar com ações judiciais, o que reforça a necessidade de políticas públicas proativas que antecipem essas demandas e garantam acesso equitativo independentemente da capacidade de litigância dos cidadãos.

OBJETIVOS

Objetivos gerais

O objetivo geral desta dissertação é examinar em que medida a incorporação de tratamentos baseados em *cannabis* medicinal pelo SUS pode contribuir para a realização do direito à saúde e para a promoção da dignidade humana. Busca-se, ainda, compreender como essa estratégia se insere no campo das teorias da justiça social e das políticas públicas.

Os objetivos específicos

Analizar os fundamentos legais e teóricos que sustentam o direito à saúde, com foco na integração de tratamentos inovadores ao SUS;

Identificar os desafios políticos, econômicos, sociais e culturais que envolvem a adoção de medicamentos à base de *cannabis*;

Analizar criticamente os efeitos da judicialização do direito à saúde no acesso ao tratamento, especialmente seu impacto orçamentário e as repercussões na formulação de políticas públicas sustentáveis

Por fim, propor estratégias concretas para a incorporação da cannabis medicinal ao SUS, fundamentadas nas teorias da justiça de John

Rawls e Amartya Sen, com vistas à efetivação do direito à saúde e à promoção da dignidade humana.

CAPÍTULO 01

O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

O direito à saúde emerge como um dos pilares da dignidade humana, concretizando um de seus aspectos mais vitais – a saúde para uma vida plena e produtiva. Saúde, nesse viés, é a realização primária da qualidade de vida pretendida, assim se tornando pressuposto jurídico à vida e a qualquer direito humano, seja ele positivado ou não pela Constituição. Saúde nada mais é do que efetivação de um real compromisso do Estado em termos éticos, legais e políticos com um ideal de bem-estar público. O passar do tempo faz mostrar o percurso social, econômico e cultural que esse valor percorreu desde tempos da antiguidade, em que a saúde era um privilégio reservado aos ditos mais afortunados, até os dias atuais, em que ela é para todos e deve ser integral.

No Brasil, o direito à saúde parece ultrapassar a mera definição constitucional para ser a própria caracterização do direito à saúde da justiça social que leva o Estado a uma posição solidária em relação às pessoas, garantindo a todos um padrão mínimo de bem-estar.

O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO

Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Não se pode negar, diante disso, que saúde não é mera condição biológica do indivíduo, mas um direito humano fundamental. Saúde, desse modo, encontra-se vinculada à necessidade de

direção pública de acesso a serviços de saúde para promover o bem-estar da pessoa humana em sua completude.

Os direitos humanos são considerados prerrogativas inalienáveis a todos os indivíduos, independentemente de raça, cor, sexo, orientação sexual, classe social, idioma, religião ou opinião política. Eles se fundamentam na dignidade intrínseca à pessoa humana que devem ser reconhecidos, promovidos e respeitados pelo Estado (ONU, 2000). Nessa perspectiva, o direito à saúde ocupa posição central entre os direitos fundamentais, dada sua estreita relação com a qualidade de vida, o bem-estar coletivo e o pleno exercício da cidadania.

O princípio da universalidade, aplicado aos direitos humanos, estabelece que estes devem ser garantidos a todas as pessoas, sem quaisquer restrições. Este princípio está intrinsecamente vinculado ao conceito de dignidade humana, conforme proposto por Kant (2006). Para o autor o ser humano deve ser tratado como um fim em si mesmo, jamais como um meio. Essa concepção é reiterada por Silva (2006), ao afirmar que a dignidade da pessoa humana representa "o valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais", incluindo os direitos à vida, à liberdade, à igualdade e, por consequência, à saúde.

Silva(2006)reforça a ideia, ao afirmar que a dignidade da pessoa humana é o valor fundamental que condiciona a qualidade jurídica da norma constitucional, impregnando-a de superioridade e tornando-se a força atrativa que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais. Este conceito inclui o direito à vida, o direito à liberdade, o direito à igualdade e, por consequência, o direito à saúde.

Os direitos humanos são indivisíveis e interdependentes; de acordo com a Organização das Nações Unidas (2000), a violação de um direito compromete a efetivação plena dos demais, demonstrando uma conexão estrutural entre eles. Da mesma forma, restrições ao acesso dos cidadãos a cuidados de saúde também podem violar diretamente a sua dignidade como pessoa e, em virtude de ser-lhe impossível ter uma sobrevivência digna, a sua vida.

Bobbio (1992) afirma que os direitos humanos são conquistados historicamente e que se originam em situações sociais específicas de oposição à opressão e à violação. Para o autor, os direitos do homem são respostas a desafios e ameaças específicos e, como tal, devem ser constantemente reafirmados à medida que novas ameaçam à liberdade e à dignidade humanas surgem. Bobbio define-os como “exigências históricas”, fruto das lutas sociais e instrumentos de limitação do poder, e os distingue dos direitos naturais.

Além de sua base normativa, os direitos humanos possuem fundamentos ético-morais que ultrapassam a legislação vigente, orientando condutas individuais e institucionais. Para Trindade (1997), os direitos humanos são valores fundamentais que norteiam a ação política e social e constitui instrumentos de combate contra a dominação, a exclusão e a opressão.

Documentos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) delineiam as diretrizes jurídicas para sua implementação em escala global.

Contudo, a implementação prática desses direitos ainda enfrenta desafios significativos. Silva (2007) descreve que em muitas nações, os direitos humanos permanecem como meros ideais, com problemas como recursos insuficientes ou falta de vontade política para sua concretização.

A Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, reafirmou a indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos, enfatizando que sua proteção deve ocorrer de forma integrada para promover uma vida digna para todos (Gruskin, 2007). Este entendimento ressalta a importância de um tratamento conjunto dos direitos fundamentais, buscando o bem-estar individual e coletivo.

O direito à saúde mostra essencial não apenas à dignidade, mas também à preservação da própria vida. Este direito pressupõe acesso equitativo às condições básicas, fundamentado pela Constituição de 1988 como dever do Estado mediante políticas públicas eficazes. O artigo 1º, inciso III, da Carta Magna Brasileira estabelece a dignidade humana como um dos fundamentos da República, evidenciando a articulação entre os direitos sociais e os fundamentais.

No plano internacional, a relevância do direito à saúde está igualmente assegurada. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, determina no artigo 25 que todo ser humano tem direito a padrões adequados de vida, incluindo alimentos, moradia e cuidados médicos necessários. Posteriormente, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado em 1966, reforçou o compromisso assumido pelos países signatários de promover o acesso universal a medicamentos e tratamentos essenciais, consolidando a

premissa fundamental da igualdade no atendimento à saúde de todos, independentemente de sua origem ou situação financeira. Apesar dos avanços, ainda persistem desafios para que esta prerrogativa fundamental prevista em tratados internacionais se efetive de fato e alcance cada vez mais gente pelo mundo, sobretudo nos locais mais vulneráveis e empobrecidos.

A correlação entre o direito à saúde e a dignidade humana é evidenciada nos estudos de Kolling e Massaú (2010), os quais afirmam que a efetivação do direito à saúde está diretamente vinculada ao exercício da cidadania e à concretização dos direitos humanos. De acordo com a análise de Kolling e Massaú (2010), refletir sobre o direito à saúde envolve, de forma indissociável, a consideração dos direitos humanos, uma vez que a saúde está intrinsecamente ligada à garantia da vida e ao pleno exercício da cidadania.

O viés filosófico também oferece importante contribuição para a compreensão do direito à saúde. Michel Villey (2007) argumenta que os direitos humanos, embora proclamados como promessas de liberdade e dignidade, nem sempre são efetivados de forma equitativa, sendo frequentemente limitados por barreiras econômicas e políticas. Por sua vez, Wolfgang Kersting (2003) sustenta que os direitos humanos fundamentais, como o direito à saúde, decorrem das necessidades básicas do ser humano, como a preservação da vida e da integridade física. Portanto, defende sua proteção universal, por serem essenciais para uma convivência justa e digna entre todos.

Desta maneira, o direito fundamental à saúde transcende o acesso a tratamentos médicos: ele assegura a dignidade e a igualdade de condição de cada indivíduo. Sua concretização demanda esforços conjugados do Estado e da sociedade civil, a fim de garantir seu caráter abrangente, integral e imparcial

A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO BASE DO DIREITO À SAÚDE

A dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito (CF/88, art. 1º, III), serve como alicerce normativo para o reconhecimento da saúde como um bem jurídico indisponível. A dignidade impõe ao Estado o dever de desenvolver políticas públicas que assegurem condições de existência compatíveis com o valor intrínseco de cada ser humano. Tal princípio exige, portanto, mais do que a abstenção estatal: requer atuação positiva e estruturante.

Conforme ressaltado por Piovesan (2008), a dignidade da pessoa humana constitui um princípio estruturante da Constituição, funcionando como critério orientador na interpretação das normas e influenciando a construção de todo o sistema jurídico.

No campo da saúde pública, a dignidade humana exige que o Estado adote políticas inclusivas e inovadoras para garantir que todos tenham acesso a tratamentos eficazes. Dallari (1988) observa que o direito à saúde surgiu como uma necessidade histórica, inicialmente vinculada às exigências da força de trabalho, mas que, com o tempo, passou a ser reconhecido como um direito humano essencial. Essa evolução histórica

demonstra que a saúde não é apenas um direito individual, mas também um pilar do bem-estar coletivo.

A proteção da dignidade humana no campo da saúde também encontra respaldo no direito internacional. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), ratificado pelo Brasil, estabelece que as Nações devem garantir a todos o direito ao mais elevado nível possível de saúde física e mental. Além disso, as nações precisam trabalhar em conjunto de forma contínua para melhorar o acesso de todos aos serviços de saúde e as condições determinantes da saúde. Para Carlini (2006), o cumprimento desse compromisso requer a adoção de políticas que assegurem o acesso equitativo aos serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação.

Nesse aspecto, para além a dignidade humana, a concretização do direito à saúde é promovida também segundo o princípio da igualdade. O art. 5º da Constituição Federal alude que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Daí decorre que o acesso à saúde é direito garantido a toda a população e igualmente repartido. Nesse sentido, Hannah Arendt (1997) enfatiza que a saúde é um fator essencial para a sobrevivência individual e coletiva e deve ser garantida a todos de forma justa.

Dentro do conceito de igualdade de acesso à saúde, dá origem à necessidade de políticas afirmativas que visem corrigir desigualdades desenvolvidas em causa. Assim, quando focado em grupos vulneráveis, maior a diferenciação do tratamento não representa uma violação à igualdade, mas, ao contrário, é o incentivo assegurado de que aqueles que

precisam mais substancialmente sejam colocados no topo de uma lista de espera para utilizar os serviços de saúde. Essa linha de ação visa concretizar a igualdade material, na qual o Estado deve tratar desigualmente os desiguais para garantir um equilíbrio efetivo (Mendes, 2011).

O Supremo Tribunal Federal (STF) tem reconhecido reiteradamente que a reserva do possível não pode ser utilizada como justificativa para inviabilizar a efetivação do direito à saúde. A dignidade humana e o direito à vida devem prevalecer sobre restrições orçamentárias, especialmente nos casos em que o fornecimento de medicamentos ou tratamentos é imprescindível para assegurar a sobrevivência dos pacientes.

Desta forma, a correlação entre o direito à saúde e os princípios da dignidade humana e da igualdade é fundamental para o entendimento da proteção social no Brasil. O reconhecimento da dignidade humana e da igualdade como balizadores do Estado Democrático de Direito impõe que o Estado também assegure outras obrigações, com destaque para o direito à saúde, com acesso universal e igualitário, sobretudo em relação às populações vulneráveis. A dignidade humana não é apenas uma cláusula abstrata, mas uma exigência concreta de proteção ao ser humano em todas as dimensões de sua existência. Assim, a igualdade compele o Estado a agir igualmente com a finalidade de diminuir as desigualdades de acesso e possibilitar a cada cidadão, sem distinção, a desfrutar plenamente do direito à saúde. Portanto, o direito à saúde constitui uma das manifestações mais claras da preocupação constitucional com a justiça social.

O DIREITO À SAÚDE COMO BEM-ESTAR SOCIAL

O direito à saúde, enquanto expressão do bem-estar social, assume um lugar de destaque na construção de uma sociedade justa e igualitária. A noção de saúde extrapola a ausência de doenças e envolve questões físicas, mentais e sociais. De acordo com a OMS(1948), “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. Referida concepção amplia a autoridade do Estado e da sociedade na consolidação de políticas públicas que assegurem condições provisionadas de uma vida humana adequada.

A ideia de bem-estar social, conforme desenvolvida por Amartya Sen (2018), enfatiza a importância das capacidades individuais, ou seja, as oportunidades reais que cada pessoa tem para viver uma vida valorizada. Sen argumenta que o bem-estar social não pode ser medido apenas pelo acesso a bens e serviços, mas pela capacidade de cada indivíduo exercer suas liberdades e escolhas. Então, a saúde é uma condição vital para a igualdade de oportunidades de ganho, uma vez que o Estado não intervém proativamente na garantia de um sistema de saúde eficiente e acessível, muitos permanecem à margem do processo.

No entanto, a relação mais ampla entre saúde e bem-estar social não se refere ao indivíduo, mas à dimensão social agregada. Precisamente, a saúde é incapaz de satisfazer a justiça social por si só, pois essa tarefa é, em última análise, do governo, que deve assumir a principal responsabilidade pela redução da desigualdade histórica e estrutural. Por outro lado, um esforço ativo para equilibrar o oligopólio artificial dos prestadores de serviços médicos por meio de subsídios estatais e do suporte

aos centros médicos pode ser o choque de saúde necessário. Em outras palavras, a introdução de competição suficientemente ativa entre as empresas pode resolver o problema da justiça social, uma vez que ambos os fatores, com requisitos suficientemente altos, assegurarão sua produção eficaz e de alta qualidade.

A relação entre saúde e bem-estar social não reside, no entanto, estritamente na responsabilidade do indivíduo, mas toma uma dimensão social que pode apenas ser revertida pelo Estado em relação à redução das desigualdades históricas e estruturais. Assim, fornecer acesso universal a serviços de saúde de qualidade e implementar políticas de saúde pública que ajudam a prevenir doenças a qualquer custo possível permite que a justiça social se estenda à população. Além disso, o direito à saúde, nesse caso, atua como um agente de mudança social, permitindo aos seres humanos realizar plenamente seus direitos e acessar oportunidades de desenvolvimento humano.

EVOLUÇÃO NO BRASIL

Já no Brasil Colônia, a saúde pública era um privilégio restrito à prevenção de epidemias que poderiam pôr em risco a economia e a segurança dos centros urbanos. A saúde pública tinha ações pontuais como a erradicação da lepra e a peste bubônica e ainda possuía caráter elitista e econômico, não havendo um grande compromisso com o bem-estar da sociedade como um todo.

Esse modelo inicial revela uma linha restritiva, voltada apenas para garantir o funcionamento das áreas urbanas e o controle sanitário dos portos.

Entre 1870 e 1930, o Brasil adota o modelo campanhista, marcado por medidas autoritárias e focadas no controle de epidemias específicas. Embora necessária, a execução de campanhas de vacinação e a erradicação de doenças era feita de maneira coercitiva, demonstrando uma visão restrita e centralizadora da saúde pública. Se, por um lado, esse modelo significou um avanço no sentido de se criar uma estrutura mínima de saúde pública, por outro, falhou em propor a saúde como um direito humano universal.

A partir da década de 1930, o Brasil começou a estruturar a saúde pública estatal. Durante o governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, marcando uma conquista relevante, ao inserir de forma institucionalizada o debate em torno das questões da saúde no governo. Contudo, apesar da relevância dessa criação, o sistema de proteção social apresenta características fragmentadas e desiguais, limitando o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Naquela época, o sistema de saúde brasileiro era composto por um Ministério da Saúde com recursos limitados e por um modelo previdenciário segmentado, em que a assistência médica era concedida por institutos de aposentadoria e pensões, organizados conforme categorias profissionais específicas, como bancários e ferroviários, cada qual com diferentes níveis de cobertura e acesso aos serviços. Por outro lado,

trabalhadores informais ou com vínculos empregatícios instáveis dependem de um atendimento precário, oferecido por instituições públicas, organizações filantrópicas ou ainda serviços privados pagos diretamente por você

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), o Brasil passou a disponibilizar serviços de saúde de caráter curativo. No entanto, esses serviços eram restritos aos trabalhadores vinculados aos IAPs, limitando o acesso à saúde a um segmento específico da população. Nesse período, a saúde era mais um benefício associado ao trabalho formal do que um direito universal. A exclusão era grande, e a maioria dos cidadãos permanecia à margem das políticas públicas de saúde, dependendo de instituições de caridade para conseguir atendimento básico (Barroso, 2008).

No contexto do Estado Novo, o regime militar unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões – em razão da desvalorização aos serviços oferecidos, que não tinham cabimento para a maioria da população – em um único Instituto Nacional da Previdência Social, o INPS. Como consequência, para o trabalhador formal, o acesso aos serviços de saúde estendeu-se consideravelmente. Contudo, esse modelo não contemplava praticamente toda a população fora do mercado formal. A vasta maioria da população – incluindo populações rurais e populações que moravam em periferias urbanas – não era atendida.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 conduziu a uma transição completa da concepção de direito à saúde, elevando-o à condição

de direito fundamental e determinando seu caráter universal. Isso aboliu o sistema que impedia o acesso a ele aos desprovidos de vínculo ou forças periciais para suportar o custo. De acordo com o artigo 196 da Constituição, cabe ao Estado o dever de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, por meio da implementação de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e à oferta de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma universal e igualitária (Brasil, 1988). Nesse sentido, Araújo e Martins (2017) ressaltam que essa mudança reflete uma “busca contínua pelo acesso universal e igualitário”, reforçando a relevância da saúde na promoção da cidadania e na concretização da justiça social no país.

O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988, representa um marco histórico na proteção social brasileira e na promoção da dignidade humana. Esta conquista insere-se no núcleo estruturante do Estado Democrático de Direito, consagrando a saúde como um direito fundamental e indisponível. Sob essa ótica, o direito à saúde se torna um dos elementos do bem-estar, uma condição necessária para uma vida digna e se torna interdependente com outros direitos fundamentais – do direito à vida, do direito à igualdade, do direito à segurança.

A constituição cidadã de 1988 rompeu com a lógica de restrição e exclusão que prevalecia anteriormente, segundo a qual o acesso à proteção da saúde estava subordinado a um vínculo de emprego formal ou à capacidade financeira dos cidadãos. Antes da adoção da constituição, o

acesso aos serviços de saúde estava fragmentado e era elitizado: segmentos específicos da sociedade tinham acesso a serviços de saúde qualificados, enquanto a maioria da população estava limitada aos serviços filantrópicos ou em campanhas esporádicas para controlar as epidemias. Com a nova ordem constitucional, o direito à saúde passou a ser tratado como um direito de todos e um dever indeclinável do Estado.

O artigo 6º da Constituição Federal introduz o direito à saúde no rol dos direitos sociais, enquanto o artigo 196 o regulamenta de forma enfática e definitiva. Este dispositivo dispõe que a saúde é:

"Direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988).

Esse enunciado normativo possui uma dupla função: por um lado, ele afirma a titularidade universal do direito à saúde; por outro, impõe ao Estado a responsabilidade de efetivá-lo por meio de políticas públicas que garantam a universalidade, a equidade e a integralidade do atendimento.

A constitucionalização do direito à saúde promoveu uma verdadeira revolução no campo das políticas públicas porque estabeleceu que o acesso aos serviços de saúde não poderia mais ser subordinado à capacidade financeira, à capacidade de pagamento ou ao vínculo forma de emprego. Isso é uma verdadeira mudança de paradigma, em que a saúde é estabelecida como direito fundamental, indisponível e inalienável para a proteção da vida e da dignidade da pessoa humana. Ele também causou a implementação do Sistema Único de Saúde SUS, que, ao adotar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, coloca o Brasil

entre os poucos países do mundo com um sistema de saúde público, universal e gratuito.

A partir da perspectiva da efetivação dos direitos fundamentais, a norma do artigo 196, da Constituição Federal, não se esgota aí e nem somente afirma direitos. Com efeito, ela define que tais direitos são eficazes, seus efeitos são diretos e imediatos, exigindo o efetivo cumprimento de política pública que garanta o acesso universal e irrestrito ao direito à saúde. Segundo Sarlet (2012), o artigo 196 possui eficácia plena e aplicabilidade imediata, o que significa que ele não depende de regulamentações infraconstitucionais para produzir efeitos jurídicos. Nesse sentido, a saúde passa a ser compreendida não apenas como um direito subjetivo do indivíduo, mas como um direito de caráter coletivo, vinculando o Estado e todos os entes federativos à sua concretização.

A importância do artigo 196 vai além de seu conteúdo literal. Ele opera como uma cláusula geral de proteção à saúde, servindo de fundamento para ações judiciais destinadas a garantir o acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos médicos não disponibilizados pelo SUS. Essa interpretação encontra respaldo na doutrina e na jurisprudência. No âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), o princípio da reserva do possível — frequentemente utilizado pelo Estado para justificar a não concessão de direitos — tem sido mitigado em face do direito à saúde, pois a dignidade da pessoa humana e o direito à vida prevalecem sobre os argumentos financeiros. O STF tem decidido, reiteradamente, que a efetivação do direito à saúde não está sujeita à mera

conveniência administrativa, mas a uma obrigação constitucional concreta e inadiável.

O direito à saúde, conforme previsto no artigo 196, possui uma dimensão individual e coletiva. No plano individual, assegura a cada pessoa o acesso a tratamentos adequados para a preservação e recuperação de sua saúde. No plano coletivo, impõe ao Estado a obrigação de adotar políticas preventivas e de promoção da saúde, com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços. Essa visão ampliada permite que o direito à saúde seja compreendido não apenas como o direito de ser tratado, mas como o direito de viver em condições que promovam o bem-estar físico, mental e social.

Para assegurar a efetivação do direito à saúde, a Constituição Federal estabelece a implementação de políticas públicas focadas na atenção primária, na prevenção de doenças e na oferta de cuidados integrais à saúde. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como o principal mecanismo para a concretização desse direito. Estruturado com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, o SUS tem como objetivo garantir que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica. Reconhecido como uma das principais inovações constitucionais do país, o SUS recebe elogios de instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), pela amplitude de sua cobertura e pela adoção de um modelo de atenção integral à saúde.

A concepção de saúde como direito fundamental requer que o Estado implemente ações afirmativas voltadas para a superação de desigualdades históricas e para a proteção dos grupos mais vulneráveis. Para isso, o poder público deve atuar de forma proativa e contínua, assegurando o financiamento adequado e o aprimoramento da gestão dos serviços de saúde. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos públicos, tem sido alvo de críticas, pois seu impacto sobre o financiamento do SUS pode comprometer a efetivação do direito à saúde, especialmente no contexto de crises sanitárias, como a pandemia de Covid-19.

A efetivação do direito à saúde encontra-se no centro do debate sobre a atuação do Estado no enfrentamento das desigualdades sociais. Como destaca José Afonso da Silva, a saúde é uma "dimensão dos direitos fundamentais do homem", que exige do poder público a adoção de medidas concretas para garantir a igualdade material no acesso aos serviços de saúde. Desse modo, o direito à saúde não se limita a uma previsão formal na Constituição, mas exige uma atuação ativa e contínua do Estado, que deve priorizar as necessidades dos mais vulneráveis e assegurar o financiamento adequado do sistema de saúde pública.

Em síntese, o direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, representa um dos pilares fundamentais para a garantia dos direitos essenciais da sociedade brasileira. Ele vincula o Estado a uma obrigação positiva de promoção de políticas públicas, assegurando o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde. Sua proteção é ampliada pela tutela da dignidade humana, que se projeta

como vetor interpretativo de todo o ordenamento jurídico. Com efeito, o artigo 196 é mais do que um comando normativo — é a expressão de um compromisso social e humanitário que impõe ao Estado a responsabilidade de proteger a saúde de todos, sem discriminação. Ao garantir o direito à saúde de forma ampla, a Constituição de 1988 não apenas promove a justiça social, mas reafirma o valor supremo da dignidade humana.

O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A saúde, consagrada na Constituição Federal de 1988, transcende a noção de serviço público para ser reconhecida como um direito social, universal e prestacional. Como direito social, ela se encontra expressamente prevista no artigo 6º da Constituição, ao lado de outros direitos fundamentais, como a educação, o trabalho e a moradia. Essa classificação não é meramente simbólica, mas revela o compromisso do Estado Democrático de Direito com a justiça social e a proteção dos mais vulneráveis.

De acordo com José Afonso da Silva (2006), o direito à saúde, enquanto direito social:

"é uma dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos".

Nesse sentido, a saúde exige uma atuação ativa e contínua do Estado, que se vê obrigado a promover políticas públicas inclusivas que garantam o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde. Não se trata apenas de garantir a assistência médica pontual, mas de

assegurar um sistema que atue na prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma abrangente e eficaz.

O direito à saúde é consagrado na Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental de caráter universal e inalienável. Essa concepção impõe ao Estado a responsabilidade de adotar políticas sociais e econômicas que garantam o acesso amplo, igualitário e integral a serviços de saúde. Tal perspectiva atribui à saúde uma posição central na proteção dos direitos fundamentais, sendo reconhecida pela doutrina e pela jurisprudência como uma norma de eficácia plena e aplicabilidade imediata. Por conseguinte, o Estado assume o compromisso de promover ações que reduzam o risco de doenças e agravos, assegurando a oferta de serviços e cuidados que promovam a saúde de forma equitativa e inclusiva.

Sarlet (2012) destaca que o direito à saúde faz parte do "conjunto de direitos e liberdades institucionalmente reconhecidos e garantidos pelo direito positivo de determinado Estado" (Sarlet, 2012, p. 31). Este reconhecimento posiciona a saúde em uma posição privilegiada na hierarquia normativa, conferindo-lhe uma eficácia direta e uma proteção especial. Além do mais, o direito à saúde apresenta uma fundamentalidade dual: material e formal. A fundamentalidade material reflete a relevância do direito à saúde para a concretização da dignidade humana e de outros direitos fundamentais, como o direito à vida. Já a fundamentalidade formal deriva de sua inclusão no rol dos direitos protegidos por cláusulas pétreas, nos termos do artigo 60, §4º, da Constituição, o que impede sua supressão ou retrocesso, garantindo sua efetividade e aplicabilidade imediata (Sarlet, 2003).

No plano normativo, a saúde se apresenta como um direito de titularidade coletiva e individual. Isso significa que a proteção à saúde não se restringe ao indivíduo, mas abrange toda a coletividade, exigindo do Estado uma atuação eficaz e permanente. A responsabilidade do Estado vai além da oferta de serviços médicos. Ela abrange a formulação e implementação de políticas públicas que garantam a equidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis. Esse aspecto é fundamental, pois amplia o escopo de proteção para incluir ações de saneamento básico, campanhas de vacinação, programas de prevenção de doenças e a incorporação de terapias inovadoras.

O direito à saúde apresenta duas dimensões de eficácia: a prestacional e a defensiva. Na dimensão prestacional, o Estado deve adotar ações concretas e positivas para a promoção, a prevenção e o tratamento de doenças, assumindo a responsabilidade de oferecer serviços de saúde, medicamentos e tecnologias que garantam o acesso equitativo. Na dimensão defensiva, o direito à saúde atua como uma barreira contra interferências indevidas, tanto do próprio Estado quanto de terceiros, protegendo os indivíduos contra omissões ou violações ao seu direito de acesso à saúde.

Outro foco relevante na análise do direito à saúde é o papel das políticas de inclusão de tratamentos modernos e inovadores. O dispositivo constitucional não se limita a assegurar o tratamento de doenças convencionais, mas se estende à incorporação de novos tratamentos que garantam maior eficácia e melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido, o direito à saúde deve ser interpretado de forma dinâmica,

acompanhando os avanços científicos e as demandas sociais. Esse entendimento exige que o Estado crie mecanismos de inclusão de novos tratamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), observando os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

No campo da responsabilidade estatal, o dever do Estado em relação ao direito à saúde é amplo e irrestrito. O Estado deve não apenas fornecer os serviços e tratamentos de saúde, mas também promover ações preventivas, como saneamento básico, vacinação, campanhas educativas e o fortalecimento da atenção primária à saúde. Essa responsabilidade é solidária entre os entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), o que implica a obrigação conjunta de formular, financiar e implementar políticas públicas de saúde.

Diante disso, o direito à saúde, conforme consagrado na Constituição Federal de 1988, é mais do que uma previsão normativa. Ele impõe uma obrigação jurídica concreta ao Estado, vinculando os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário à sua efetivação. Não se trata de uma norma programática ou de simples orientação, mas de uma obrigação exigível judicialmente, o que permite que os cidadãos açãoem o Judiciário para assegurar o acesso a tratamentos e medicamentos essenciais à preservação da vida e à dignidade humana. À luz desse entendimento, o artigo 196 não é apenas uma declaração de intenções, mas uma garantia real, que permite ao Judiciário determinar a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos, tratamentos e tecnologias de saúde em favor dos cidadãos.

Em síntese, o direito à saúde, ao ser consagrado pela Constituição Federal de 1988, assumiu uma posição central na estrutura normativa brasileira. Ele simboliza o rompimento com a lógica excludente que caracterizava o acesso à saúde antes de 1988, consolidando um novo paradigma de universalização e igualdade. Mais do que isso, o direito à saúde passou a ser visto como parte do núcleo essencial da dignidade humana, sendo protegido por cláusulas pétreas e tendo eficácia plena e aplicabilidade imediata. Nesse contexto, a saúde é muito mais do que um serviço prestado pelo Estado; é uma expressão da justiça social e do compromisso do Estado com o bem-estar coletivo.

Esse entendimento impõe ao Estado a responsabilidade de atuar de forma proativa na promoção de políticas públicas que garantam o acesso igualitário e integral aos serviços de saúde. De igual maneira, ela exige o reconhecimento de novas demandas sociais e o acompanhamento de inovações tecnológicas no campo da saúde. Em razão disso, o direito à saúde se apresenta como uma das maiores expressões de cidadania e justiça social, assumindo uma função transformadora no Estado Democrático de Direito.

A RESPONSABILIDADE DO ESTADO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

A efetivação do direito à saúde vai além da prestação direta de serviços médicos, abrangendo a formulação e implementação de políticas públicas que garantam sua concretização de forma universal e equitativa. Conforme Bucci (2002), políticas públicas são programas de ação governamental que coordenam os recursos estatais e privados para atingir

objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Dessa forma, a formulação e execução dessas políticas devem assegurar que os recursos sejam empregados de maneira eficiente para promover o bem-estar coletivo.

A necessidade de garantir acesso equitativo à saúde está fundamentada nas teorias da justiça de John Rawls e Norman Daniels. Para Rawls (1971), a justiça requer, inicialmente, a distribuição igualitária dos direitos e deveres básicos e, em seguida, a adoção de medidas que corrijam as desigualdades sociais, favorecendo os mais vulneráveis. Embora Rawls tenha classificado a saúde como um bem primário natural, sua teoria destaca que uma sociedade justa deve reduzir desigualdades que prejudiquem o exercício pleno das liberdades individuais. Daniels (2008) expande essa visão ao argumentar que a saúde possui um status moral especial, pois influencia diretamente as oportunidades de vida dos indivíduos. Portanto, as políticas públicas deveriam ser articuladas de forma tal que tivessem como prioridade a redução das desigualdades em saúde, o que significa que um cidadão deve ter acesso equitativo ao bem-estar da saúde pública.

Em síntese, as políticas públicas de saúde devem ser transparentes e eficazes, expondo-se à divulgação democrática e atendendo às necessidades da sociedade. Em outras palavras, as políticas públicas ocorrem por meio de um diálogo ou interação social entre diferentes pessoas, incluindo gestores públicos, especialistas em saúde e, acima de tudo, a população. Esta abordagem garante a transparência e a legitimidade das decisões governamentais (Bucci, 2002). Portanto, a eficácia das

políticas sociais depende de ações não meramente reativas a pressões sociais, mas da demonstração efetiva de compromisso com a justiça social e a equidade na distribuição de recursos.

A atuação estatal na área da saúde deve ser articulada entre os diversos entes federativos e instituições responsáveis, assegurando que os direitos fundamentais sejam devidamente garantidos. Como observa Smanio (2013), a efetividade dos direitos sociais depende da cooperação entre o Estado e a Administração Pública para criar políticas que possuam um arcabouço normativo eficiente e legítimo. No campo da saúde, a falta de regulações apropriadas e de mecanismos institucionais competentes enfraquece a universalidade do direito à saúde e promove a diferenciação socioeconômica no acesso a novos tratamentos. Ao mesmo tempo, é importante tomar medidas de saúde pública em um nível descentralizado, levando em consideração as especificidades regionais do país.

A implementação de políticas públicas de saúde também deve considerar as particularidades regionais do país, garantindo que suas diretrizes não sejam excessivamente centralizadas. Conforme Bucci (2002), o desenvolvimento dessas políticas deve envolver uma articulação entre União, estados e municípios, assegurando que as ações governamentais sejam adaptadas às realidades locais. Rawls (1971) reforça essa concepção ao defender que a distribuição de recursos deve priorizar aqueles em situação de maior vulnerabilidade social.

A formulação e implementação de políticas de saúde não são apenas questões técnicas, mas também representam compromissos éticos e jurídicos com a dignidade humana e o bem-estar coletivo. Como ressalta

Smanio (2013), a legitimidade dessas políticas está diretamente relacionada à sua capacidade de garantir a efetivação da cidadania dentro do Estado Constitucional. O Estado deve adotar estratégias que assegurem a incorporação de novas tecnologias médicas, a regulação do mercado de medicamentos e a manutenção de um financiamento adequado para o sistema de saúde. A participação social nesse processo garante que as políticas públicas reflitam as necessidades reais da população e sejam eficazes na promoção da saúde e na redução das desigualdades.

Nesse sentido, a atuação do Estado na garantia do direito à saúde transcende a prestação direta de serviços médicos, envolvendo a formulação de políticas públicas que assegurem o acesso amplo e igualitário a tratamentos. Daniels (2008) reforça essa necessidade ao afirmar que a proteção da saúde é fundamental para garantir que os indivíduos tenham igualdade de oportunidades. Assim, o reforço da política pública da saúde deve ser um dos esteios do poder público para a busca da justiça social e da cidadania, impedindo que pessoas sejam privadas do acesso à saúde em decorrência de impasses econômicos ou regulatórios.

A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA NO DIREITO À SAÚDE

A responsabilidade solidária dos entes federativos é a corresponsabilidade entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios de garantir o direito à saúde. Vem expressa no artigo 23, inciso II, da Constituição da República, que: “é competência comum da União,

dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública”.

Na prática, a responsabilidade solidária se efetiva nas seguintes atribuições:

União: formulação das políticas nacionais de saúde, financiamento aos programas de saúde e normas gerais de regulamentação.

Estados: coordenam a regionalização e a execução das políticas nacionais no âmbito regional, articulação entre as ações federal e municipal.

Municípios: responsáveis pela assistência básica, com prioridade na atenção primária, por estarem mais próximas da população e de suas necessidades.

Essa responsabilidade solidária não significa que cada ente federativo atue de forma isolada. Pelo contrário, os poderes da Federação devem se complementar e não se opor uns aos outros, para que todos os cidadãos, independentemente de onde vivam e do quanto bem estejam financeiramente, tenham acesso contínuo e eficiente aos cuidados de saúde. O não cumprimento desse dever pode prejudicar o Sistema Único de Saúde (SUS) e aumentar as diferenças regionais nos serviços de saúde.

O DEVER DE GARANTIR A INTEGRALIDADE E UNIVERSALIDADE NO DIREITO À SAÚDE

O dever do Estado em relação ao direito à saúde não se limita à prestação de serviços básicos, mas inclui a garantia de acesso universal e integral aos serviços de saúde. A universalidade pressupõe que todos os indivíduos, sem discriminação, tenham acesso ao sistema público de

saúde, independentemente de sua condição socioeconômica. Já a integralidade refere-se à necessidade de um atendimento abrangente, que inclua ações preventivas, curativas, reabilitadoras e promocionais de saúde (Brasil, 1988).

A universalidade do direito à saúde no Brasil foi consolidada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), baseado no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esse modelo rompeu com a lógica assistencialista anterior à Constituição de 1988, na qual apenas trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Atualmente, o SUS atende a toda a população brasileira, sem restrições, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (Gonçalves, 2021).

No entanto, garantir a universalidade do atendimento depende da implementação de políticas eficazes para suprir as necessidades da população em diferentes contextos. O Brasil, como um país de grandes dimensões territoriais e marcantes desigualdades regionais, enfrenta desafios na manutenção da equidade no acesso aos serviços de saúde. Em muitas localidades remotas e periféricas, o acesso à saúde é limitado pela escassez de profissionais, pela falta de infraestrutura hospitalar e pela ausência de recursos básicos, como medicamentos essenciais e equipamentos médicos (Matta, 2021).

Já o princípio da integralidade exige que a atenção à saúde vá além do tratamento de doenças, abrangendo a promoção da saúde e a prevenção de enfermidades. Isso significa que o Estado deve implementar políticas

públicas voltadas para saneamento básico, segurança alimentar, educação em saúde e prevenção de agravos, pois esses fatores estão diretamente ligados à qualidade de vida da população (Ramos e Esquivel, 2015).

No contexto da integralidade, um dos principais desafios do SUS é a fragmentação dos serviços de saúde, que muitas vezes dificulta a continuidade do cuidado ao paciente. Para superar essa barreira, é necessário fortalecer a atenção primária à saúde, garantindo que a população tenha acesso a unidades básicas de saúde (UBS), equipes de saúde da família (ESF) e serviços de acompanhamento contínuo. A integração entre os diferentes níveis de atendimento — atenção básica, média e alta complexidade — também é fundamental para assegurar que os pacientes recebam o tratamento adequado em tempo hábil, evitando complicações que possam levar à sobrecarga dos hospitais (Santos, 2023).

A responsabilidade solidária entre os entes federativos desempenha uma função essencial na efetivação da integralidade e da universalidade. Assim, a União, os Estados e os Municípios devem atuar de forma coordenada, assegurando que o financiamento e a gestão dos serviços de saúde sejam distribuídos de forma equitativa e eficiente. Dessa maneira, a descentralização administrativa do SUS contribui para que cada esfera de governo realize suas funções conforme as particularidades locais, o que permite maior capilaridade na prestação de assistência à saúde da população (Gonçalves, 2021).

Diante disso, a universalidade e integralidade do direito à saúde representam dois fatores importantes na construção de um sistema de saúde eficiente e acessível. Contudo, para que esses elementos realmente

se concretizem, é imprescindível o fortalecimento das políticas públicas de saúde, o financiamento da própria saúde pública e a implementação de estratégias inovadoras para superar os desafios logísticos e estruturais ainda existentes no sistema brasileiro de saúde.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A efetivação do direito à saúde no Brasil enfrenta desafios estruturais que exigem soluções estratégicas e sustentáveis. Entre os principais desafios estão o subfinanciamento crônico do SUS, as desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, a burocratização dos processos administrativos e a judicialização excessiva da saúde (Matta, 2021).

SUBFINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do SUS é um dos maiores desafios para sua plena operacionalização. O sistema de saúde público brasileiro enfrenta dificuldades para garantir a ampliação dos serviços, a modernização da infraestrutura hospitalar e a incorporação de novas tecnologias. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu um teto de gastos públicos, impôs severas restrições orçamentárias, comprometendo a capacidade do SUS de expandir sua cobertura e melhorar a qualidade dos serviços prestados (Gonçalves, 2021).

Para enfrentar esse desafio, é necessário rever a política de financiamento da saúde pública, assegurando que os investimentos sejam compatíveis com as demandas crescentes da população. Ademais, a busca

por novas fontes de financiamento, como parcerias público-privadas e fundos específicos para a saúde, pode ser uma alternativa viável para garantir a sustentabilidade do sistema.

DESIGUALDADES REGIONAIS E LOGÍSTICAS

As desigualdades regionais no acesso à saúde são um problema persistente no Brasil. Regiões do Norte e Nordeste possuem ainda maior dificuldade de acesso a hospitais bem como em oferecer serviços médicos especializados. Entretanto, os grandes centros urbanos são conhecidos pela superlotação dos hospitais e prolongadas filas de espera para consultas e cirurgias (Ramos e Esquivel, 2015). Os autores acreditam que, apesar de oportunidades e medidas necessárias, há uma alta desigualdade na oferta e qualidade da medicina no Brasil.

A descentralização da oferta e atendimento clínico e oportunidades de cuidados de saúde por meio do SUS é uma medida correta. No entanto, ainda há desafios na distribuição equitativa dos profissionais de saúde, equipamentos hospitalares e suprimentos médicos. Por isso, os investimentos na formação e fixação de médicos e enfermeiros nos locais mais remotos do país, assim como a aplicação da telemedicina, poderão servir como medidas eficazes na diminuição dessa disparidade.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Outro grande desafio para a efetivação do direito à saúde é o aumento da judicialização. Temos observado um número crescente de ações judiciais enviadas ao Poder Judiciário pelo cidadão, solicitando a

obtenção de medicamentos e tratamentos caros de alto custo que não foram previamente incluídos nas políticas públicas de assistência à saúde. Além de sobrecarregar o sistema de justiça, essas ações muitas vezes comprometem subitamente os orçamentos, uma vez que as decisões judiciais alocam fundos necessários para satisfazer as necessidades individuais em detrimento das demandas da sociedade (Santos, 2023). Portanto, o orçamento da saúde é diretamente afetado. A criação de câmaras técnicas de mediação e conciliação pode ser uma alternativa para reduzir o volume de ações judiciais, garantindo que as demandas sejam analisadas com base em critérios técnicos e financeiros. Outrossim, a ampliação do acesso à informação sobre direitos e políticas de saúde pode contribuir para diminuir a necessidade de judicialização.

PERSPECTIVAS E INOVAÇÕES NO SUS

Para garantir a sustentabilidade e a eficiência do SUS, é fundamental investir em inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos, inteligência artificial para gestão de filas de espera e modelos de saúde digital. Essas ferramentas podem otimizar o atendimento e reduzir custos operacionais, permitindo uma melhor alocação dos recursos públicos.

Além do mais, a participação popular no controle das políticas públicas de saúde deve ser incentivada, garantindo que a sociedade tenha voz ativa na formulação e fiscalização das ações governamentais. Conferências e conselhos de saúde são instrumentos essenciais para fortalecer a transparência e a democracia na gestão do SUS.

Em suma, apesar dos desafios, o direito à saúde no Brasil pode ser fortalecido por meio da revisão do financiamento, da descentralização dos serviços, da implementação de novas tecnologias e do fortalecimento da participação social. O compromisso contínuo do Estado com a equidade e a universalidade na saúde será fundamental para garantir que esse direito seja efetivamente assegurado para toda a população.

CAPÍTULO 02

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUA ESTRUTURA

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E SUA ESTRUTURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco no que tange à criação de políticas públicas no Brasil, uma vez que é um dos sistemas de saúde mais completos do mundo. Criado pela constituição Federal de 1988, o SUS define a saúde como direito a ser preservado e do Estado a ser garantido. A sua criação está profundamente enraizada nos movimentos sociais e na luta pela democratização do acesso à saúde, com forte inspiração no conceito de saúde como direito humano fundamental.

O SUS: PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores e mais abrangentes políticas públicas de saúde no mundo. Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem como principal objetivo garantir o direito universal à saúde para todos os cidadãos, rompendo com o modelo anterior que vinculava o acesso à saúde à condição de trabalhador formal. Para consolidar essa proposta, foram aprovadas as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que regulamentaram o sistema e estabeleceram os fundamentos operacionais.

O SUS foi criado a partir do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que se intensificou durante o processo de redemocratização nos anos 1980. Antes de sua criação, o acesso à saúde era restrito aos trabalhadores formais vinculados à previdência social, o que deixava milhões de pessoas desassistidas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco histórico, pois consolidou a proposta de que a saúde deveria ser um direito de todos e dever do Estado, culminando na promulgação da Constituição de 1988. A partir desse momento, o Brasil adotou um modelo de saúde universal, equitativo e gratuito.

O impacto do Sistema Único de Saúde (SUS) na saúde pública brasileira é inegável, representando uma das maiores conquistas no âmbito das políticas sociais desde sua criação. Fundamentado no direito à saúde como uma garantia constitucional, o SUS tem transformado a realidade sanitária do país por meio de ações abrangentes e de grande alcance.

Primeiramente, destaca-se o aumento massivo da cobertura vacinal, que resultou na erradicação de doenças como a poliomielite e no controle de diversas outras enfermidades evitáveis. Essa expansão não apenas fortaleceu a saúde coletiva, mas também contribuiu para a melhoria da qualidade de vida das gerações futuras. Além de que, o SUS tem exercido função relevante na redução da mortalidade infantil e materna, indicadores sensíveis que refletem as condições gerais de saúde e bem-estar de uma população. Os índices acima são, em parte, explicados por iniciativas significativas de assistência pré-natal, bem como programas de imunização.

Além disso, programas de acesso gratuito a medicamentos como o Farmácia Popular e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) oferecem medicamentos envolvidos em milhares de casos. Desta forma, não só aliviam o orçamento de muitas famílias, mas

também melhoram a adesão ao tratamento e, assim, impulsionam os desfechos clínicos.

É importante observar que, além dos exemplos acima, o SUS também oferece tratamento de alta complexidade aberto a todos. Tratamentos como quimioterapia, hemodiálise e transplantes de órgãos estão entre os mais comuns. Como resultado, o sistema disponibiliza o tratamento a pacientes independentemente da gravidade ou da cronicidade da doença, colocando o Brasil entre os países que oferecem esse tipo de serviço de forma gratuita, independentemente do estado social ou econômico do paciente.

No entanto, é imprescindível reconhecer os desafios enfrentados pelo SUS, como o subfinanciamento crônico, a desigualdade regional na distribuição de recursos e a necessidade de maior eficiência na gestão dos serviços. Apesar disso, os resultados positivos obtidos ao longo dos anos evidenciam a importância de preservar e fortalecer o sistema, garantindo a continuidade de sua missão de promover saúde e equidade para toda a população brasileira.

Importa mencionar que os pilares que sustentam o funcionamento do SUS são os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que garantem a acessibilidade, a continuidade e a justiça na prestação de serviços de saúde. Esses princípios são conhecidos como princípios doutrinários do SUS e orientam toda a estrutura organizacional e operacional do sistema (BRASIL, 1988).

Segundo Gonçalves (2014), os princípios do SUS, regulamentados pela CF/88, são divididos em dois grupos: o primeiro é composto de três

princípios doutrinários – que asseguram a identidade do SUS e seus objetivos, e o segundo grupo é composto de quatro princípios organizativos. Os princípios organizativos se referem aos meios utilizados para atingir os fins determinados pelos princípios doutrinários.

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

Os três princípios doutrinários do SUS, universalidade, integralidade e equidade são a espinha dorsal do SUS. Eles garantem que o sistema funcione como um todo coeso, colocando a justiça social e acessibilidade universal, como conceitos fundamentais para uma sociedade democrática. A aplicação dessas diretrizes pode ser analisada à luz do trabalho sobre teorias da justiça de John Rawls e Norman Daniels, que enfatizam a importância de evitar desigualdades injustas e garantir oportunidades equitativas na distribuição de recursos de saúde.

O primeiro é a universalidade, o que implica que todos os cidadãos brasileiros têm o direito à saúde, independentemente da situação financeira, raça, sexo ou qualquer outra condição social (Brasil, 1988). Esse princípio está de acordo com a definição da saúde da VII Conferência Nacional de Saúde, que estipulou que a saúde estava associada não apenas à falta de doença, mas também com a situação de bem-estar físico, psicológico e social do cidadão.

De acordo com o argumento de John Rawls(1971), também, a universalidade do SUS reflete o primeiro princípio da justiça, que visa garantir que todos os cidadãos tenham liberdades iguais. Na revisão de Rawls, todas as pessoas devem ter acesso igual a direitos fundamentais, e

o direito à saúde é um fundamento necessário para a aplicação desses direitos e das oportunidades que eles garantem. Portanto, o SUS, sendo um sistema de saúde que garante um nível universal de acesso, adere a essa teoria particular da justiça. Observa-se o significado da universalidade na possibilidade de todos os cidadãos buscarem tratamento sem nenhum custo em qualquer unidade básica de saúde, hospital, ambulatório e centro de reabilitação para ser mais acessível, inclusive àqueles em situação de rua.

Ainda assim, a universalidade se depara a desafios de financiamento e capacidade de atendimento, uma vez que a crescente procura por serviços de saúde coloca pressão expressiva na capacidade operacional do SUS.

A partir da teoria de Daniels(2008), esse problema destaca a necessidade de estratégias que distribuam os recursos de forma justa, principalmente quanto aos que mais necessitam, como os grupos há muito marginalizados.

O segundo princípio, por sua vez, é o da integralidade, que prevê que as ações de saúde consigam incluir o indivíduo como um todo, atendendo às necessidades preventivas, curativas e reabilitadoras (Mattos, 2001). O princípio representa uma ruptura ao modelo biomédico tradicional, expandindo-o para abranger os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 1990).

Assim, o princípio do SUS reconhece o indivíduo em sua totalidade, atendendo suas demandas de forma total e contínua. A intenção é criar uma atenção integral, em que o indivíduo seja o centro de todo o atendimento necessário (PAIM et al., 2011).

O princípio pode ser associado à teoria de Norman Daniels, que expande a justiça Rawlsiana para a saúde. Segundo o autor, a saúde tem um peso moral especial, na medida em que determina diretamente a capacidade dos indivíduos de competir igualitariamente. Logo, o SUS não procura tratar a doença, mas o sujeito acometido, promovendo a saúde preventiva e a reabilitação, amplamente de acordo com a noção de que os serviços de saúde devem corrigir desigualdades que afetem negativamente as pessoas. Por exemplo, um paciente crônico deve ser assistido em uma ação integrada preventiva, terapêutica e reabilitadora.

O desafio mais significativo para integralidade é assegurar que os níveis de atenção – primária, secunda e tercias – se articulem. Com frequência, a comunicação descoordenada entre as unidades de saúde resulta em tratamento fragmentado e descontinuidade do cuidado. No entanto, como sugere Daniels, para distribuir a saúde de maneira justa, o sistema de saúde deve aderir a um princípio de coordenação e continuidade, permitindo que todos possam acessar os níveis de atenção de que precisam para se manter bem.

Em terceiro lugar, a equidade argumenta que é preciso tratar os desiguais da maneira desigual para reduzir as diferenças históricas e sociais. Daí a política de favorecer populações vulneráveis como indígenas e comunidades quilombolas. (Vasconcelos & Pasche, 2006).

Nesse caso, a teoria da justiça de Rawls e de Daniels se reflete nesse princípio. Em primeiro lugar, o princípio da diferença de Rawls sugere que as desigualdades são aceitáveis somente quando beneficiam os menos favorecidos.

Em seu trabalho, Daniels argumenta que distribuir recursos em saúde implica priorizar quem tem as maiores dificuldades para ter acesso, uma vez que a falta de tratamento médico pode reduzir as oportunidades de vida para sempre. Assim, ao priorizar a população indígena e quilombola, o SUS reflete essa visão de justiça, garantindo que as desigualdades em saúde diminuam, e as pessoas possam aproveitar chances iguais de viver vidas saudáveis.

A equidade é também expressa na própria configuração do SUS. No entanto, um dos maiores desafios para expressar sua totalidade é a desigualdade entre regiões no Brasil, já que a infraestrutura de saúde não é equitativa. Em estados das regiões Norte e Nordeste, por exemplo, é difícil acessar serviços especializados, como oncologia e terapia intensiva.

Conforme apontam Rawls (1971) e Daniels (2008), justiça social não significa tratar todos igualmente, mas garantir que aqueles em piores condições tenham maior suporte. No contexto do SUS, isso se reflete na priorização de populações que enfrentam barreiras estruturais ao acesso à saúde, promovendo um modelo de justiça comprometido com a redução das desigualdades sociais e a garantia de oportunidades iguais.

A estrutura do SUS está fortemente baseada na teoria desenvolvida por John Rawls e Norman Daniels. A universalidade garante que todos tenham acesso ao sistema, refletindo o primeiro princípio da justiça de Rawls. A integralidade assegura um cuidado amplo e contínuo, seguindo a concepção de Daniels sobre a necessidade de reduzir desigualdades que impactam a vida das pessoas. Já a equidade, princípio basilar do SUS,

incorpora diretamente o princípio da diferença, garantindo que os mais vulneráveis recebam atenção especial.

Por conseguinte, a justiça em saúde derivada dessas teorias não apenas fortalece o sistema brasileiro, mas reforça a responsabilidade do governo na construção de uma sociedade em que o acesso à saúde não é um privilégio, mas um direito fundamental.

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS

Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) são componentes essenciais para determinar a natureza e estrutura deste grande sistema público de saúde. Fundamentados no artigo 198 da Constituição Federal, esses princípios têm o objetivo de construir um modelo administrativo que visa garantir a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Com a premissa de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, os princípios organizativos estabelecem diretrizes claras para assegurar a operacionalização eficiente e coordenada do SUS. Vejamos o que estabelece o artigo 198 da Constituição cidadã (Brasil, 1988):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II-Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade.

A descentralização é um mecanismo de primordial importância que confere autonomia administrativa e financeira para as três esferas de

governo: União, Estados e Municípios. Essa manifestação é essencial para atender às necessidades locais e de saúde da população, embora a descentralização possa ser prejudicial por conta da coordenação inadequada. Portanto, essa configuração não elimina a coordenação eficaz e imparcial para preencher todas as lacunas e impedir a duplicidade.

Dessa forma, a direção única em cada esfera de governo cumpre uma função estratégica para assegurar que os objetivos do sistema sejam alcançados de maneira uniforme e eficiente.

Portanto, a regionalização e a hierarquização são estratégias de organização que asseguram a distribuição igualitária dos serviços de saúde, permitindo a sua oferta de forma integrada e com diversificação do grau de complexidade. Logo, o atendimento de demandas preventivas e baixa complexidade deve ser atribuído aos serviços primários, como os da UBS, e as demandas especializadas e alta complexidade devem ser alocados em hospitais regionais.

Com isso, busca-se uma articulação eficaz entre as diferentes unidades de saúde, promovendo a continuidade do cuidado e evitando fragmentação no atendimento. Como destacam Matta e Morosini (2006), essa abordagem assegura que as ações preventivas sejam complementadas por serviços mais sofisticados, criando uma rede integrada e eficiente.

A participação social no SUS, consolidada pela Lei nº 8.142/1990, não é apenas um elemento complementar, mas sim um princípio estruturante que reflete a natureza democrática do sistema. Participação, que se expressa principalmente por meio do Conselhos e Conferências de Saúde. Estes são espaços deliberativos e fiscalizatórios que permitem que

vozes de membros da sociedade civil estejam à mesa quando se trata de formulação e implementação de políticas públicas. Além disso, monitoram a transparência dos gastos e reforçam a capacidade de controle social sobre o sistema, o que o mantém adaptável às necessidades dos beneficiários. De acordo com os marcos normativos estabelecidos pelo Brasil, a participação comunitária fortalece o caráter universal e inclusivo do SUS, tornando-o um instrumento efetivo de justiça social.

Esses princípios combinados fornecem uma forte base organizacional e de gestão a partir da qual o SUS pode operar, permitindo adaptar-se a um país com inúmeras desigualdades regionais e socioeconômicas. No entanto, para que esses princípios sejam aplicados com efeito total, é necessário investir na colaboração entre os vários níveis de governo, para desenvolver a capacitação dos administradores de saúde e manter os níveis de financiamento necessários e sustentáveis. Como resultado, o SUS continuará a afirmar-se como um dos maiores e mais bem-sucedidos sistemas de saúde pública do mundo, cumprindo sua missão de proteger o interesse de todos os brasileiros na saúde pública.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÕES VINCULADAS AO SUS

A estrutura do SUS é descentralizada e composta por três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. Cada um desses entes possui atribuições específicas, mas todos trabalham de forma coordenada e integrada no financiamento e na prestação de serviços.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUS

O SUS é estruturado de forma descentralizada, com responsabilidades distribuídas entre os níveis federal, estadual e municipal. Essa descentralização permite maior autonomia e adaptação às realidades locais (BRASIL, 1990b).

A União desempenha o papel central na formulação de políticas nacionais de saúde e no financiamento de grande parte das ações realizadas em todo o país. Por meio do Ministério da Saúde, são coordenados programas fundamentais, como as campanhas de vacinação em massa, a fiscalização de surtos epidemiológicos e a implementação de iniciativas para o controle de doenças. Essa centralidade confere à União a responsabilidade de estabelecer diretrizes que guiem as ações nos estados e municípios, promovendo uma base uniforme para o sistema como um todo. Os estados, por sua vez, exercem uma função de articulação e organização dos serviços de média e alta complexidade.

Os estados, por sua vez, exercem uma função de articulação e organização dos serviços de média e alta complexidade. Eles são responsáveis por regionalizar e coordenar o funcionamento de hospitais de referência, além de atuar na regulação de redes de atenção à saúde que integram diferentes unidades em seus territórios. Essa estrutura é imprescindível para garantir que as populações tenham acesso a tratamentos especializados, mesmo em áreas com infraestrutura limitada.

Os municípios, por fim, representam a base operacional do SUS, sendo responsáveis pela gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que constituem a principal porta de entrada ao sistema. Essa proximidade com

a população permite que as ações de saúde sejam adaptadas às necessidades locais, o que inclui o desenvolvimento de programas preventivos e o atendimento primário. A autonomia municipal possibilita a contratação direta de profissionais e a administração de recursos financeiros repassados pela União e pelos estados. Entretanto, essa autonomia também demanda capacidades administrativas robustas, que nem sempre estão presentes em regiões menos favorecidas.

Apesar da definição clara de competências, a descentralização enfrenta desafios importantes. A falta de integração efetiva entre os níveis de gestão muitas vezes resulta em fragmentação do cuidado e sobreposições de funções. Regiões menos favorecidas, como o Norte e o Nordeste, frequentemente sofrem com a escassez de recursos humanos e infraestrutura insuficiente, o que acentua as desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

O financiamento insuficiente é outro fator crítico. A distribuição desigual de verbas entre as esferas federativas compromete a sustentabilidade do sistema, dificultando a manutenção de serviços essenciais. Além do mais, a capacidade técnica e administrativa é um elemento chave para a efetividade da descentralização, mas não se apresenta de forma homogênea em todo o país.

Portanto, a organização descentralizada do SUS é uma medida estratégica para assegurar a proximidade e a resposta do sistema às demandas da população, mas sua implementação enfrenta limitações significativas. Investimentos em infraestrutura, qualificação de gestores e maior integração entre os níveis de gestão são fundamentais para que os

princípios de universalidade, integralidade e equidade sejam plenamente realizados.

CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A participação social, institucionalizada pela Constituição de 1988, também chamada de participação comunitária, é um dos pilares do SUS, sendo garantida por conselhos e conferências de saúde em todos os níveis de gestão. Esses espaços permitem que a sociedade civil participe ativamente da formulação e fiscalização das políticas públicas de saúde.

Segundo Piovesan (2008):

“a saúde como direito humano só se realiza plenamente quando há um exercício efetivo de cidadania, no qual a população tem papel ativo na construção de um sistema de saúde equitativo e acessível”.

Esse entendimento fundamenta a criação de conselhos e conferências de saúde, que representam espaços democráticos para a formulação e fiscalização das políticas públicas.

Os Conselhos de Saúde exercem atribuição basilar ao fiscalizar a execução das políticas de saúde e monitorar a aplicação dos recursos financeiros, promovendo maior transparência e controle social. Já as Conferências de Saúde foram criadas para reunir representantes de diferentes segmentos sociais e sugerir diretrizes que devem ser abordadas do Plano Nacional de Saúde, o que permite que os interesses da sociedade sejam levados em consideração.

Apesar da relevância desses espaços, a participação social enfrenta desafios. A inclusão efetiva de populações marginalizadas, como comunidades rurais e povos indígenas, é um problema recorrente. A

inclusão ativa das populações mais marginalizadas, como as comunidades rurais e os povos indígenas, é um exemplo típico do problema mencionado. Da mesma forma, inclui a necessidade de fortalecer os conselhos e as suas capacidades de tomada de decisão, assegurando a implementação dos consensos.

A participação popular é um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria construção do direito à saúde no Brasil, especialmente como previsto na Constituição Federal de 1988. Este princípio está consagrado no artigo 198 da Constituição, que estabelece que como ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma descentralizada e hierarquizada, com a participação da comunidade. Essa orientação reflete a busca por um sistema de saúde mais democrático e inclusivo, no qual os cidadãos têm voz ativa na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas.

Sua origem vai à 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e ao movimento de Reforma Sanitária, que sustentavam a saúde enquanto fruto da coletividade, daí a necessidade de atuação de vários setores da sociedade. Este debate deu origem à participação popular, já institucionalizada através dos conselhos e conferências de saúde, a partir do nível municipal, passando pelo estadual e federal, pautados nas peculiaridades e demandas locais, quando, de acordo com o modelo vigente, os conselhos são formados diretamente com representantes do governo, trabalhadores da saúde e usuários, todas as partes interessadas. Este modelo garante a gestão compartilhada e o controle social do SUS.

Dessa maneira, a participação popular ajuda a reduzir a desigualdade social ao permitindo que as vozes dos segmentos mais afetados sejam ouvidas e integradas na formulação de políticas públicas.

Essa participação não é apenas um direito, mas também uma estratégia para melhorar a qualidade e a eficácia do SUS. Através dela, identifica-se melhor as demandas locais, ajusta-se os serviços às realidades regionais e promove-se a transparência na utilização de recursos públicos. Contudo, permanecem desafios como a necessidade de fortalecer os mecanismos de participação e garantir que todas as vozes, especialmente as de grupos historicamente marginalizados, sejam devidamente representadas.

Portanto, a participação popular é um elemento primordial para a consolidação de um sistema de saúde que seja verdadeiramente universal, integral e equitativo, traduzindo os ideais da Constituição de 1988 em ações concretas que promovam a saúde e a qualidade de vida de toda a população.

FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado com uma estrutura hierarquizada e integrada da atenção à saúde, envolvendo três níveis: primário, secundário e terciário. Cada nível desempenha funções específicas, em um sistema articulado para abordar as necessidades de saúde do povo brasileiro de maneira universal, abrangente e equitativa. A preservação de tais fluxos é fundamental para a realização do acesso adequado e para a promoção da utilização eficiente

dos recursos, fortalecendo a inter-relação entre os diferentes elos da cadeia do atendimento à saúde.

Em sua concepção, o SUS deveria fornecer um atendimento contínuo e resolutivo, no qual o nível primário fosse a porta de entrada do sistema, juntamente com os demais níveis como complementos. Contudo, apesar da relevância de sua organização, o funcionamento do SUS enfrenta desafios significativos, que comprometem sua capacidade de oferecer um atendimento equitativo e de qualidade, especialmente em regiões mais vulneráveis.

ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de cuidado no SUS e possui responsabilidade central na organização do sistema de saúde. Presente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos serviços da estratégia de saúde da família, a APS é responsável por grande parte das ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de condições menos complexas.

A importância da APS é destacada pelo fato de que aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos nesse nível de atenção. Isso inclui condições como hipertensão, diabetes, infecções respiratórias e problemas de saúde mental leve. Além disso, a Atenção Primária à saúde atua como um filtro, encaminhando para os níveis secundário e terciário apenas os casos que necessitam de atendimento especializado.

Entretanto, a efetividade da APS é prejudicada por diversos desafios estruturais. Um dos fatores limitantes à qualidade do serviço público é a falta de médicos, principalmente nas zonas rurais e longínquas, locais onde a deficiência é ainda mais severa. Além disso, não são poucas as UBS que sofrem com a falta de equipamentos, medicamentos e estrutura mínima, limitando a oferta de serviços. Dessa forma, o sistema de saúde vive sobrecarregado; diversos pacientes buscam diretamente os níveis mais complexos de atenção, desregulando o fluxo de cuidado e sobrecarregando os serviços mediados e os hospitalares.

Medidas como a implementação do programa Mais Médicos visam mitigar essa deficiência, aumentando a cobertura de APS nesses lugares. No entanto, investimento em infraestrutura, capacitação de profissionais e fortalecimento da atenção primária como um todo ainda é um dos maiores desafios que o SUS enfrenta.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A Atenção Secundária à saúde é o segundo nível do SUS, voltado para serviços especializados em saúde, como consultas em especialidades médicas, exames diagnósticos e tratamentos de doenças crônicas. Este nível de atenção é oferecido em policlínicas, ambulatórios especializados e centros de diagnóstico por imagem.

A função da atenção secundária serve para garantir a continuidade do cuidado iniciado na APS, proporcionando diagnósticos mais precisos e tratamentos específicos para condições como doenças cardiovasculares, oftalmológicas e ortopédicas. Este nível inclui, ainda, serviços de

reabilitação, como fisioterapia e terapia ocupacional, fundamentais para a recuperação de diversos pacientes.

No entanto, a atenção secundária enfrenta desafios que prejudicam sua eficiência. O mais sério é a falta de capacidade instalada, sobretudo em locais periféricos e rurais. Além disso, a insuficiência de especialidades médicas gera grandes filas de espera à consultas e procedimentos, postergando o tratamento e piorando a saúde de muitos pacientes.

Ademais, a centralização de serviços de alta relevância em grandes centros urbanos faz com que a população que mora em locais afastados tenha dificuldades de acesso. A pouca articulação entre a atenção primária e a secundária provoca descontinuidades no tratamento, dificultando o acompanhamento de pacientes.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Este nível é composto por serviços altamente complexos e de alta tecnologia, como cirurgias complexas, radioterapia, hemodiálise e altas em UTI. A atenção terciária é destinada a doenças críticas e emergenciais, que necessitam de recursos avançados e equipes multidisciplinares com elevada qualificação.

Obviamente, a atenção terciária é imprescindível, uma vez que muitos pacientes gravemente doentes precisam dos serviços prestados neste nível para sobreviver e se recuperar. Esse nível elevado de complexidade garante uma maior percentagem de recuperação, graças ao avanço da tecnologia incorporada à medicina. Por exemplo, o SUS é

referência mundial em transplantes de órgãos, graças à articulação de serviços de alta complexidade com redes de captação de doadores.

Entretanto, a atenção terciária apresenta desafios que afetam sua eficiência e acessibilidade. Um dos principais entraves é o alto custo operacional, que inclui despesas com equipamentos de última geração, medicamentos de alto custo e manutenção de equipes especializadas. Do mesmo modo, observa-se a carência de leito de UTI em muitas regiões do país dificulta o acesso de pacientes em situações emergenciais, resultando em desfechos adversos.

A concentração dos serviços de alta complexidade em grandes centros urbanos gera igualmente desigualdades regionais, uma vez que dificulta o acesso da população de áreas mais afastadas. A deficiência do transporte de pacientes graves para esses centros e a superlotação dos serviços terciários, não apenas prejudica sobremaneira a qualidade do atendimento, como também afeta a eficácia geral do sistema.

Dessa forma, a articulação entre os níveis primário, secundário e terciário é fundamental. O nível primário é responsável pela atenção primária e coordena o acesso ao sistema, de modo que, ao identificar necessidade de cuidado de maior complexidade, encaminhe o paciente adequadamente ao nível secundário, que determinará a necessidade de encaminhamento ao nível terciário. No entanto, sem tal articulação, não é garantida a continuidade do cuidado, gerando superlotação nos serviços de alta complexidade, além de comprometer a experiência do paciente.

Sistemas de regulação do acesso, como a implementação de prontuários eletrônicos unificados entre os níveis, possibilitariam melhor

comunicação entre os diferentes sistemas e reduziriam o acesso fragmentado. Da mesma forma, a regionalização dos serviços especializados e a telemedicina poderiam viabilizar o acesso aos serviços e aumentar a eficácia do sistema.

O funcionamento do SUS, com sua estrutura hierarquizada e integrada, é determinante para garantir o acesso universal à saúde. Embora cada nível de atenção exerça uma função única e complementar, os desafios enfrentados em termos de recursos, infraestrutura e coordenação comprometem a efetividade do sistema. A atenção primária, como porta de entrada, precisa ser fortalecida para reduzir a sobrecarga nos níveis secundário e terciário. Paralelamente, a ampliação dos serviços especializados e de alta complexidade, especialmente em regiões vulneráveis, é fundamental para promover a equidade e melhorar os desfechos de saúde no Brasil. Reforçar essa estrutura hierárquica contribui diretamente para a consolidação do SUS como um sistema de saúde inclusivo e eficaz.

A COMPETÊNCIA DA CONITEC

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) exerce função central no processo decisório sobre a inclusão, exclusão ou alteração de tecnologias de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Criada pela Lei nº 12.401/2011, a CONITEC é responsável por avaliar medicamentos, equipamentos, procedimentos e diretrizes terapêuticas, garantindo que as escolhas feitas no âmbito do SUS sejam fundamentadas em critérios técnicos, éticos e financeiros. Nesse sentido, a

comissão é primordial para assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde pública no Brasil.

Vale ressaltar que a inclusão de novos tratamentos no SUS depende de uma análise de custo-efetividade, conduzida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Essa análise avalia não apenas o custo do tratamento, mas também seu impacto orçamentário para o sistema como um todo. Se o custo for considerado muito alto em relação aos benefícios clínicos, o tratamento pode não ser incorporado ao SUS.

O SUS, como um sistema universal, enfrenta desafios constantes relacionados ao financiamento e à equidade no acesso a tratamentos. Além disso, a análise rigorosa realizada pelo CONITEC ajuda a otimizar a utilização dos recursos públicos e promover o uso adequado de saúde as tecnologias. Com base em avaliações de eficácia clínica, segurança, custo-efetividade e impacto no orçamento, apenas tecnologias comprovadamente benéficas são aprovadas. Isso protege o dinheiro do contribuinte e promove um acesso mais justo às inovações, em particular entre as populações vulneráveis.

Finalmente, a CONITEC é bem conhecida por seu compromisso com a transparência e a participação da sociedade. Durante o processo de avaliação de uma nova tecnologia, a comissão abre consultas públicas, possibilitando que a sociedade civil, especialistas e instituições apresentem suas contribuições. Por último, essa etapa não apenas reforça o caráter democrático das decisões, como também alarga a legitimidade das escolhas. A consulta pública, portanto, não é apenas um procedimento

técnico, mas um mecanismo para o fortalecimento da cidadania, no sentido das políticas públicas de saúde.

Há, no entanto, algumas dificuldades a serem superadas para um eficaz desempenho da CONITEC. Talvez o entrave mais difícil de ser vencido seja a pressão de interesses externos à relatoria, de laboratórios farmacêuticos a associações de pacientes. Constituem um grupo de atores que pressionam para a incorporação de novas tecnologias, frequentemente de alto custo e custo-efetividade por comprovar. Além disso, o aumento da judicialização da saúde no Brasil tem impactado o trabalho da comissão, ao forçar a análise de tecnologias que, muitas vezes, não atendem aos critérios técnicos necessários para sua incorporação. Esse cenário demonstra a complexidade das atribuições da CONITEC, que exigem equilíbrio entre demandas sociais, limitações financeiras e rigor técnico.

Outro desafio relevante é a capacidade técnica e operacional da CONITEC. O número crescente de solicitações para análise de novas tecnologias sobrecarrega a estrutura da comissão, que nem sempre dispõe de recursos humanos e financeiros suficientes para atender às demandas de forma ágil. Essa limitação afeta diretamente a eficiência do processo e pode atrasar a incorporação de tecnologias importantes, prejudicando pacientes que dependem de tratamentos inovadores.

Apesar dessas dificuldades, a atuação da CONITEC é fundamental para o fortalecimento do SUS e a promoção da equidade em saúde. Um exemplo significativo é o debate sobre a inclusão de medicamentos à base de *cannabis* medicinal no SUS. A avaliação do papel e do impacto dessa tecnologia também destaca a importância de tomar decisões com base em

evidências fortes e de um dos indicadores mais críticos, o orçamento, além das demandas sociais. A consulta pública certamente desempenhou um papel essencial, permitindo ouvir diferentes vozes e enriquecer a discussão e o processo de tomada de decisão.

O papel da CONITEC é vital para a sustentabilidade financeira do SUS, pois impede a incorporação de tecnologias sem comprovação de custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Portanto, a relevância da CONITEC ultrapassa a de um mero órgão técnico; ela é um componente estratégico do SUS, assegurando que as decisões sobre tecnologias de saúde sejam éticas, transparentes e sustentáveis. Fortalecer a CONITEC é imprescindível para consolidar o SUS como um sistema inclusivo e eficiente, capaz de atender às necessidades de saúde da população brasileira e de enfrentar os desafios impostos pelas inovações tecnológicas e pelas limitações financeiras. Diante disso, a comissão é uma das ferramentas necessárias para garantir o equilíbrio entre a sobrevivência do sistema e o direito à saúde em toda a sua extensão.

OS DESAFIOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E ADOÇÃO DE MEDICAMENTOS

A inserção de medicamentos de alta complexidade e elevado custo ao Sistema Único de Saúde (SUS) é, portanto, um desafio que exige formas estratégicas e sustentáveis de permitir o acesso da população a tratamentos inovadores. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS, responsável por avaliar a incorporação de novas tecnologias com base em critérios técnicos, econômicos e éticos, é o

principal órgão envolvido diretamente nessas questões. Mas fatores como o custo dos medicamentos, a limitação técnica e o conflito de interesses muitas vezes atrapalham o processo.

Talvez o maior entrave para a aplicação de medicamentos inovadores no SUS seja o preço. Tratamentos de alta tecnologia, como terapias gênicas e medicamentos biológicos, podem custar milhões de reais por paciente, o que representa um ônus significativo para o orçamento do SUS. Isso leva a um paradigma para o sistema: como permitir o acesso a tratamentos de ponta sem colocar em risco a sustentabilidade financeira? Por um lado, a inclusão dessas tecnologias é fundamental para atender pacientes com condições raras ou graves; por outro, a limitação orçamentária do SUS exige que os recursos sejam distribuídos de maneira equitativa para beneficiar o maior número possível de pessoas. Portanto, a CONITEC precisa avaliar cuidadosamente o custo-efetividade dessas terapias, comparando os benefícios esperados com os custos financeiros.

Outro desafio está relacionado à capacidade técnica e operacional da CONITEC. A sobrecarga da estrutura da comissão: a crescente demanda por análise de novas tecnologias sobrecarrega a estrutura da comissão, que muitas vezes não possui recursos humanos e financeiros suficientes para atender às solicitações em tempo hábil. Esse gargalo técnico pode resultar em atraso na avaliação de medicamentos que são vitais para populações vulneráveis, afetando diretamente pacientes dependentes destes tratamentos. Além disso, a complexidade das análises, que incluem estudos em torno da eficácia clínica, segurança, do impacto orçamentário e custo-efetividade, demanda uma equipe altamente

qualificada e dados robustos para respaldar a decisão. Essa realidade aponta para a necessidade de maior investimento na estrutura e na capacitação da CONITEC, possibilitando a função do órgão com maior eficácia.

Por fim, os conflitos de interesse também representam um entrave ao processo de incorporação. A indústria farmacêutica e associações de pacientes frequentemente pressionam a CONITEC para incluir medicamentos que muitas vezes não possuem robustez na comprovação do custo-efetividade. A pressão de tais interesses pode influenciar o processo decisório, desviando-o de um raciocínio técnico e ético para um puramente comercial ou emocional. Embora seja legítima a preocupação de associações de pacientes com o acesso a novos tratamentos, é necessário que a CONITEC mantenha sua autonomia e siga critérios técnicos rigorosos para evitar que decisões equivocadas comprometam a sustentabilidade do sistema.

Outrossim, a judicialização da saúde agrava os desafios enfrentados pela CONITEC. Pacientes frequentemente recorrem ao Poder Judiciário para obter medicamentos ainda não incorporados ao SUS, forçando a compra direta de terapias de alto custo pelo Estado. Essa prática, além de desorganizar o planejamento orçamentário, compromete a função técnica da CONITEC ao transferir decisões complexas para o campo jurídico. Para mitigar esses problemas, é necessário fortalecer os mecanismos de regulação e promover uma maior integração entre o poder público, a sociedade civil e os órgãos técnicos.

Em síntese, o desafio de avaliar e adotar medicamentos pelo SUS é o reflexo do paradigma entre inovação, acesso e sustentabilidade. O alto preço dos medicamentos, as limitadas capacidades técnicas da CONITEC e os conflitos de interesses são áreas que pedem uma alteração sistêmica e política pública. No entanto, priorizar a capacitação técnica, expandir orçamentos para análise e garantir a transparência do processo de tomada de decisão são passos necessários para assegurar que o SUS continue a ser uma vitrine da equidade e inclusão, em meio à expansão tecnológica e aumento da procura por tratamentos de primeira linha.

DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO ESTADO

O fornecimento de medicamentos pelo Estado brasileiro é uma das formas mais concretas ao exercício do direito à saúde, de acordo com o Artigo 198 da Constituição Federal. A mesma legislação determina que andamento dos serviços de saúde será regido pelo princípio da descentralização, sendo organizados por meio de redes regionalizadas e hierarquizadas e, no intuito de coordenar tal organização, definindo de competências de cada esfera do poder, estabelecendo as diretrizes das políticas públicas de saúde. O SUS é regido por princípios como a descentralização, atendimento integral e participação comunitária, fundamentos da gestão e distribuição de medicamentos em todo o Brasil.

A organização da oferta de medicamentos realizada no âmbito do SUS é regulamentada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a RENAME, que estabelece quais os medicamentos devem ser fornecidos pelo Estado. Conforme o Departamento de Assistência Farmacêutica e

Insumos Estratégicos, o acesso a medicamentos essenciais é um dos pilares das políticas de medicamentos e da assistência farmacêutica no Brasil (Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998; Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004). Segundo o Ministério da Saúde (2007, p. 7), "o acesso aos medicamentos essenciais constitui-se um dos eixos norteadores das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica", evidenciando a importância da RENAME para a efetivação desse direito.

COMPETÊNCIAS DOS ENTES FEDERATIVOS

A descentralização aludida ao artigo 198 da Constituição Federal reflete-se na divisão de atribuições entre União, Estados, Distrito Federal e municípios. Cada ente federativo deve exercer a competência enquanto atua na política de assistência farmacêutica: municípios definem a lista municipal de medicamentos essenciais levando em conta a RENAME e são responsáveis pela execução direta da assistência farmacêutica para a população local. Já a União e os Estados devem adquirir e executar a distribuição de medicamentos de excepcional ou de alto custo.

Porém, prevalece o princípio da responsabilidade solidária entre os entes federativos quanto ao fornecimento de medicamentos, conforme mencionado por Lima (2020): destaca que “os entes da Federação são solidariamente responsáveis pelo fornecimento de medicamentos, logo, aquele que necessitar, ao propor uma demanda judicial, poderá o requerente incluir no polo passivo da ação qualquer um deles ou, até mesmo, todos”. O Supremo Tribunal Federal (STF) também consolidou entendimento semelhante, afirmando que “cabe a todos os entes o

fornecimento do medicamento, independentemente da legislação e da previsão de descentralização” (Santana; Silva, 2022, p. 54).

Esse entendimento amplia o acesso ao direito à saúde, permitindo que os cidadãos ingressem com ações judiciais contra qualquer ente federativo para garantir o fornecimento dos medicamentos necessários, mesmo que a responsabilidade administrativa pertença a outro ente.

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E A RENAME

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, formalizada pela Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, consolidou a RENAME como o principal instrumento para orientar a seleção, a produção, a distribuição e a dispensação de medicamentos no Brasil. A RENAME lista os medicamentos essenciais que devem ser garantidos à população, priorizando aqueles que atendem às necessidades de saúde mais relevantes. De acordo com o Ministério da Saúde (2007, p. 7), os medicamentos essenciais são definidos como aqueles que “devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas”.

A RENAME serve como base para a criação das listas estaduais e municipais de medicamentos, que devem respeitar as diretrizes estabelecidas em âmbito nacional. No entanto, quando determinado medicamento previsto na RENAME não consta na lista municipal ou estadual, recai sobre a União a responsabilidade de fornecer o medicamento, em observância ao princípio da responsabilidade solidária entre os entes federativos. Esse mecanismo busca evitar lacunas no acesso

aos medicamentos essenciais, assegurando que o direito à saúde seja garantido de forma ampla e igualitária em todo o território nacional.

A implementação da RENAME, aliada ao princípio da responsabilidade solidária, reforça o compromisso do Estado brasileiro em assegurar o acesso universal e igualitário aos medicamentos essenciais, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e promovendo a justiça social no atendimento às necessidades de saúde da população.

JUDICIALIZAÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO

A judicialização do fornecimento de medicamentos tornou-se um fenômeno recorrente no Brasil, especialmente em situações em que os medicamentos prescritos não estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ou não são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesses casos, o Poder Judiciário tem sido acionado como meio de assegurar o direito constitucional à saúde, levando os tribunais a estabelecer critérios que busquem equilibrar o acesso ao tratamento com a gestão responsável dos recursos públicos.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao julgar o Recurso Especial nº 1.657.156-RJ, consolidou parâmetros claros para orientar o Poder Judiciário na análise dessas demandas, definidos no Tema 106. Segundo o entendimento do STJ, para que o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS seja autorizado judicialmente, é imprescindível que três requisitos sejam atendidos de forma cumulativa.

O primeiro requisito diz respeito à comprovação da necessidade do medicamento. Para isso, exige-se a apresentação de um laudo médico

detalhado e fundamentado, elaborado pelo profissional responsável pelo acompanhamento do paciente. Esse documento deve atestar que o medicamento prescrito é imprescindível para o tratamento da enfermidade ou para a melhoria significativa do quadro clínico. Não se trata, portanto, de uma mera sugestão terapêutica, mas de uma necessidade médica substancial para a saúde do paciente.

O segundo critério avalia a incapacidade financeira do paciente para arcar com o custo do medicamento prescrito. O Judiciário entende que o fornecimento estatal de medicamentos fora das listas oficiais deve ser restrito aos casos em que o paciente não possui recursos suficientes para custear o tratamento por meios próprios. Esse requisito busca preservar o princípio da equidade, priorizando o atendimento àqueles que não têm condições de acessar o medicamento de outra forma.

Por fim, o terceiro requisito se refere à regularização do medicamento perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para que o Poder Judiciário possa determinar o fornecimento do medicamento, é imprescindível que o produto possua registro válido junto à ANVISA, assegurando que ele tenha passado pelos devidos processos de avaliação quanto à sua eficácia, segurança e qualidade. Ademais, o uso do medicamento deve estar de acordo com as indicações autorizadas pela agência reguladora.

Esses três critérios estabelecidos pelo STJ têm como objetivo harmonizar o direito individual à saúde com os princípios que regem a administração pública, especialmente os da legalidade, eficiência e economicidade. Ao mesmo tempo em que protegem o cidadão vulnerável,

impedem que o Poder Judiciário determine o fornecimento indiscriminado de medicamentos sem a devida comprovação técnica e legal, preservando, desse modo, a integridade do sistema público de saúde.

Em reforço a sistematização das demandas relativas ao fornecimento judicial de medicamentos, o Supremo Tribunal Federal (STF) assumiu protagonismo na uniformização da matéria, enfrentando, de modo mais estruturado, o debate sobre a judicialização da saúde. Tal movimento culminou, em 2024, na fixação da tese de repercussão geral no Tema 1.234 e, de maneira complementar, na aprovação das Súmulas Vinculantes nº 60 e 61. Esses enunciados passaram a ter caráter vinculante para todo o Poder Judiciário brasileiro, consolidando diretrizes claras e objetivas tanto para casos de medicamentos ainda não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para aqueles já registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas não constantes nas listas oficiais de dispensação.

A Súmula Vinculante nº 60, ao consolidar as diretrizes do Tema 1.234, definiu que a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS exige a demonstração da imprescindibilidade terapêutica mediante laudo médico detalhado, a inexistência de alternativa terapêutica eficaz disponível no SUS e a comprovação da incapacidade financeira do paciente. Além disso, introduziu de forma inédita critérios objetivos para a divisão do ônus financeiro entre os entes federativos, considerando o custo anual do tratamento, de modo a reforçar a governança colaborativa e evitar onerações desproporcionais a um único ente (STF, Súmula Vinculante nº 60, 2024).

De modo complementar, a Súmula Vinculante nº 61 estabeleceu que, nas situações em que o medicamento possui registro na ANVISA, mas ainda não foi incorporado formalmente às listas de dispensação do SUS, a concessão judicial somente será admissível se atendidos cumulativamente os critérios definidos no Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471). Dentre tais critérios, destacam-se a negativa administrativa formal, a inexistência de substituto terapêutico eficaz já incorporado ao SUS, a comprovação científica robusta quanto à eficácia e segurança do medicamento, e a comprovação inequívoca de hipossuficiência financeira do paciente (STF, Súmula Vinculante nº 61, 2024).

Esse amadurecimento normativo e jurisprudencial evidencia o esforço do STF em conferir maior previsibilidade, segurança jurídica e coerência às decisões judiciais que envolvem o direito ao fornecimento de medicamentos. Além disso, busca-se reforçar o papel técnico do Poder Executivo, especialmente dos órgãos especializados, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e a própria ANVISA, reconhecendo suas competências como instâncias legítimas na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde (Sarlet, 2024).

Apesar desse avanço normativo, é fundamental destacar que a judicialização da saúde continua sendo reconhecida como instrumento legítimo de garantia do direito fundamental à saúde, especialmente nos casos em que a omissão ou a morosidade estatal ameacem direitos básicos à vida, à saúde e à dignidade humana. Contudo, a atuação judicial deve, cada vez mais, ser orientada por critérios técnicos, objetivos e transparentes, de modo a respeitar a separação dos poderes, a reserva do

possível e o devido processo legal sanitário, contribuindo para uma atuação jurisdicional prudente, proporcional e equilibrada.

Assim, percebe-se que a jurisprudência brasileira avança na busca de um modelo mais integrado e colaborativo, visando fortalecer o diálogo institucional entre o Poder Judiciário, o Executivo e a sociedade civil, assegurando o direito à saúde com responsabilidade, sustentabilidade e respeito às políticas públicas vigentes.

DESAFIOS PARA O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO ESTADO

O fornecimento de medicamentos pelo Estado é uma expressão concreta do direito à saúde e um dos pilares essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, essa é uma área permeada por desafios estruturais, políticos e econômicos que comprometem a garantia de acesso universal e igualitário aos medicamentos necessários. Entre os principais desafios estão a escassez de recursos públicos, a exclusão de medicamentos não registrados pela ANVISA e as dificuldades de gestão e logística.

Um dos problemas mais significativos é a escassez de recursos financeiros para a saúde pública. O subfinanciamento crônico do SUS afeta a capacidade do Estado de atender à crescente demanda por medicamentos de alto custo, como o canabidiol e as terapias de última geração. Esses medicamentos muitas vezes exigem investimentos vultosos, e a limitação orçamentária acaba criando barreiras ao acesso para pacientes que dependem exclusivamente do sistema público. A priorização de recursos em um cenário de restrições fiscais frequentemente deixa lacunas na

assistência farmacêutica, o que gera um impacto direto na saúde da população.

Outro aspecto crítico está relacionado à exclusão de medicamentos não registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Embora os médicos possam prescrever medicamentos não registrados quando avaliam ser a melhor opção terapêutica, o fornecimento desses medicamentos pelo SUS depende, em muitos casos, de decisões judiciais. Essa judicialização da saúde tem impactos significativos: por um lado, garante o acesso a tratamentos para pacientes em situações urgentes; por outro, sobrecarrega o sistema público, que precisa reorganizar seu orçamento para atender às demandas determinadas pelo Poder Judiciário. Ademais, a falta de registro na ANVISA implica que esses medicamentos podem não ter todas as evidências necessárias de segurança e eficácia, o que também gera riscos à saúde pública.

As dificuldades de gestão e logística também representam um obstáculo significativo para o fornecimento de medicamentos, especialmente em um país de dimensões continentais como o Brasil. A aquisição, o transporte e a distribuição de medicamentos em todo o território nacional são processos complexos que demandam infraestrutura robusta e bem coordenada. Em regiões remotas, como o Norte e o Nordeste, a falta de estrutura e de profissionais capacitados muitas vezes compromete a chegada dos medicamentos às populações mais vulneráveis. Essa situação é agravada por atrasos em licitações, falhas no planejamento e dificuldades em manter estoques regulares, o que afeta diretamente a continuidade do tratamento dos pacientes.

Para enfrentar esses desafios, o Estado brasileiro conta com instrumentos normativos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que busca orientar a aquisição e o fornecimento de medicamentos com base em critérios de custo-efetividade e impacto na saúde pública. A RENAME é um passo importante para a racionalização da assistência farmacêutica, mas sua efetividade depende de uma gestão integrada entre os entes federativos e de um financiamento adequado. Nesse sentido, a responsabilidade solidária da União, estados e municípios é fundamental para garantir que os medicamentos cheguem a quem mais precisa.

Apesar das dificuldades, é importante reconhecer o compromisso do Estado brasileiro em assegurar o acesso aos medicamentos como um direito de todos. A assistência farmacêutica é um reflexo da busca por equidade e justiça social no âmbito da saúde pública. No entanto, para que esse direito seja plenamente exercido, é necessário investir na modernização da infraestrutura logística, na capacitação de gestores e profissionais de saúde, e na ampliação do orçamento destinado ao SUS. Apenas com a superação desses desafios poderemos consolidar uma assistência farmacêutica eficiente, acessível e capaz de atender às demandas da população brasileira.

Dessa forma, o fornecimento de medicamentos pelo Estado é uma tarefa que vai além da distribuição de insumos: é uma expressão concreta do compromisso com o direito à saúde e com a redução das desigualdades sociais. É necessário enfrentar os desafios existentes para assegurar que os

princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade sejam efetivamente cumpridos.

CAPÍTULO 03

O USO TERAPÊUTICO DA *CANNABIS* NO BRASIL

O USO TERAPÊUTICO DA *CANNABIS* NO BRASIL

O uso medicinal da *cannabis* é uma comunidade que remonta a milênios e se estende por diversas culturas e contextos históricos. As primeiras evidências do uso terapêutico da *cannabis* datam de aproximadamente 2.700 aC, quando o Shennong Ben Cao Jing, um médico chinês, descreveu a planta como eficaz no tratamento de dores reumáticas e desordens gastrointestinais. Desde então, o uso da *cannabis* para fins medicinais foi registrado em culturas tão distintas quanto à indiana, à egípcia e à persa, tornando-se parte integrante de práticas médicas tradicionais e fitoterápicas.

A história da *cannabis* medicinal no Brasil reflete um intrincado processo de transformação cultural, política e científica. Desde seu uso tradicional e terapêutico em contextos históricos até sua proibição no século XX, a planta percorreu um caminho marcado por avanços e retrocessos. Atualmente, em meio a debates científicos e movimentos sociais, o Brasil busca redescobrir e regulamentar o potencial terapêutico da *cannabis*, enfrentando barreiras legais e preconceitos culturais. Este capítulo aborda o panorama histórico, a era proibicionista e o renascimento científico da *cannabis* medicinal no país.

Inicialmente, é importante destacar que o gênero *cannabis* abrange diversas espécies, sendo as mais conhecidas a *cannabis sativa*, *cannabis ruderalis* e *cannabis indica*. Neste estudo, a ênfase será dada à *cannabis sativa*, pois esta é a espécie mais comumente utilizada em pesquisas científicas e alvo principal das regulamentações legais vigentes.

A *cannabis sativa* é uma planta arbustiva pertencente à família Moraceae, encontrada em diversas partes do mundo, com maior incidência em regiões de clima tropical e temperado, apresenta um ciclo de floração mais longo, podendo atingir até quatro metros de altura. Trata-se de uma planta dioica, ou seja, apresenta indivíduos masculinos e femininos. Após o processo de polinização, a planta masculina tende a murchar e morrer. Além da designação científica, essa planta também é conhecida por diversos nomes, como marijuana, hashish, charas e bhang. No Brasil, seu nome popular mais difundido é "maconha".

A *cannabis sativa* contém mais de 100 compostos químicos chamados canabinoides, mas dois deles se destacam no campo farmacológico: o tetrahidrocanabinol (THC) e o canabidiol (CBD). O THC interage principalmente com os receptores CB1 e CB2 do sistema endocanabinoide, desempenhando funções neuromoduladoras relevantes para o alívio da dor, controle de náuseas, espasticidade e estimulação do apetite (PERTWEE, 2006). Em contrapartida, o CBD não se liga diretamente a esses receptores, mas exerce um efeito modulador sobre sua atividade e interage com outros sistemas neuroquímicos, proporcionando efeitos ansiolíticos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios e neuroprotetores (SCHIER et al., 2012).

A CANNABIS NA MEDICINA ANTIGA: USO TERAPÊUTICO NO ORIENTE E NO OCIDENTE

A utilização da *cannabis* para fins medicinais possui uma história rica e diversificada, especialmente em regiões da Ásia, onde a planta foi amplamente cultivada e usada para tratar uma série de condições físicas e

mentais. Na Índia antiga, a *cannabis* foi incorporada ao sistema de medicina ayurvédica, sendo utilizada como analgésico, anticonvulsivante e relaxante muscular. Textos sagrados, como o Atharva Veda (datado de 1.200 aC), referem-se à *cannabis* como uma planta com propriedades curativas e sagradas, utilizada tanto em rituais religiosos quanto no alívio de dores e doenças.

No Egito antigo, papiros médicos como o Papiro Ebers (1.500 aC), livro de Medicina do Antigo Egito, também documentam o uso de *cannabis* no tratamento de inflamações e como uma substância calmante para mulheres em trabalho de parto. Na Pérsia antiga, a planta era usada para tratar a epilepsia, sendo mencionada nos textos de Avicena como um remédio eficaz para convulsões e distúrbios neurológicos.

A medicina greco-romana também valorizou as propriedades medicinais da *cannabis*. Hipócrates, o pai da medicina moderna, recomendou uma planta para aliviar dores articulares, enquanto Dioscórides, médico grego do século I, classificou a *cannabis* como um analgésico natural e um potente anti-inflamatório em seu famoso tratado de farmacologia, " De Materia Medica"- escrita no ano 70 d.C. Galeno, médico romano do século II, descreveu o uso de *cannabis* para aliviar a dor de ouvido e reduzir o inchaço.

Ao longo dos séculos, a *cannabis* se consolidou como um recurso terapêutico no Ocidente e, posteriormente, nas Américas.

Esses exemplos revelam que a *cannabis* foi, durante milênios, uma parte integrante da farmacopeia medicinal, sendo usada para tratar uma ampla gama de condições médicas.

HISTÓRIA DO USO DA *CANNABIS* NO BRASIL

No contexto brasileiro, a planta chegou pelas caravelas portuguesas, cultivada para a produção de cânhamo usado em cordas e vestimentas. Cumpre destacar que os escravos africanos que vieram ao Brasil trouxeram o “fumo de Angola”, a prática era parte do patrimônio cultural dos povos africanos e foi incorporada a ritos religiosos como o candomblé (Carlini, 2006), utilizado tanto para alívio de dores quanto em práticas rituais.

Registros históricos indicam que a Coroa Portuguesa incentivou o cultivo do cânhamo no Brasil para fins industriais, especialmente nas regiões do Pará, Amazonas, Maranhão e Rio Grande do Sul. Esse incentivo ocorreu por meio da criação da Real Feitoria do Linho-Cânhamo (RFLC), fundada em 1783. O objetivo era explorar o potencial econômico da planta, utilizada principalmente na produção de fibras têxteis.

Em 4 de agosto de 1785, o Vice-Rei do Brasil enviou uma correspondência ao Capitão General e Governador da Capitania de São Paulo recomendando o cultivo do cânhamo, destacando o interesse estratégico da Metrópole na produção dessa matéria-prima. Para viabilizar o plantio, foram despachadas ao porto de Santos dezesseis sacas contendo 39 alqueires de sementes de maconha, destinadas à implementação da cultura na região (Fonseca, 1980, apud Carlini, 2006, p. 315).

Essas práticas históricas demonstram que o potencial terapêutico da *cannabis* faz parte de uma tradição milenar, que foi interrompida pela política proibicionista no início do século XX. Hoje, em um cenário de redescoberta científica e regulamentação, o uso medicinal da *cannabis*

busca recuperar essa herança cultural e histórica, promovendo o acesso a um tratamento que, apesar de antigo, está sendo revisado e validado à luz dos avanços na ciência moderna.

Esses exemplos revelam que a *cannabis* foi, durante milênios, uma parte integrante da farmacopeia medicinal, sendo usada para tratar uma ampla gama de condições médicas. O uso disseminado da planta só foi interrompido com o advento da modernidade e com o avanço das políticas proibicionistas no século XX, marcadas pela estigmatização e criminalização do uso da *cannabis*.

O PERÍODO PROIBICIONISTA E AS CONSEQUÊNCIAS NO USO MEDICINAL DA *CANNABIS*

O declínio do uso medicinal da *cannabis* começou a ser observado no início do século XX, quando uma série de convenções internacionais e legislações locais passaram a restringir e, posteriormente, proibir o cultivo e o uso da planta. Esse movimento, conhecido como era proibicionista, teve início com a criação de legislações como a Marijuana Tax Act de 1937 nos Estados Unidos, que, ao regulamentar o uso da planta de maneira extremamente restritiva, baniu seu uso terapêutico e recreativo. A proibição da *cannabis* nos Estados Unidos serviu como modelo para outros países e foi posteriormente incorporada em tratados internacionais, como a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961.

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecia que a *cannabis*, junto com outras substâncias psicoativas, seria específica como um entorpecente de uso restrito e sem valor terapêutico reconhecido, devendo ser controlado

rigorosamente por todos os países signatários. O Brasil, como membro signatário da ONU, aderiu a essa convenção, proibindo o uso medicinal e recreativo da planta e classificando-a como uma droga ilícita, o que foi visto na eliminação da *cannabis* das farmacopeias oficiais e na sua completa exclusão dos tratamentos médicos.

Essa promessa foi reforçada pelas convenções subsequentes, como a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, que promoveram uma política de “guerra às drogas” centrada na repressão e criminalização do uso, cultivo e comércio de *cannabis*. A partir de então, a *cannabis* passou a ser considerada uma substância perigosa e sem uso médico aceito, o que dificultou, durante décadas, a pesquisa científica e o desenvolvimento de medicamentos à base da planta.

No Brasil, a legislação sobre drogas passou a refletir essas influências internacionais. A Lei de Entorpecentes de 1976 (Lei nº 6.368/76) e, posteriormente, a Lei de Drogas de 2006 (Lei nº 11.343/06), estabeleceram penas severas para o cultivo, o uso e o comércio de *cannabis*, sem qualquer exceção para fins medicinais. A *cannabis* passou a ser tratada exclusivamente como uma droga de abuso, ignorando-se seu potencial terapêutico.

O modelo proibicionista aplicado às drogas, predominante no Brasil e, em grande parte do mundo, possui raízes históricas, culturais e políticas que devem ser analisadas à luz de princípios democráticos e jurídicos. Esse modelo, baseado na repressão penal, tem se mostrado insuficiente para resolver o complexo problema do uso de substâncias

psicoativas, além de gerar inúmeros efeitos colaterais que comprometem a eficácia das políticas públicas e a proteção dos direitos fundamentais. No contexto brasileiro, a legislação antidrogas, embora permita exceções para fins medicinais e científicos, carece de regulamentações que efetivamente democratizem o acesso e promovam políticas alternativas, como a redução de danos.

O modelo proibicionista, como bem destaca Roxin (2008, p. 33), deve ser revisitado sob a perspectiva do Direito Penal mínimo. Segundo o autor, "a pena só pode ser cominada quando for impossível obter esse fim por outras medidas menos gravosas". A aplicação indiscriminada do poder punitivo, sem considerar alternativas mais eficazes e humanas, é uma afronta aos princípios fundamentais de uma sociedade democrática, que deve primar pela promoção de direitos e não pela sua supressão.

No Brasil, a Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), adota o modelo proibicionista como regra, mas traz importantes exceções ao proibir o plantio, a cultura e a exploração de vegetais dos quais possam ser extraídas drogas, com ressalvas para fins medicinais e científicos. O artigo segundo, parágrafo único, da referida lei, autoriza a União a permitir tais atividades, mediante controle rigoroso e fiscalização, quando voltadas exclusivamente para objetivos lícitos. Vejamos:

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre

Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas. (Brasil, 2006.)

De forma complementar, o Decreto 5.912/2006, que regulamenta a Lei 11.343/2006, atribui ao Ministério da Saúde a competência para autorizar essas práticas e à ANVISA a função de fiscalizar a produção, extração e comercialização dessas substâncias. Observemos:

Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD:

I — do Ministério da Saúde:

(...)

c) autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, ressalvadas as hipóteses de autorização legal ou regulamentar;

(...)

d) assegurar a emissão da indispensável licença prévia, pela autoridade sanitária competente, para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais; (Brasil, 2006)

Essa legislação, embora represente um avanço técnico ao contemplar o uso medicinal e científico, é limitada em sua aplicação prática, pois impõe barreiras regulatórias que dificultam a implementação de um sistema mais acessível e inclusivo. Atualmente, a regulamentação

brasileira ainda não contempla plenamente o cultivo associativo ou doméstico, que poderia democratizar o acesso e reduzir os custos dos medicamentos à base de *cannabis*, por exemplo. O resultado disso é a perpetuação de um modelo concentrador e excludente, que prioriza a repressão em detrimento da saúde pública e da justiça social.

O modelo proibicionista, ao ignorar a complexidade do fenômeno das drogas, falha em seus objetivos declarados. Oficialmente, sua finalidade é a eliminação ou redução do comércio ilegal de entorpecentes, mas, na prática, ele contribui para a marginalização de usuários e pequenos traficantes, sem atingir as estruturas do narcotráfico. Como resultado, o sistema penal brasileiro opera em grande parte como uma máquina de encarceramento de indivíduos pertencentes às classes mais vulneráveis, muitos deles presos por crimes relacionados ao uso e ao comércio de pequenas quantidades de substâncias ilícitas.

Segundo o pensamento de Roxin (2008), o Direito Penal deve ser utilizado como *ultima ratio*, ou seja, como um recurso extremo e excepcional para a proteção de bens jurídicos relevantes. No entanto, o modelo proibicionista amplia desnecessariamente a atuação punitiva do Estado, muitas vezes em detrimento de estratégias menos invasivas e mais eficazes, como a redução de danos. Essa postura, além de ser desproporcional, reforça a criminalização de condutas que poderiam ser reguladas por outras esferas, como o Direito Administrativo e as políticas de saúde pública.

A política de redução de danos surge, nesse contexto, como uma alternativa necessária e urgente. Essa estratégia, já adotada com sucesso

em diversos países, prioriza a saúde, a segurança e a dignidade dos indivíduos, em vez de tratá-los como inimigos do Estado. Em vez de buscar a eliminação do uso de substâncias psicoativas, a redução de danos propõe minimizar os efeitos negativos associados a essas práticas, promovendo a educação, a prevenção e o tratamento humanizado. No Brasil, experiências locais têm demonstrado o potencial dessa perspectiva, mas a ausência de um marco regulatório claro impede sua ampla implementação.

Ademais, o modelo proibicionista frequentemente incorre em contradições práticas e jurídicas. A própria Lei 11.343/2006 permite, em tese, o cultivo de vegetais para fins medicinais e científicos, mas os entraves regulatórios tornam essa possibilidade quase inatingível. A falta de regulamentações claras e acessíveis impede que o país desenvolva uma cadeia produtiva nacional de medicamentos à base de *cannabis*, por exemplo, perpetuando a dependência de importações caras e inacessíveis para grande parte da população.

Para superar as limitações do modelo proibicionista, é necessário adotar um sistema regulatório alternativo, que reconheça o uso medicinal e terapêutico das substâncias e que promova a redução de danos como eixo central das políticas públicas sobre drogas. Essa transição não implica em negligenciar os riscos associados ao uso de entorpecentes, mas em tratá-los de maneira mais racional, eficiente e humana. A regulamentação do cultivo associativo e doméstico, aliada à fiscalização estatal, poderia, por exemplo, assegurar o acesso a medicamentos seguros e acessíveis, sem comprometer o controle social e sanitário dessas substâncias.

Por conseguinte, a revisão do modelo proibicionista deve incluir uma análise crítica sobre a aplicação do Direito Penal. A intervenção penal deve ser reservada para casos extremos, que não possam ser resolvidos por outros meios, conforme preconizado por Roxin. O Estado, nesse sentido, deve priorizar medidas educativas, preventivas e administrativas, que promovam a saúde e a segurança pública sem recorrer à criminalização excessiva.

Portanto, é imperativo que o Brasil avance para um modelo regulatório que substitua o paradigma proibicionista por uma estratégia mais inclusiva, racional e baseada em evidências científicas. Isso requer não apenas mudanças legislativas, mas também um compromisso político e social com a promoção da saúde, da justiça e da dignidade. Como destaca Roxin (2008), o Direito Penal deve ser uma ferramenta de última instância, e não a base de uma política pública que busca o bem-estar coletivo. Dessa forma, é possível construir um sistema que respeite os direitos fundamentais e atenda às demandas de uma sociedade plural e democrática.

A LEITURA DE FOUCAULT SOBRE A CRIMINALIZAÇÃO DA CANNABIS

A criminalização da *cannabis* no Brasil, como em muitos outros países, está intimamente ligada a um conjunto de políticas proibicionistas que ganharam força no século XX. Essas políticas, influenciadas tanto por fatores internos quanto externos, foram fundamentais na construção de um discurso de controle e estigmatização da planta e de seus usuários. Para compreender o impacto e a persistência dessas políticas, é relevante

considerar as perspectivas oferecidas pela filosofia de Michel Foucault, especialmente em relação à biopolítica e aos mecanismos de poder que regulam e disciplinam os corpos e os comportamentos sociais.

Michel Foucault, em sua obra, explora como o poder se manifesta e se organiza nas sociedades modernas, controlando os corpos e as populações por meio de discursos e dispositivos institucionais. Na visão foucaultiana, o poder não é apenas uma força repressiva, mas uma estrutura que cria e organiza comportamentos, impondo normas e padrões de conduta que se tornam internalizados pela sociedade (Foucault, 1977). A criminalização da *cannabis* no Brasil exemplifica esse processo, pois, ao longo das décadas, foram construídos discursos que associavam a planta a práticas desviantes e subversivas, justificando políticas de repressão e vigilância (Carlini, 2006).

Nessa ótica, o discurso proibicionista construiu a figura do "usuário desviante", o que legitimou as práticas repressivas e o encarceramento em massa. No Brasil, isso se traduziu na persecução policial e no encarceramento desproporcional de pessoas negras e pobres, cujas condutas foram classificadas como desviantes (CARLINI, 2006).

Ao longo do tempo, muitos argumentaram que o proibicionismo da *cannabis* é injusto e que as políticas de criminalização têm efeitos financeiros, como o fortalecimento do mercado negro, o encarceramento em massa de pessoas por crimes relacionados à *cannabis* e a negação de seu potencial medicinal. Em resposta a essas preocupações, alguns países e estados dos Estados Unidos concordaram em adotar abordagens mais

flexíveis em relação à *cannabis*, incluindo a legalização para uso medicinal e recreativo.

Essas mudanças nas políticas em relação à *cannabis* geraram debates importantes sobre a cultura, a saúde pública, a justiça social e os direitos individuais. Alguns argumentos de que a legalização e a regulamentação da *cannabis* podem ajudar a reduzir os problemas associados ao proibicionismo, enquanto outros continuam a se adequar ao seu uso. (Brasilino, 2024)

O DISCURSO SOCIAL DO "PERIGO" E A ESTIGMATIZAÇÃO DA *CANNABIS*

O discurso sobre a maconha no Brasil foi historicamente moldado pela ideia de que a planta representava um "perigo" para a ordem pública e a saúde social. Esse discurso, sustentado por legislações e campanhas de conscientização pública, baseia-se na associação entre a *cannabis* e o povo marginalizados, como os escravos africanos e, posteriormente, grupos de jovens e movimentos contraculturais (Carlini, 2006). Essa narrativa justificou a exclusão e a criminalização da planta, legitimando o controle social sobre esses grupos. Foucault observa que a criação de categorias de “normalidade” e “desvio” é uma forma de controle social, onde o que é considerado “normal” passa a ser protegido, enquanto o “desvio” é reprimido e marginalizado (Foucault, 1975).

Essa associação entre a maconha e comportamentos desviantes não apenas justificou a exclusão, mas também legitimou o uso de políticas de vigilância e repressão contra grupos específicos sociais. Para Foucault, esse processo de rotulagem é central para a biopolítica, pois permite que o

Estado regule a vida das pessoas, decidindo o que é aceitável e o que deve ser erradicado (Foucault, 1978). No caso da *cannabis*, essa rotulação reforça a percepção de que seu uso era equivalente à ameaça à moralidade e à segurança pública, justificando ações repressivas (Souza, 2018).

Um pormenor importante a ser abordado é a influência social que essa criminalização da *cannabis* impôs na sociedade. Uma vez que essa criminalização teve profundas consequências sociais no Brasil, afetando principalmente populações vulneráveis e contribuindo para a superlotação do sistema prisional. De acordo com dados do Infopen, o tráfico de drogas é um dos principais motivos de encarceramento no país, e muitos dos detidos são jovens de baixa renda e pertencentes a minorias raciais. Essa realidade reflete o que Foucault chama de biopolítica, um mecanismo de controle que administra a vida das populações e decide quais vidas são valorizadas e quais são restaurações (Foucault, 1978).

A guerra contra as drogas, orientada pela criminalização da *cannabis*, opera como um mecanismo de controle social que marginaliza certos, limitando suas oportunidades de inclusão e perpetuando um ciclo de pobreza e exclusão. Essa exclusão está alinhada ao conceito foucaultiano de “corpos dóceis”, em que o Estado exerce seu poder disciplinar sobre indivíduos considerados desviantes, mantendo-os à margem da sociedade e reforçando o poder do aparelho repressivo estatal (Foucault, 1975). A criminalização da *cannabis*, nesse sentido, contribuiu para a construção de uma narrativa de perigo em torno da planta, dificultando a acessibilidade de seus usos terapêuticos e impedindo o avanço de políticas de saúde pública mais inclusivas (Rodrigues, 2020).

A RESISTÊNCIA E A EMERGÊNCIA DE NOVOS DISCURSOS SOBRE A *CANNABIS*

Embora a criminalização da *cannabis* tenha consolidado um discurso de controle e exclusão, as últimas décadas testemunharam a emergência de novos discursos que contestam essa narrativa. O avanço das pesquisas científicas sobre os benefícios terapêuticos da *cannabis* e a luta de grupos sociais pelo acesso a tratamentos terapêuticos trouxeram uma nova leitura, que busca desconstruir o estigma associado à planta. Esses movimentos representam uma forma de resistência, uma prática foucaultiana que desafia as normas impostas e propõe novos significados e usos para a *cannabis* (Foucault, 1980).

Foucault argumenta que o poder sempre gera resistência, e a crescente acessibilidade da *cannabis* medicinal é um exemplo de como novos discursos podem emergir e transformar a sociedade. As regulamentações recentes em países como o Canadá, Israel e partes dos Estados Unidos demonstram que é possível reverter o paradigma proibicionista, registrando o valor medicinal da *cannabis* e permitindo que os pacientes tenham acesso seguro e regulamentado a essa terapia (Souza, 2021). No Brasil, embora ainda enfrente, o movimento pela regulamentação da *cannabis* medicinal representa uma tentativa de promover o direito à saúde e superar as limitações impostas pela criminalização.

O RENASCIMENTO DO USO MEDICINAL DA *CANNABIS*: AVANÇOS E RECONHECIMENTO CIENTÍFICO

A partir da década de 1990, um crescente corpo de evidências científicas começou a desafiar a visão predominantemente de que a *cannabis* não possuía valor terapêutico. A descoberta do sistema endocanabinoide — um complexo sistema de neurotransmissores e receptores presentes em todo o corpo humano, responsável por processos regulares como dor, inflamação, humor e memória — lançou uma nova luz sobre os potenciais benefícios da *cannabis* medicinal.

Os derivados da *cannabis* e seus análogos sintéticos têm sido considerados como alternativas terapêuticas para a dor crônica, potencialmente auxiliando na redução do comprometimento funcional. Os principais componentes da planta são o delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD), que atuam, principalmente, na modulação ou redução da dor, inflamação, espasticidade e náusea.

Estudos clínicos e pré-clínicos demonstraram que os compostos de *cannabis*, como o canabidiol (CBD) e o tetraidrocannabinol (THC), possuem propriedades anti-inflamatórias, neuroprotetoras e analgésicas, podendo ser utilizados no tratamento de uma série de condições médicas, como epilepsia refratária, dores crônicas, esclerose múltipla, náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, transtornos de ansiedade, entre outros.

Diante dessas descobertas, países como o Canadá, Israel e diversos estados dos Estados Unidos chegaram ao uso comercial de *cannabis*, permitindo que pacientes com condições debilitantes tenham acesso legal

a medicamentos à base da planta. A regulamentação do uso medicinal da *cannabis* nesses países foi acompanhada por uma mudança de paradigma, que passou a ver a planta não como uma substância perigosa, mas como um medicamento potencialmente seguro e eficaz para o tratamento de doenças complexas.

Em 2001, o Canadá se tornou o primeiro país a regulamentar o uso medicinal da *cannabis* em nível federal, permitindo o cultivo doméstico e a prescrição médica para pacientes com condições graves. Israel, por sua vez, se destacou como um dos países líderes em pesquisa científica sobre *cannabis*, desenvolvendo um modelo de regulamento robusto que integra a *cannabis* medicinal ao sistema público de saúde. Nos Estados Unidos, a regulamentação do uso medicinal da *cannabis* começou no estado da Califórnia em 1996 e se expandiu para vários estados, cada um com suas próprias regulamentações e políticas de acesso.

No Brasil, o processo de regulamentação foi iniciado apenas em 2014, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou a importação de produtos à base de CBD para o tratamento de epilepsia refratária, após uma intensa mobilização de associações de pacientes e familiares. Desde então, o Brasil tem avançado lentamente na regulamentação do uso medicinal da *cannabis*, com a criação de normativas específicas para a importação e produção local, mas ainda enfrenta muitos desafios legais e políticos para garantir o acesso amplo e equitativo ao tratamento.

A trajetória da *cannabis* medicinal no Brasil evidencia um conflito entre discursos proibicionistas e a necessidade de reconhecer o direito à

saúde como um princípio fundamental. A criminalização da planta, sustentada por normas internacionais e preconceitos históricos, impediu por décadas a exploração de seu potencial terapêutico. No entanto, os avanços científicos e a mobilização social têm pressionado por uma reavaliação dessa narrativa, permitindo que a *cannabis* medicinal retorne ao centro dos debates sobre saúde pública.

Como afirma Foucault (1978), o poder sempre gera resistência, e o movimento pelo uso medicinal da *cannabis* representa uma forma de contestação ao discurso proibicionista. A redescoberta da *cannabis* como recurso terapêutico não é apenas uma questão de ciência, mas também um imperativo ético e social, que exige a superação de barreiras políticas, culturais e econômicas.

EFICÁCIA TERAPÊUTICA DA CANNABIS: ESTUDOS E APLICAÇÕES CLÍNICAS

A eficácia terapêutica da *cannabis* medicinal vem sendo comprovada ao longo das últimas décadas por uma série de estudos científicos que exploram suas aplicações no tratamento de diversas condições médicas. Dois compostos bioativos da planta, o canabidiol (CBD) e o tetraidrocanabinol (THC), destacam-se por seus efeitos clínicos amplamente documentados, especialmente no tratamento de doenças neurológicas, distúrbios de ansiedade, dor crônica e náuseas causadas por quimioterapia. Com a descoberta do sistema endocanabinoide humano — uma rede complexa de receptores endógenos que regulam processos fisiológicos como dor, humor e inflamação —, a *cannabis* foi

reintroduzida na prática clínica como uma terapia potencial para condições que resistem a tratamentos convencionais.

A descoberta do sistema endocanabinoide nos anos 1990 revolucionou o entendimento sobre o potencial terapêutico da *cannabis*. Esse sistema é composto por receptores (CB1 e CB2), ligantes endógenos e enzimas reguladoras, cumprindo função essencial na regulação de funções fisiológicas como dor, inflamação e humor (Devinsky et al., 2017).

O canabidiol (CBD) e o tetraidrocanabinol (THC) são os compostos mais estudados da planta, com eficácia comprovada em condições como epilepsia refratária, dores crônicas, transtornos de ansiedade e náuseas induzidas por quimioterapia. O CBD, por exemplo, demonstrou reduzir em até 50% as crises epilépticas em pacientes com epilepsia resistente a medicamentos (Bonfim, 2021). Já o THC é amplamente utilizado no tratamento de espasticidade muscular em casos de esclerose múltipla e para alívio de dores neuropáticas (Abrams et al., 2007).

Do mesmo modo, o efeito entourage — interação sinérgica entre os compostos da planta — aumenta sua eficácia terapêutica, tornando os extratos integrais uma opção promissora para diversas condições. Essa concepção, no entanto, ainda enfrenta resistência regulatória e cultural no Brasil.

A *cannabis* medicinal é atípica, pois seu uso médico precedeu a demonstração de sua eficácia em ensaios clínicos, geralmente necessários

para a comercialização de produtos farmacêuticos modernos. (D’Souza, 2019)

O SISTEMA ENDOCANABINOIDE E O MECANISMO DE AÇÃO DA CANNABIS MEDICINAL

O sistema endocanabinoide (SEC) foi identificado nos anos 1990 e é composto por um conjunto de receptores, ligantes endógenos (os endocanabinoides) e enzimas que sintetizam e degradam esses compostos. Os receptores primários — conhecidos como CB1 e CB2 — são distribuídos por todo o corpo humano, com o CB1 concentrado predominantemente no sistema nervoso central e o CB2 nos tecidos periféricos e no sistema imunológico.

O receptor CB1 é responsável pela mediação dos efeitos psicoativos do THC, mas também participa da regulação da dor, do apetite e do humor. Já o receptor CB2 é mais associado às respostas imunológicas e anti-inflamatórias, sendo um alvo importante para o tratamento de condições como artrite reumatóide, doenças autoimunes e doenças neurodegenerativas. A interação dos canabinoides exógenos (como o CBD e o THC) com esses receptores potencializa ou modula respostas biológicas que são essenciais para a manutenção da homeostase.

A descoberta do sistema endocanabinoide ajudou a explicar por que a *cannabis* tem uma gama tão ampla de efeitos terapêuticos e ampliou as possibilidades para o uso clínico da planta. Os compostos de *cannabis*, especialmente o CBD e o THC, são capazes de ativar ou inibir esses receptores de maneiras específicas, fornecendo efeitos analgésicos, anti-inflamatórios, anticonvulsivantes e ansiolíticos. Nesse sentido, o CBD atua

como modulador do sistema endocanabinoide, aumentando os níveis de endocanabinoides naturais no organismo, como a anandamida, que desempenha um papel importante na regulação do humor e na percepção da dor.

CANABIDIOL (CBD): PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS E APLICAÇÕES CLÍNICAS

O canabidiol (CBD) é um dos principais fitocanabinoides extraídos da planta *cannabis sativa* e tem ganhado destaque no campo médico devido à sua segurança terapêutica e à ausência de efeitos psicoativos, caracterizando-se como uma alternativa promissora para o tratamento de diversas condições clínicas. Diferentemente do tetraidrocannabinol (THC), o CBD não altera o estado mental dos pacientes, o que o torna particularmente interessante para populações vulneráveis e para o manejo de doenças que exigem terapias de longo prazo. Estudos clínicos têm consolidado seu potencial terapêutico em áreas como epilepsia, transtornos psiquiátricos, doenças neurodegenerativas e condições inflamatórias.

O uso do CBD no manejo de epilepsias refratárias, como a síndrome de Dravet e a síndrome de Lennox-Gastaut, exemplifica seus benefícios terapêuticos. Essas doenças, caracterizadas por crises convulsivas severas e de difícil controle, frequentemente não respondem aos tratamentos convencionais. No entanto, estudos como o conduzido por Devinsky et al. (2017) demonstraram que o uso de CBD reduz significativamente a frequência dessas crises, com registros de diminuição de até 50% em pacientes com epilepsia resistente a medicamentos. Esses resultados levaram à aprovação do Epidiolex, um medicamento à base de

CBD, pela Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos em 2018, marcando um avanço significativo na terapia de epilepsias refratárias e estabelecendo um padrão para o uso clínico do canabidiol.

Além de sua eficácia no tratamento de epilepsias, o CBD tem demonstrado grande potencial no manejo de transtornos de ansiedade e estresse pós-traumático (TEPT). Estudos como o realizado por Crippa et al. (2011) indicaram que o CBD possui fortes propriedades ansiolíticas, agindo na redução da ativação de áreas cerebrais relacionadas ao medo e à resposta ao estresse. Em ensaios clínicos envolvendo pacientes com transtorno de ansiedade social, o uso de CBD resultou em uma diminuição significativa dos níveis de ansiedade, sem os efeitos adversos comumente associados a medicamentos ansiolíticos tradicionais. Esses resultados apontam para sua viabilidade como uma alternativa segura e eficaz para o manejo de condições psiquiátricas.

No campo das doenças neurodegenerativas, o CBD tem sido estudado por suas propriedades neuroprotetoras e antioxidantes, especialmente em doenças como Parkinson, Alzheimer e esclerose múltipla. Pesquisas pré-clínicas mostram que o CBD é capaz de proteger os neurônios contra o estresse oxidativo e a inflamação, processos subjacentes à progressão dessas doenças. A capacidade do CBD de modular os sistemas inflamatório e oxidativo sugere que ele pode desempenhar um papel fundamental como terapia adjuvante, retardando a progressão de doenças degenerativas e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Outro aspecto relevante do CBD é seu potencial no manejo de dores crônicas e condições inflamatórias. Sua ação anti-inflamatória é mediada pela inibição de citocinas pró-inflamatórias e pela modulação da ativação de células imunológicas. Essa característica torna o CBD uma ferramenta terapêutica valiosa para condições como artrite, fibromialgia e doenças inflamatórias intestinais, como a doença de Crohn. Diferentemente de anti-inflamatórios tradicionais, o CBD apresenta menor incidência de efeitos adversos, o que o torna uma opção atrativa para pacientes que buscam terapias mais seguras e sustentáveis.

A segurança terapêutica do CBD, associada à ausência de efeitos psicoativos, reforça sua atratividade para o tratamento de um amplo espectro de condições médicas. No entanto, embora os avanços científicos já tenham demonstrado sua eficácia em diferentes contextos clínicos, ainda há lacunas a serem preenchidas, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de protocolos de uso padronizados, ao acesso equitativo aos tratamentos e à ampliação das indicações terapêuticas. A pesquisa contínua e o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas serão determinantes para que o CBD possa atingir todo o seu potencial como um componente central no cuidado à saúde.

TETRAHIDROCANABINOL (THC): POTENCIAL TERAPÊUTICO E CONTROVÉRSIAS

O tetrahidrocannabinol (THC) é o principal componente psicoativo da *cannabis* e o responsável pelo efeito de "euforia" associado ao uso recreativo da planta. No entanto, o THC também possui importantes propriedades terapêuticas que justificam seu uso em contextos clínicos

específicos. A interação do THC com os receptores CB1 e CB2 resulta em efeitos analgésicos, antieméticos e relaxantes musculares, sendo indicada principalmente para o manejo da dor crônica e dos sintomas associados a doenças graves, como o câncer.

Estudos clínicos mostram que o THC é eficaz no controle de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia, muitas vezes superando os medicamentos antieméticos accidentalmente. Um estudo de Abrams et al. (2007) compararam o THC com a proclorperazina (um antiemético comum) em pacientes submetidos a quimioterapia, demonstrando que o THC foi mais eficaz na redução de náuseas e na melhora do apetite.

O THC também é amplamente utilizado no tratamento de espasticidade muscular em pacientes com esclerose múltipla, onde reduz a lesão muscular e melhora a qualidade de vida dos pacientes. Na dor neuropática, uma condição crônica de difícil manejo, o THC se mostrou eficaz em aumentar a intensidade da dor e melhorar o sono.

No entanto, o uso terapêutico do THC é acompanhado de algumas controvérsias, principalmente devido aos seus efeitos psicoativos, que podem incluir ansiedade, paranóia e comprometimento cognitivo em alguns pacientes. Esses efeitos adversos limitam sua facilidade como terapia de primeira linha e destacam a necessidade de mais pesquisas para melhorar suas aplicações clínicas e desenvolver formulações que minimizem os riscos associados.

O EFEITO ENTOURAGE: A INTERAÇÃO ENTRE CANABINÓIDES E TERPENOS

Além dos efeitos isolados do CBD e do THC, a *cannabis* possui um efeito sinérgico conhecido como efeito entourage. Esse efeito ocorre quando diferentes canabinoides e compostos menores presentes na planta, como os terpenos e flavonoides, interagem entre si para produzir efeitos terapêuticos mais potentes e equilibrados do que quando usados isoladamente. O efeito entourage sugere que a utilização de extratos integrais de *cannabis*, que preservam a complexidade química da planta, pode ser mais eficaz para o tratamento de algumas condições.

O extrato completo da planta é utilizado (incluindo todos os canabinoides, terpenos, flavonoides, entre outras substâncias) e não apenas partes isoladas.

Protocolos médicos que incluem o CBD (canabidiol) e a *cannabis* full espectro — que preservam todas as substâncias da planta, incluindo o THC — trazem benefícios no tratamento de condições como esclerose múltipla, lesão medular e fibromialgia, entre outras.

Os medicamentos à base de *cannabis* atuam na modulação do dor, estimulando receptores químicos no organismo e auxiliando no reequilíbrio da comunicação entre neurotransmissores e células nervosas.

REGULAMENTAÇÃO DA *CANNABIS* MEDICINAL NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

A regulamentação da *cannabis* medicinal no Brasil é um tema cercado de controvérsias e desafios, refletindo a complexidade política e social que envolve o uso da planta no país. A evolução desse debate,

embora lenta, tem avançado significativamente desde 2014, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) permitiu pela primeira vez a importação de produtos à base de canabidiol (CBD) para o tratamento de epilepsia refratária. No entanto, a ausência de um marco regulatório robusto e inclusivo ainda impede que a *cannabis* medicinal seja amplamente utilizada como uma terapia disponível para todos os brasileiros que dela dependem. Atualmente, a regulamentação brasileira está fragmentada, e há falta de clareza sobre aspectos como cultivo, produção, distribuição e prescrição continua a limitar o acesso a tratamentos que poderiam melhorar a qualidade de vida de milhares de pessoas.

O processo de regulamentação da *cannabis* medicinal no Brasil começou de forma reativa, motivado pela pressão de grupos de pacientes e familiares que buscavam desesperadamente alternativas para tratar condições neurológicas graves e refratárias. Em 2014, a luta de mães de crianças com epilepsia severa ganhou grande repercussão pública e midiática, levando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA) a autorizar a importação de produtos à base de CBD em caráter excepcional e individual. Essa autorização foi um marco inicial, mas também evidenciou a falta de uma política pública mais ampla para a incorporação de tratamentos à base de *cannabis* no sistema de saúde.

Vale explicar que a RDC é a sigla para Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária(Anvisa). As RDC são regulamentações técnicas que determinam as condições e processos de

segurança para as áreas reguladas pela Anvisa, como alimentos, medicamentos e cosméticos.

A regulamentação inicial limitava o uso do CBD às condições neurológicas específicas, como a epilepsia refratária, exigindo a apresentação de laudos médicos e autorizações prévias. Esse processo burocrático e demorado, que envolveu a aprovação de caso de importação a caso, tornou o tratamento inacessível para a maioria dos pacientes devido ao alto custo dos medicamentos importados e à dificuldade de obtenção do autor.

Mesmo com o avanço das normativas que permitiram a importação, como a RDC nº 17/2015, que regulamentou as regras para a importação de produtos derivados de *cannabis*, a falta de acesso universal e a ausência de uma política de apoio financeiro continuam sendo obstáculos para a democratização do tratamento. Ainda, a exigência de um acompanhamento médico constante para a renovação das autorizações e o custo elevado de produtos estrangeiros fazem com que a maioria dos pacientes ainda dependa de ações judiciais para garantir seu direito ao tratamento.

A regulamentação brasileira começou a avançar em 2014, com a autorização da importação de produtos à base de CBD pela ANVISA, destinada ao tratamento de epilepsias refratárias. Desde então, novas resoluções, como a RDC nº 327/2019, estabeleceram normas para a produção e comercialização de produtos de *cannabis* no país, mas ainda com limitações significativas.

A PRIMEIRA REGULAMENTAÇÃO PARA PRODUÇÃO NACIONAL: RDC Nº 327/2019

Um avanço significativo na regulamentação ocorreu em 2019, com a publicação da RDC nº 327/2019 pela ANVISA, que estabeleceu as regras para a fabricação e comercialização de produtos de *cannabis* no Brasil. Essa resolução marcou um importante passo para a produção nacional de medicamentos à base de *cannabis*, permitindo que empresas brasileiras produzissem e comercializassem produtos derivados da planta, desde que seguissem rigorosos padrões de qualidade e segurança.

No entanto, a RDC nº 327/2019 também trouxe limitações importantes: a principal delas é a proibição do cultivo doméstico e associativo de *cannabis* para fins medicinais. A normativa restringe a produção aos insumos importados, o que significa que mesmo os medicamentos produzidos localmente dependem da matéria-prima vinda do exterior, mantendo os custos elevados e limitando a capacidade de desenvolvimento de uma cadeia produtiva nacional. Igualmente, as empresas interessadas em produzir medicamentos à base de *cannabis* precisam cumprir requisitos complexos de segurança e controle, o que dificulta a entrada de pequenas empresas e associações de pacientes no mercado regulado.

Esse modelo regulatório, embora represente um avanço em termos de oferta de produtos nacionais, ainda não garante o acesso universal e equitativo a esses tratamentos, e deixa muitos pacientes à margem do sistema formal de saúde, forçando-os a recorrer à judicialização ou ao mercado informal. O preço dos medicamentos produzidos sob a RDC nº

327/2019 ainda é elevado, e a oferta é limitada a poucas farmácias e distribuidores autorizados, concentrados principalmente em grandes centros urbanos.

Embora a RDC nº 327/2019 tenha permitido a produção local, a proibição do cultivo doméstico mantém a dependência de insumos importados, elevando os custos e restringindo o acesso. Segundo Lopes Oliveira (2021), “a exclusão do cultivo doméstico contraria o princípio da equidade, limitando o direito à saúde dos mais vulneráveis”.

FORMAS DE ACESSO AO CANABIDIOL NO BRASIL: REGULAÇÃO E PROCEDIMENTOS

O acesso ao canabidiol (CBD) no Brasil, um derivado da *cannabis sativa* reconhecido por suas propriedades terapêuticas, está inserido em um complexo arcabouço regulatório estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). As normativas vigentes delineiam duas formas principais de obtenção do produto: a aquisição direta no mercado interno e a importação de produtos fabricados no exterior. Ambas representam marcos no cenário regulatório, mas ainda enfrentam desafios estruturais relacionados à equidade no acesso.

A aquisição direta no mercado interno, regulamentada pela Resolução RDC nº 327/2019, possibilita a comercialização de medicamentos à base de canabidiol em farmácias e drogarias autorizadas em todo o território nacional. Para tanto, é necessário que o paciente apresente uma prescrição médica com receita especial, emitida por profissional devidamente habilitado, e que o medicamento esteja previamente autorizado ou registrado pela Anvisa. Essa medida foi

celebrada como um marco na política pública de saúde, uma vez que amplia o acesso à terapêutica de maneira prática e regulamentada. Contudo, o alto custo dos medicamentos disponíveis em farmácias ainda limita significativamente o alcance dessa modalidade, excluindo grande parte da população brasileira, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade econômica.

Paralelamente, a Resolução RDC nº 660/2022 regula a importação de produtos derivados de *cannabis* fabricados no exterior. Essa alternativa, mais flexível, permite que os pacientes ou seus responsáveis legais realizem um cadastro no sistema da Anvisa e solicitem autorizações específicas para cada importação. Embora a prescrição médica seja obrigatória, não há exigência de receita especial, o que simplifica o processo. Por outro lado, a importação possibilita o acesso a uma maior variedade de produtos, incluindo formulações específicas não disponíveis no mercado nacional, atendendo a necessidades terapêuticas personalizadas, especialmente para doenças raras ou refratárias. No entanto, os custos envolvidos na importação também são altos, o que restringe o alcance dessa modalidade a uma pequena parcela da população.

Quadro explicativo das RDC sobre a *cannabis* no Brasil (2015-2022)

RDC	Assunto	Impacto
RDC nº 3/2015	Reclassifica o CBD de substância proscrita para prescrição médica controlada.	Primeira regulamentação que autoriza o uso controlado do CBD no Brasil.
RDC nº 17/2015	Define critérios para importação; em caráter excepcional; de produtos à base de Canabidiol por pessoa física mediante prescrição médica.	Facilitou a importação de produtos à base de CBD para tratamentos médicos específicos.

RDC nº 66/2016	Reclassifica o THC de substância proscrita para prescrição médica controlada.	Ampliou o uso medicinal ao incluir o THC sob controle médico.
RDC nº 128/2016	Amplia os critérios de importação e acrescenta produtos à base de Canabidiol em associação com outros canabinoides.	Garantiu maior abrangência para tratamentos que combinam diferentes canabinoides.
RDC nº 130/2016	Atualiza normas para registro de medicamentos à base de <i>cannabis</i> no Brasil.	Simplificou o registro de medicamentos à base de <i>cannabis</i> no Brasil.
RDC nº 156/2017	Inclui a <i>cannabis sativa</i> na Lista de Denominações Comuns Brasileiras (DCB) como planta medicinal.	Reconheceu oficialmente a <i>cannabis</i> como planta medicinal no país.
RDC nº 306/2019	Simplifica os trâmites administrativos para importação de produtos à base de Canabidiol.	Desburocratizou processos para pacientes que necessitam importar medicamentos à base de CBD.
RDC nº 327/2019	Regulamenta a comercialização e fabricação de produtos de <i>cannabis</i> para fins medicinais no Brasil.	Estabeleceu um marco regulatório para a produção nacional de produtos medicinais à base de <i>cannabis</i> .
RDC nº 335/2020	Define critérios e procedimentos para importação de produtos derivados de <i>cannabis</i> por pessoa física para uso próprio.	Ampliou a acessibilidade ao garantir procedimentos claros para uso individual.
RDC nº 660/2022	Atualiza e consolida normas para registro; importação e fabricação de produtos à base de <i>cannabis</i> ; ampliando as possibilidades de acesso.	Consolidou avanços regulatórios e reforçou a segurança jurídica para acesso ao uso medicinal da <i>cannabis</i> .

O cenário regulatório brasileiro, embora tenha avançado significativamente nos últimos anos, apresenta lacunas que perpetuam a exclusão social e econômica no acesso ao canabidiol. A judicialização da saúde, recorrente no contexto da *cannabis* medicinal, expõe a ineficiência de políticas públicas estruturadas e abrangentes. Muitos pacientes ainda dependem de decisões judiciais para obter autorização para o cultivo

doméstico da planta, uma prática que, embora amplamente regulamentada em outros países, permanece proibida no Brasil. Essa proibição impõe uma barreira adicional à autonomia dos pacientes, que poderiam reduzir os custos associados ao tratamento por meio do autocultivo ou de associações que promovem o cultivo comunitário.

A análise das normativas vigentes desde 2015 evidencia um esforço progressivo da Anvisa em criar um ambiente regulatório para o uso medicinal da *cannabis* no Brasil. A reclassificação do canabidiol e do tetraidrocanabinol (THC) como substâncias de uso controlado, as normativas sobre importação, e a inclusão da *cannabis sativa* na Lista de Denominações Comuns Brasileiras (DCB) foram passos fundamentais para consolidar o uso medicinal no país. Entretanto, a efetividade dessas medidas está condicionada à superação de desafios como o alto custo dos produtos, a ausência de um mercado nacional competitivo e a falta de políticas públicas inclusivas.

A última atualização significativa, introduzida pela RDC nº 660/2022, consolidou avanços ao permitir a importação direta de produtos, reduzindo a necessidade de judicialização e garantindo acesso a tratamentos inovadores. A eventual revogação dessa norma, defendida por alguns setores, tem gerado preocupações entre pacientes e especialistas, pois tal medida restringiria as opções terapêuticas, impactando negativamente o acesso a medicamentos para doenças raras e refratárias. A manutenção dessa resolução é indispensável para assegurar alternativas personalizadas e para evitar o monopólio de tratamentos, preservando o

direito dos pacientes à liberdade terapêutica e ao acesso a produtos de qualidade, regulamentados internacionalmente.

O avanço da regulamentação da *cannabis* medicinal no Brasil depende de um marco regulatório robusto, que contemple a democratização do acesso por meio de políticas públicas inclusivas, incentivo à pesquisa científica e fortalecimento da cadeia produtiva nacional. Sem essas medidas, o país corre o risco de perpetuar um modelo excludente, onde apenas uma parcela privilegiada da população tem acesso a tratamentos essenciais.

A adoção de um modelo mais abrangente e equitativo pode transformar o Brasil em uma referência na regulação da *cannabis* medicinal, promovendo não apenas avanços científicos, mas também justiça social e bem-estar para todos os pacientes que dependem desse tratamento.

CAPÍTULO 04

**DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À *CANNABIS* MEDICINAL PELO
SUS**

DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À *CANNABIS MEDICINAL* PELO SUS

A democratização do acesso no uso terapêutico da *cannabis* no Brasil é uma questão de extrema relevância para a garantia do direito constitucional à saúde e à dignidade humana. Embora avanços regulatórios tenham sido alcançados nos últimos anos, ainda há uma série de barreiras legais, econômicas, políticas e sociais que precisam ser enfrentadas para transformar a *cannabis medicinal* em um tratamento amplamente acessível. Esse debate ganha ainda mais força em um país marcado por desigualdades estruturais, que impedem milhões de brasileiros de terem acesso a terapias eficazes. Este capítulo aborda, de forma detalhada, os principais desafios, possibilidades e impactos da democratização da *cannabis medicinal*, com foco na sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

BARREIRAS LEGAIS E ECONÔMICAS

Historicamente, a *cannabis* foi inserida no rol de substâncias proibidas por meio de convenções internacionais e legislações nacionais, que consolidaram um modelo proibicionista durante o século XX. O Brasil, signatário da Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 através da ONU, impossibilita o uso e cultivo da planta como um entorpecente sem valor terapêutico reconhecido, influenciando diretamente a política; em vista disso, temos a aprovação e promulgação da Lei de Entorpecentes de 1976 e, de forma mais específica, a Lei de Drogas de 2006. Ambas as legislações atuaram como a principal

ferramenta para criminalizar o cultivo e uso da planta; por conta disso, o potencial terapêutico da planta foi negado através da proibição de seu cultivo e produção, tornando a regulamentação extremamente restritiva.

Embora a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 327/2019 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tenha permitido a produção de medicamentos à base de *cannabis* no Brasil, a exigência de importação da matéria-prima mantém os custos elevados. Essa dependência cria uma barreira econômica significativa para os pacientes, uma vez que os preços dos medicamentos disponíveis no mercado são muito altos, inviabilizando o tratamento para grande parte da população.

De acordo com Rodrigues (2024), a dependência de importações é um dos principais fatores que inviabilizam a democratização do acesso:

"A ausência de uma política nacional de produção e cultivo controlado mantém os medicamentos fora do alcance das classes menos favorecidas, perpetuando a desigualdade no acesso à saúde."

Como aponta Vespasiano dos Santos (2023):

"A dependência de insumos importados inviabiliza a democratização do acesso e mantém os medicamentos inacessíveis para as populações mais vulneráveis" (p. 17).

Por tais motivos, a principal barreira para o acesso à *cannabis* medicinal no Brasil é de natureza econômica. Os altos custos associados aos medicamentos à base de *cannabis* tornam inviável o tratamento para uma grande parcela da população, especialmente aqueles em condições de vulnerabilidade socioeconômica. Como aponta Rauen e Toporoski (2024), esse modelo cria uma dependência econômica prejudicial ao desenvolvimento de uma cadeia produtiva nacional, limitando a oferta e encarecendo os medicamentos.

Estudos recentes demonstram que a inclusão desses medicamentos no SUS é capaz de promover maior equidade no acesso, eliminando as disparidades regionais e financeiras.

Vale refletir segundo o pensamento de Sidarta Ribeiro (2023, p.59):

“O fato inquestionável é que a maconha é uma planta extremamente útil, herdada de quem veio muitíssimo antes de nós. Não honrar, celebrar e disseminar esse legado ancestral é ao mesmo tempo herético e estúpido. Na verdade, o problema não é exatamente a legalização da maconha, pois seu uso terapêutico está efetivamente autorizado no Brasil desde 2017, quando passou a ser importado e vendido nas farmácias um spray nasal à base de *cannabis* para tratar a espasticidade provocada pela esclerose múltipla. Um frasco com 30 mililitros contendo 27 mg/ml de THC e 25 mg/ml de CBD é vendido atualmente por cerca de 3 mil reais. A maconha está, portanto, perfeitamente legalizada no Brasil há vários anos, mas isso se aplica apenas aos materialmente mais ricos.”

Outrossim, os critérios burocráticos estabelecidos para a obtenção de autorizações, como a necessidade de laudos médicos, receitas controladas e aprovações individuais, dificultam o acesso ao tratamento, especialmente para pacientes que residem em regiões mais afastadas ou que dependem do sistema público de saúde. Esse cenário se agrava pela falta de subsídios financeiros e políticas de financiamento que poderiam facilitar o acesso aos medicamentos à base de *cannabis*.

Segundo Jorge Lauter, *Advogado cannábico*, em entrevista ao Sechat, afirma que a produção nacional possibilitaria um acesso mais amplo aos tratamentos à base da planta, além de reduzir os custos dos medicamentos para os pacientes. A ausência de uma legislação clara tem gerado prejuízos financeiros.

Para Emílio Figueiredo, a demora na norma impõe um alto custo ao país. “O custo dessa morosidade do governo é altíssimo, com impactos financeiros e sociais imensuráveis”, afirmou durante sua participação no 4º Guia Sechat da *cannabis*.

FRAGMENTAÇÃO NORMATIVA E DESIGUALDADES REGIONAIS

A fragmentação normativa no Brasil destaca uma preocupante desigualdade no acesso, refletindo a ausência de uma regulamentação federal abrangente e unificada.

Leis relacionadas à *cannabis* medicinal já foram aprovadas em diversos estados brasileiros, mas não significa que todos já estejam em vigor.

Há duas vias possíveis para a incorporação da *cannabis* medicinal pelo SUS: uma delas é por meio do Congresso Nacional, que pode aprovar uma legislação específica sobre o tema; a outra é via Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), órgão ligado ao Ministério da Saúde, responsável por avaliar a inclusão de novas terapias no sistema público.

Enquanto estados como São Paulo e Santa Catarina têm se destacado pela implementação de iniciativas locais que oferecem medicamentos à base de *cannabis* por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), outras regiões permanecem inertes, perpetuando disparidades regionais e deixando uma parcela significativa da população desassistida.

No Estado de São Paulo, a Lei nº 17.618/2023 representa um marco ao instituir a política estadual de fornecimento gratuito de medicamentos à

base de canabidiol (CBD) pelo Sistema de saúde estadual. Contudo, sua aplicação é restrita a condições específicas, como a síndrome de Dravet, a síndrome de Lennox-Gastaut e o complexo da esclerose tuberosa, deixando de fora uma gama de patologias para as quais a *cannabis* medicinal poderia ser eficaz. Embora a regulamentação dessa lei tenha sido realizada por meio do Decreto nº 68.233/2023, que coloca a responsabilidade do fornecimento dos medicamentos sobre a Secretaria de Estado da Saúde, a implementação da legislação vem ocorrendo de forma lenta e com escopo limitado.

Enquanto isso, o Estado de Santa Catarina inovou no direito de acesso aos medicamentos. A Lei Estadual nº 19.136/2024, foi além da legislação regulamentada anteriormente em São Paulo ao expandir as condições de cobertura para mais doentes e patologias. A maior abrangência da lei, embora louvável, mantendo a irresponsabilidade federal restrita, ilustra a desigualdade de acesso às terapias existente entre as regiões

Por outro lado, Santa Catarina foi pioneira em estender o acesso aos medicamentos. A criação da Lei Estadual nº 19.136/2024 foi além das resoluções paulistas ao ampliar as condições de cobertura para mais doentes e patologias. No entanto, o restrito alcance das iniciativas, embora louvável, mantém a irresponsabilidade federal restrita e ilustra a disparidade de acesso às terapias entre as regiões.

Essa realidade evidencia a urgência de uma regulamentação federal que unifique e harmonize as políticas existentes, garantindo equidade no acesso aos medicamentos em todas as unidades federativas. A ausência de

um marco regulatório robusto gera um cenário de incertezas e desigualdades, obrigando pacientes de estados sem políticas locais a recorrerem à judicialização como única alternativa para assegurar seu direito à saúde. Esse recurso ao Judiciário não apenas sobrecarrega o sistema de saúde pública, mas também exacerba as desigualdades sociais, uma vez que nem todos os pacientes possuem os recursos financeiros e jurídicos necessários para ingressar com ações judiciais.

Do ponto de vista legislativo, o Brasil ainda carece de um arcabouço normativo que contemple aspectos fundamentais, a produção local em larga escala e a distribuição acessível de medicamentos à base de *cannabis*. Embora a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tenha promovido avanços com normas como a RDC nº 327/2019, que regulamentou a produção nacional sob condições rígidas e a RDC nº 335/2020, que simplificou as importações, tais medidas permanecem insuficientes frente à demanda crescente e aos desafios logísticos e econômicos do país.

Ela defende a aprovação de um marco legal no Congresso. Em termos de segurança jurídica, previsibilidade orçamentária e maior proteção à dignidade e ao direito à saúde dos pacientes em vulnerabilidade, é salutar que o Congresso caminhe para um arcabouço normativo.

No contexto brasileiro, a implementação desse marco regulatório federal deve ser acompanhada de políticas públicas que promovam o monitoramento estatal, assegurando tanto a qualidade dos medicamentos quanto a equidade no acesso. Essa regulamentação também deve contemplar a descentralização da produção, permitindo que estados e

municípios contribuem para a ampliação da oferta, sem, contudo, perpetuar disparidades territoriais. Somente com esse marco regulatório federal abrangente será possível superar as desigualdades regionais, garantindo que todos os brasileiros, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica, tenham acesso a tratamentos eficazes e seguros.

A incorporação de medicamentos derivados da *cannabis* no SUS exemplifica a relevância das políticas públicas na promoção do direito à saúde. Embora a legislação federal ainda apresente lacunas quanto à regulamentação desse tipo de tratamento, algumas iniciativas estaduais e municipais têm buscado garantir o acesso a esses medicamentos para pacientes que necessitam dessa terapia. Essas medidas evidenciam que a construção de políticas de saúde não deve depender exclusivamente de diretrizes federais, mas pode ser impulsionada por iniciativas descentralizadas que atendam às necessidades locais. Dessa forma, torna-se evidente que a formulação de políticas públicas voltadas à saúde deve considerar o princípio da igualdade material, garantindo que todas as pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a tratamentos eficazes.

Esta é uma etapa obrigatória para a construção de uma política de saúde pública inclusiva e alinhada às demandas de uma sociedade que clama por justiça social e direito à saúde.

JUDICIALIZAÇÃO COMO SOLUÇÃO TEMPORÁRIA

A judicialização da saúde emergiu como uma estratégia central para assegurar o acesso à *cannabis* medicinal no Brasil. Pacientes com condições graves, como epilepsia refratária e dor neuropática, recorrem ao Judiciário em busca de medicamentos ou para obter o direito ao cultivo doméstico. Decisões judiciais têm favorecido famílias a cultivar a planta sem medo de serem punidos criminalmente. Embora efetiva ao lidar com casos específicos, ela é uma estratégia limitada à escala nacional.

Outra desvantagem da judicialização é que ela expõe às desigualdades profundas que afetam o sistema de saúde do Brasil. Pacientes com maior poder aquisitivo e acesso à informação jurídica possuem mais facilidade de recorrer ao tribunal. Esse grupo é menos suscetível aos atrasos e revesses do sistema judiciário e, portanto, mais provável de obter acesso à planta. Da mesma forma, a proporção de casos variam substancialmente dependendo da localização do paciente. Em última análise, a judicialização tem efeitos desiguais sobre as pessoas no país, afetando mais negativamente as pessoas mais vulneráveis. Por fim, embora ela possa ter limitações substanciais, a judicialização tem facilitado alguns ganhos regulatórios. Por exemplo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), permitiu a importação de produtos à base de canabidiol (CBD) em 2014. Esse avanço foi catalisado por casos emblemáticos, como o da jovem Anny Fischer, que possuía síndrome CDKL5 e dependia de medicamentos derivados de *cannabis* para seu tratamento.

Ainda que as decisões judiciais sejam um paliativo necessário em contextos de lacunas regulatórias, elas não podem substituir a construção de um marco legal que elimine a dependência do Judiciário. A ausência de políticas públicas abrangentes, aliada à falta de regulamentação clara, perpetua a desigualdade no acesso e fragiliza a sustentabilidade do sistema público de saúde. A judicialização, portanto, cumpre uma função emergencial, mas expõe a necessidade urgente de reformas estruturais que garantam o acesso equitativo à saúde.

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil é consequência de múltiplos fatores interligados. Entre os principais, destaca-se a ausência de medicamentos e tratamentos essenciais em unidades do SUS. Embora estejam previstos na lista de medicamentos essenciais, a falta de logística eficiente e problemas de distribuição comprometem a oferta regular desses itens. Essa falha estrutural obriga pacientes a recorrerem ao Judiciário para assegurar o acesso a tratamentos que, em teoria, deveriam estar disponíveis.

Outro fator é a busca por medicamentos não incorporados ao SUS. Pacientes frequentemente necessitam de tratamentos de alto custo, recomendados por médicos particulares ou disponíveis no setor privado, mas que ainda não passaram pela avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). As decisões liminares, nesses casos, acabam determinando a aquisição desses medicamentos pelo sistema público, gerando impactos financeiros consideráveis.

Ademais, a regulação de tecnologias de saúde no Brasil muitas vezes não acompanha o ritmo das inovações globais. Essa defasagem faz

com que pacientes e associações civis pressionem o Judiciário para obter acesso a terapias que já são amplamente utilizadas em outros países. Paralelamente, a atuação de grupos de pressão, como associações de pacientes e indústrias farmacêuticas, também contribui para o aumento da judicialização. Essas organizações mobilizam demandas judiciais em massa, criando desafios para a gestão orçamentária e logística do SUS.

Uma das manifestações mais evidentes da judicialização é o pedido de habeas corpus preventivo para o cultivo doméstico de *cannabis*. Essa medida tem se mostrado indispensável para pacientes que não possuem condições financeiras de adquirir medicamentos importados ou industrializados. O cultivo doméstico, embora paliativo, representa a única alternativa viável para muitos pacientes que dependem de tratamentos contínuos com derivados da *cannabis*.

Vejamos a Decisão no Habeas Corpus do Superior Tribunal de Justiça nº 927094 - MG (2024/0244724-4):

“Ante o exposto, concedo a ordem para expedir salvo-conduto, a fim de impedir que qualquer órgão de persecução penal, como Polícias Civil, Militar e Federal, Ministério Público estadual ou Ministério Público Federal, turbe ou embarace o cultivo suficiente para colher até 32 plantas por mês e importar sementes de *cannabis sativa* por ano, para uso exclusivo próprio, enquanto durar o tratamento, nos termos de autorização médica, a ser atualizada anualmente, que integra a presente ordem, até a Documento eletrônico VDA43762416 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006 regulamentação do art. 2º, parágrafo único, da Lei n. 11.343/2006”.

A jurisprudência brasileira tem evoluído no sentido de reconhecer que o direito à saúde, garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal, deve prevalecer sobre as normas penais. Decisões judiciais têm autorizado

o cultivo doméstico para fins terapêuticos, desde que acompanhado por laudos médicos que justifiquem a necessidade do tratamento. Apesar desse avanço, essa iniciativa revela-se insuficiente para solucionar a desigualdade no acesso, uma vez que os benefícios do cultivo doméstico estão limitados aos pacientes que possuem recursos financeiros e jurídicos para judicializar suas demandas.

IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

Embora a judicialização seja fundamental para garantir o tratamento de pacientes em situações emergenciais, ela gera impactos significativos na estrutura e no funcionamento do sistema público de saúde. Um dos principais efeitos é a desorganização orçamentária do SUS, que frequentemente é obrigado a adquirir medicamentos fora de seu planejamento financeiro. Souza (2018) ressalta que essas decisões comprometem a previsibilidade orçamentária, prejudicando a alocação de recursos para ações coletivas e prioritárias.

Segundo Souza (2018), a judicialização reflete as falhas estruturais do sistema de saúde:

“A busca pela *cannabis* medicinal no Judiciário evidencia a ineficiência do modelo regulatório e expõe a desigualdade estrutural do sistema de saúde brasileiro”.

Dessa maneira, a judicialização gera impactos financeiros consideráveis para o SUS. Estudos demonstram que as compras emergenciais de medicamentos via determinação judicial são até 30% mais caras do que as aquisições planejadas por meio de processos administrativos regulares (Siqueira & Farias, 2021). Portanto, a regulação

da *cannabis* medicinal não apenas democratizaria o acesso, mas também reduziria os custos do sistema público de saúde, promovendo maior eficiência na gestão dos recursos públicos.

Ademais, a dependência de medicamentos importados sobrecarrega o sistema, uma vez que os custos elevados são absorvidos pelo SUS. A falta de produção nacional de derivados de *cannabis* agrava essa situação, limitando a capacidade do sistema de atender a demandas crescentes. Em muitos casos, as decisões judiciais obrigam a aquisição de tratamentos sem que tenha havido avaliação técnica pela CONITEC, o que compromete a sustentabilidade e a eficiência do gasto público.

Outro impacto relevante é a perpetuação da desigualdade no acesso. Enquanto alguns pacientes conseguem garantir tratamento por meio do Judiciário, outros, sem conhecimento ou recursos, permanecem desassistidos. Essa disparidade contradiz os princípios de universalidade e equidade que fundamentam o SUS, evidenciando a necessidade de políticas públicas que promovam o acesso universal e igualitário.

Desse modo, a judicialização da saúde desempenha uma função estratégica na garantia do direito à saúde em um cenário de lacunas regulatórias e desigualdades estruturais. Contudo, sua eficácia é limitada a curto prazo e gera desafios significativos para a sustentabilidade do sistema público. Para superar essas limitações, é imperativo que o Brasil invista em políticas públicas que assegurem o acesso universal à *cannabis* medicinal, eliminando a dependência do Judiciário.

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS: MODELOS DE SUCESSO

Enquanto o Brasil ainda trava discussões iniciais sobre a incorporação da *cannabis* medicinal no SUS, outros países já transformaram essa pauta em política pública concreta, centrada na saúde, na dignidade e no acesso equitativo. Essas nações não apenas avançaram em termos regulatórios, mas também demonstraram que é possível construir sistemas sustentáveis, inclusivos e cientificamente sólidos.

A observação dessas experiências não deve ser feita com o olhar da comparação ingênuo, mas sim com a escuta atenta de quem busca aprender. Canadá, Israel, Alemanha, Estados Unidos e Uruguai oferecem lições valiosas — cada um à sua maneira — sobre como estruturar um modelo de *cannabis* medicinal que respeite o paciente e amplie as possibilidades terapêuticas. A análise de seus caminhos pode ajudar o Brasil a construir uma proposta robusta, ética e viável, adaptada à nossa realidade social, econômica e institucional.

O debate sobre a regulamentação da *cannabis* medicinal no Brasil pode se beneficiar enormemente das experiências internacionais. Diversos países ao redor do mundo têm implementado políticas públicas que permitem o uso terapêutico da *cannabis*, adotando modelos regulatórios variados que vão desde a distribuição controlada até o cultivo doméstico e o uso associativo. Analisar esses modelos de sucesso é fundamental para compreender como diferentes abordagens podem ser adaptadas ao contexto brasileiro, a fim de garantir um acesso equitativo, seguro e eficaz ao tratamento. Países como Canadá, Israel, Estados Unidos, Alemanha e Uruguai oferecem lições valiosas que podem ser utilizadas para orientar o

desenvolvimento de uma política pública robusta para a *cannabis* medicinal no Brasil.

O MODELO CANADENSE: A INTEGRAÇÃO DA CANNABIS MEDICINAL EM UM SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO

O Canadá é amplamente reconhecido como um dos pioneiros na regulamentação da *cannabis* medicinal. Em 2001, o país se tornou o primeiro a criar um programa nacional para o uso terapêutico da planta, após decisões judiciais que reconheceram o direito dos pacientes de usar a *cannabis* como tratamento para condições graves. O modelo canadense é caracterizado por sua flexibilidade e acessibilidade, permitindo aos pacientes escolherem entre a compra de produtos em dispensários licenciados, a importação de medicamentos, e até o cultivo doméstico para uso pessoal.

No Canadá, a regulamentação é gerenciada pela Health Canada, a agência nacional de saúde, que supervisiona o cultivo, a produção e a distribuição de produtos de *cannabis*. A legislação permite que os pacientes, mediante prescrição médica, tenham acesso a uma ampla variedade de formas farmacêuticas, incluindo óleos, cápsulas, flores secas e tópicos. Outrossim, o programa canadense inclui uma política de reembolso parcial para medicamentos prescritos, o que facilita o acesso aos tratamentos para aqueles que não possuem recursos financeiros suficientes.

Um dos aspectos mais interessantes do modelo canadense é a opção pelo cultivo doméstico. Pacientes registrados têm o direito de cultivar suas

próprias plantas ou de designar um cuidador para fazer isso em seu nome. Esse sistema reduz significativamente o custo do tratamento e permite que os pacientes tenham maior controle sobre sua terapia, uma vez que podem ajustar as concentrações e tipos de canabinoides de acordo com suas necessidades individuais.

De acordo com a análise de Ferraz e Meira (2023), o modelo canadense regula de forma integrada todas as etapas — do cultivo à dispensação de medicamentos — permitindo inclusive que pacientes, sob condições específicas, cultivem suas próprias plantas para uso terapêutico. Essa possibilidade de cultivo domiciliar amplia o controle do paciente sobre seu tratamento, além de reduzir custos e estimular uma relação mais participativa e consciente com a terapia.

A experiência canadense também demonstra a importância de integrar a *cannabis* medicinal ao sistema de saúde, permitindo que médicos e farmacêuticos atuem como intermediários qualificados para orientar os pacientes sobre o uso correto da planta. A inclusão da *cannabis* medicinal no sistema público de saúde do Canadá, com apoio financeiro e supervisão profissional, reflete um compromisso com a universalidade do acesso e a promoção da saúde integral.

O MODELO ISRAELENSE: PESQUISA CIENTÍFICA COMO PILAR DO SUCESSO REGULATÓRIO

Israel é considerada o epicentro global da pesquisa em cannabis medicinal, e o modelo israelense é frequentemente citado pela literatura como um exemplo a ser seguido por outros países. Desde a década de 1990, o país desenvolveu um modelo baseado em evidências científicas. Nesse

sentido, a pesquisa de cannabis medicinal é diretamente integrada ao sistema público de saúde. O Ministério da Saúde de Israel é responsável por todo o processo, desde a concessão de licenças para cultivo até a distribuição dos produtos aos pacientes.

A própria abordagem adotada em Israel é caracterizada pelo respeito às descobertas científicas, visto que todas as pesquisas são realizadas em colaboração com as instituições acadêmicas e hospitalares. A pesquisa principal é focada nos mecanismos de ação das substâncias canabinóides e na busca por formulações prontas e seguras. Assegura-se, então, de um lado, a legitimidade do produto como medicinal, do outro, facilita-se a aceitabilidade pela comunidade médica e pela população.

É necessário observar que o modelo israelense permite que os pacientes inscritos no programa de cannabis medicinal recebam os medicamentos diretamente do sistema público de saúde ou de farmácias especializadas, com apoio financeiro para aqueles que não conseguirem pagar. A política do reembolso, juntamente com a distribuição direta de produtos de alta qualidade e padronizados, garante que o acesso seja equitativo e seguro, independentemente da condição socioeconômica dos pacientes.

O sucesso do referido modelo está diretamente associado ao investimento continuado em pesquisa e à formação de profissionais de saúde especializados, que também estão certificados para prescrever e monitorar a cannabis medicinal. Portanto, com base em evidências científicas, Israel conseguiu criar um serviço de saúde que vê a cannabis

mais como a maioria dos medicamentos: um medicamento como outro qualquer, regulamentado e padronizado.

Segundo Araújo; Messetti e Cruz (2024), Israel estabeleceu um ambiente regulatório robusto para a *cannabis* medicinal, no qual as indicações terapêuticas são rigidamente controladas e fundamentadas em dados científicos e experiência clínica acumulada. A criação da Unidade de *cannabis* medicinal, um órgão governamental responsável pelo monitoramento e fiscalização de toda a cadeia produtiva da *cannabis* medicinal (ISRAEL, 2011), representa um modelo seguro de regulação, alinhado às diretrizes da Convenção Única de Drogas de 1961. Esse modelo regulatório não apenas assegura a conformidade institucional com os tratados internacionais, mas também impacta diretamente na qualidade dos produtos medicinais, garantindo maior segurança e eficácia para os pacientes que fazem uso terapêutico da *cannabis*.

O sucesso de Israel deve-se, em grande parte, à forte cultura de pesquisa biomédica que envolve instituições como relata Kifah apud Sidarta Ribeiro,2023:

”Em Israel, no Instituto Technion, David Meiri e sua equipe de pesquisadores usam robôs para medir e combinar quantidades precisas de substâncias a fim de investigar de forma bem controlada a eficácia terapêutica de múltiplas combinações de canabinoides em culturas celulares derivados de tecidos extraídos do próprio paciente. Essa estratégia ”de baixo para cima” busca uma fórmula personalizada de tratamento para cada tipo de câncer, em cada estágio da doença,’ em cada indivíduo.”

Essa combinação de rigor científico, controle público e suporte financeiro gera um sistema que não apenas assegura a qualidade dos tratamentos, mas também amplia o acesso a eles, respeitando a dignidade

dos pacientes e promovendo a inovação terapêutica de maneira responsável.

O MODELO ALEMÃO: REEMBOLSO PÚBLICO E A INCLUSÃO DA CANNABIS NO SISTEMA DE SAÚDE

A Alemanha adotou um modelo híbrido para a *cannabis* medicinal, no qual o acesso ao tratamento é garantido tanto pelo sistema de saúde público quanto pelo setor privado. Desde 2017, a Lei de *cannabis* medicinal permite que pacientes com condições graves, como dores neuropáticas, espasticidade e náuseas induzidas pela quimioterapia, tenham acesso a medicamentos à base de *cannabis* mediante prescrição médica. Um dos diferenciais do modelo alemão é que os custos dos medicamentos podem ser cobertos pelo sistema público de saúde, desde que o paciente atenda a determinados critérios médicos.

A inclusão da *cannabis* no sistema de saúde pública alemão é regida por um processo rigoroso de avaliação de custo-efetividade, semelhante ao modelo de incorporação de novos tratamentos no SUS, mas com maior flexibilidade para tratamentos que se mostrem indispensáveis para a qualidade de vida do paciente. Os pacientes devem obter uma autorização especial de seus médicos para que o tratamento seja financiado pelo seguro de saúde público, o que evita a sobrecarga no sistema e permite que apenas aqueles que realmente necessitam do tratamento tenham acesso garantido.

Além do reembolso público, a Alemanha também permite que farmácias licenciadas produzam e vendam medicamentos à base de *cannabis*, seguindo padrões rigorosos de qualidade. O modelo alemão

propõe uma linha deção equilibrada entre controle rigoroso e acesso garantido, com uma supervisão estatal que garante a segurança e a eficácia dos produtos.

O MODELO DOS ESTADOS UNIDOS: FRAGMENTAÇÃO REGULATÓRIA E ACESSO DESIGUAL

Nos Estados Unidos, a regulamentação da *cannabis* medicinal varia amplamente de um estado para outro, criando um mosaico de políticas que oferecem diferentes níveis de acesso e controle. Enquanto estados como a Califórnia, Colorado e Nevada têm sistemas robustos de regulação que permitem o uso medicinal e recreativo da planta, outros estados mantêm restrições severas que limitam o acesso apenas a produtos à base de CBD ou em condições muito específicas.

A fragmentação regulatória dos Estados Unidos resulta em um cenário de acesso desigual, no qual pacientes em estados com políticas liberais podem ter acesso a uma ampla variedade de produtos e métodos de consumo, enquanto aqueles em estados mais conservadores enfrentam barreiras semelhantes às encontradas no Brasil. No entanto, o sucesso dos estados que implementaram regulamentações abrangentes, com sistemas de dispensação regulamentados e licenciamento de cultivadores, demonstra que é possível criar um mercado seguro e eficaz para a *cannabis* medicinal.

Esses estados também têm investido em políticas de equidade, como subsídios para pacientes de baixa renda e programas de cultivo associativo. De igual modo, o modelo dos Estados Unidos permite uma grande flexibilidade para a inovação, com empresas desenvolvendo

produtos cada vez mais específicos para diferentes condições médicas, o que promove uma concorrência saudável e impulsiona a qualidade dos tratamentos.

O MODELO URUGUAIO: UM SISTEMA PÚBLICO DE INCLUSÃO E CONTROLE

O Uruguai é um dos poucos países da América Latina que legalizou a *cannabis* tanto para uso medicinal quanto recreativo. O modelo uruguai é caracterizado por um forte controle estatal, no qual o Estado supervisiona toda a cadeia produtiva, desde o cultivo até a distribuição em farmácias. Para o uso medicinal, o sistema permite que pacientes registrados obtenham medicamentos padronizados em farmácias autorizadas, com controle de qualidade garantido pelo governo.

O diferencial do modelo uruguai é a inclusão do cultivo doméstico e associativo, permitindo que pacientes cultivem suas próprias plantas para uso medicinal. Essa alternativa reduz os custos e permite que o tratamento seja acessível a um número maior de pessoas. Vale ressaltar que o sistema de controle estatal evita a criação de um mercado paralelo e garante a segurança dos produtos oferecidos

PROPOSTAS PARA A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO

A democratização do acesso à *cannabis* medicinal representa um desafio fundamental para a promoção do direito à saúde no Brasil, especialmente considerando a lacuna entre o potencial terapêutico dessa planta e as barreiras impostas por elevados custos e limitações regulatórias. Neste contexto, a inclusão do tratamento com derivados de *cannabis* no

Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como uma solução urgente e viável para a ampliação do acesso universal à saúde, em conformidade com os princípios constitucionais de equidade e integralidade.

Um dos maiores desafios para a democratização é a falta de uma regulamentação inclusiva. A proibição do cultivo doméstico e associativo, aliada à alta dependência de importações, limita a produção nacional e impede a oferta de medicamentos a preços acessíveis. É urgente que o Brasil adote um modelo regulatório que contemple tanto o cultivo controlado quanto a produção nacional, permitindo que associações de pacientes, empresas e o próprio Estado participem desse processo.

Como ressalta Lopes Oliveira (2021):

“Uma regulamentação inclusiva não é apenas uma questão de viabilidade econômica, mas também um compromisso com o direito à saúde e a equidade no acesso aos tratamentos”

REGULAMENTAÇÃO DO CULTIVO DOMÉSTICO E ASSOCIATIVO

Entre todas as formas de acesso à *cannabis* medicinal debatidas atualmente no Brasil, nenhuma carrega tanto simbolismo — e urgência — quanto a do cultivo doméstico e associativo. Por trás dessa discussão jurídica e sanitária, há mães, pais, cuidadores e pacientes que transformaram suas cozinhas e varandas em pequenos laboratórios de esperança. São pessoas que, diante da recusa do Estado, decidiram plantar seu próprio remédio.

Para essas famílias, o cultivo não é uma escolha leviana. Ele surge da dor de ver um filho convulsionando sem trégua, da frustração com

medicamentos alopáticos ineficazes e, principalmente, da impossibilidade de arcar com os custos exorbitantes dos produtos industrializados. A regulamentação do cultivo doméstico e associativo, portanto, não é apenas uma medida alternativa: é um gesto de dignidade.

A ausência de normativas claras força essas famílias a viverem na corda bamba entre o cuidado e a criminalização. São inúmeras as histórias de pessoas que precisaram recorrer ao Judiciário em busca de um habeas corpus preventivo que as autorizasse a cultivar sem o risco de prisão. Nesses casos, o que está em jogo não é apenas um debate técnico sobre o uso de substâncias controladas, mas sim o reconhecimento do direito à vida e à autonomia terapêutica.

A decisão paradigmática do Habeas Corpus 783717-PR, analisada por Cassella (2024), representa um divisor de águas. O Judiciário reconheceu que a omissão legislativa sobre o tema fere diretamente os princípios constitucionais da dignidade humana e da universalidade da saúde. A decisão sinaliza que, quando o Estado se nega a garantir acesso a um tratamento comprovadamente eficaz, ele perde o direito de punir quem assume essa responsabilidade por conta própria.

Ao mesmo tempo, cresce no país o movimento associativo, com entidades civis sem fins lucrativos que se organizam para cultivar *cannabis* de maneira cooperada, com critérios técnicos, rigor sanitário e fins exclusivamente medicinais. Muitas dessas associações atuam em rede, com apoio de médicos, biólogos, farmacêuticos e advogados. Essas iniciativas representam uma verdadeira política pública informal — criada pela sociedade civil, legitimada na dor, e sustentada pela solidariedade.

O modelo associativo não apenas barateia o custo do medicamento como também humaniza o cuidado, permitindo que os pacientes e suas famílias compreendam o processo de produção, escolham a formulação ideal e compartilhem experiências terapêuticas. Segundo Barbosa (2022), essa rede de apoio se torna parte do próprio tratamento, criando laços de pertencimento e segurança que nenhuma farmácia industrial é capaz de oferecer.

Ao regulamentar o cultivo doméstico e associativo, o Brasil não estaria inovando — estaria apenas reconhecendo formalmente práticas que já salvam vidas há anos. Mais do que uma escolha técnica ou econômica, trata-se de uma decisão ética e política, que afirma o direito das pessoas de serem protagonistas do próprio cuidado, sem viverem à sombra do medo.

A regulamentação do cultivo doméstico e associativo representa um passo para democratizar o acesso à *cannabis* medicinal. Essa medida tem como objetivo principal reduzir os custos de produção e distribuição, permitindo que indivíduos e associações de pacientes cultivem a planta sob supervisão e normas claras do Estado. O cultivo associativo, em particular, representa uma solução eficaz para pacientes que não possuem recursos técnicos ou financeiros para conduzir o cultivo doméstico de forma autônoma.

Segundo Rodrigues(2024), algumas organizações possuem autorização para o cultivo associativo com fins medicinais e científicos. Entre elas, destacam-se a Associação Brasileira de Apoio *cannabis* Esperança (Abrace-PB), a Associação de Apoio à Pesquisa e Pacientes de *cannabis* (Apepi-RJ), a Associação de Pesquisadores Canapse (Canapse-

RJ) e a Cultive Associação de *cannabis* e Saúde (Cultive-SP). Paralelamente, diversas associações defendem e praticam o cultivo doméstico e associativo como forma de “desobediência civil organizada”.

Em 2021, foi criada a Federação das Associações de *cannabis* Terapêutica (FACT), com o objetivo de promover uma regulamentação justa e inclusiva da *cannabis*, vinculada à segurança social, abrangendo saúde e assistência social. A FACT busca garantir o acesso à *cannabis* medicinal para a coletividade e os hipossuficientes, articulando parcerias com o poder público e a iniciativa privada.

Em países como o Uruguai oferece um exemplo exitoso: a regulamentação do cultivo doméstico e de clubes de cultivo permitiu acesso mais amplo a tratamentos à base de *cannabis*, sem comprometer a segurança ou a eficácia do sistema. No Brasil, a legalização desse modelo contribuiria para reduzir os custos elevados associados à dependência de medicamentos importados, aumentando a autonomia de associações e pacientes. Essa regulamentação também poderia ser acompanhada de programas de capacitação técnica, orientando associações e indivíduos sobre boas práticas agrícolas e processamento seguro.

Sob a perspectiva jurídica, a permissão para o cultivo doméstico e associativo exige a superação de entraves legais existentes, como a tipificação penal do cultivo de *cannabis* para qualquer fim. Decisões judiciais recentes, como as que concedem habeas corpus preventivo para pacientes que necessitam do cultivo para uso medicinal, mostram que há espaço para uma interpretação constitucional que privilegie o direito à saúde em detrimento de normas penais desatualizadas.

INCENTIVOS PARA A PRODUÇÃO NACIONAL

O custo elevado da *cannabis* medicinal no Brasil é um reflexo direto da dependência de importados. Atualmente, a RDC nº 327/2019 da ANVISA permite a produção de medicamentos no país, mas exige que a matéria-prima seja importada, aumentando significativamente os preços (Rauen & Toporoski, 2024). Essa dependência inviabiliza o acesso de milhares de pacientes e sobrecarrega os cofres públicos, dado o alto custo das aquisições judiciais pelo SUS.

Para transformar esse cenário, o governo pode adotar políticas de incentivo fiscal para empresas interessadas na produção nacional, incluindo isenção de impostos e subsídios para infraestrutura agrícola e laboratorial. Linhas de crédito específicas também poderiam facilitar a entrada de pequenos produtores e startups no mercado, tornando os medicamentos mais acessíveis e promovendo maior competitividade.

Estudos internacionais apontam que a produção local não apenas reduz custos, mas também gera empregos e impulsiona a economia (Hubner Mendes, 2008).

Do mesmo modo, a colaboração entre universidades, centros de pesquisa públicos e o setor privado é fundamental para impulsionar a inovação. Essas parcerias podem desenvolver novas formulações, aprimorar tecnologias de extração e fortalecer a base científica para o uso medicinal da *cannabis*, posicionando o Brasil como referência global na produção de derivados da planta.

A importância dessa regulamentação ficou ainda mais evidente após a decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), em novembro de

2024, que reconheceu a viabilidade jurídica da concessão de autorizações sanitárias para empresas cultivarem e comercializarem o cânhamo industrial – uma variedade de *cannabis sativa* com teor de THC inferior a 0,3%, voltada exclusivamente para fins medicinais e farmacêuticos.

Diferente da maconha, o cânhamo industrial não possui efeitos psicoativos, o que levou o STJ a concluir que ele não se enquadra nas restrições da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006). Com isso, o tribunal determinou que órgãos reguladores, como a Anvisa e o Ministério da Agricultura, criem normas para o setor em até seis meses. No entanto, sucessivos adiamentos, incluindo um pedido recente da Advocacia-Geral da União (AGU) para prorrogar o prazo, podem atrasar ainda mais a regulamentação e impactar a produção nacional.

A democratização do acesso à *cannabis medicinal* também tem o potencial de impulsionar o desenvolvimento econômico e científico no Brasil. A criação de uma cadeia produtiva nacional para medicamentos à base de *cannabis* poderia gerar milhares de empregos diretos e indiretos, além de atrair investimentos nacionais e internacionais. Essa indústria emergente também promoveria a inovação tecnológica, fortalecendo o setor farmacêutico brasileiro.

No campo científico, a inclusão da *cannabis medicinal* no SUS incentivaria pesquisas clínicas e estudos sobre a eficácia e segurança desses tratamentos. O Brasil, com sua biodiversidade única e capacidade acadêmica, poderia se consolidar como um líder regional em estudos sobre *cannabis medicinal*, promovendo colaborações internacionais e fortalecendo sua posição no cenário global da ciência.

Diante desse cenário, é fundamental que o Brasil avance na construção de uma política sólida para a produção nacional de *cannabis* medicinal, garantindo segurança jurídica para investidores, promovendo inovação científica e assegurando que os pacientes tenham acesso facilitado a tratamentos eficazes e acessíveis.

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A eficácia do uso medicinal da *cannabis* depende diretamente do conhecimento técnico dos profissionais de saúde. No entanto, a formação inadequada de médicos e farmacêuticos sobre o tema ainda é um obstáculo significativo. Para superar essa lacuna, é necessária a criação de programas de educação continuada, além da elaboração de protocolos clínicos baseados em evidências científicas robustas. Isso não apenas garante a segurança e a eficácia do tratamento, mas também fortalece a confiança de pacientes e profissionais no uso terapêutico da planta.

A capacitação de médicos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde é outro elemento central para a democratização do acesso à *cannabis* medicinal. A falta de conhecimento técnico sobre o uso terapêutico da planta é um dos maiores obstáculos para sua prescrição e manejo seguro no Brasil. Isso ocorre porque a formação acadêmica nas áreas de saúde raramente aborda o sistema endocanabinoide e as potencialidades terapêuticas dos compostos da *cannabis*.

Muitos médicos ainda hesitam em prescrever *cannabis* por falta de formação técnica. Como aponta Silva e Albuquerque (2023), a capacitação dos profissionais da saúde — especialmente na Atenção Primária — é

condição indispensável para a expansão segura e eficaz do tratamento com *cannabis* medicinal no SUS. É necessário inserir o tema nas grades curriculares dos cursos de medicina e enfermagem e promover formação continuada nas redes públicas.

Programas de educação continuada, seminários e cursos de especialização poderiam ser implementados para sanar esse déficit. O governo, em parceria com conselhos de classe, universidades e associações médicas, poderia desenvolver diretrizes clínicas específicas para o uso de *cannabis* medicinal, baseadas em evidências científicas robustas. Essas diretrizes também devem abordar os aspectos éticos e legais envolvidos na prescrição e no manejo de medicamentos à base de *cannabis*.

Igualmente, a capacitação não deve se limitar aos profissionais médicos. É fundamental incluir enfermeiros, assistentes sociais e gestores de saúde pública no processo, garantindo que todo o sistema de atendimento esteja preparado para lidar com as demandas específicas desse tipo de tratamento.

ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE PELA CONITEC

A inclusão de medicamentos à base de *cannabis* na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e sua oferta pelo SUS exigem análises detalhadas de custo-efetividade pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Estudos internacionais mostram que, apesar dos custos iniciais elevados, os benefícios de longo prazo, como a redução de internações

hospitalares e a melhora da qualidade de vida dos pacientes, podem gerar economias significativas para o sistema público de saúde.

Dessa forma, é imprescindível que o Brasil invista em pesquisas clínicas e econômicas robustas para embasar decisões regulatórias e assegurar que a incorporação da *cannabis* medicinal ao SUS seja pautada por evidências concretas.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE FINANCIAMENTO

Uma política de financiamento robusta é vital para garantir o acesso universal à *cannabis* medicinal. A inclusão desses medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) garantiria sua distribuição gratuita pelo SUS, assegurando que pacientes em situação de vulnerabilidade econômica tenham acesso ao tratamento. Para isso, é necessário que o governo federal priorize o financiamento de medicamentos à base de *cannabis* como parte de suas políticas de equidade em saúde.

Além da inclusão na RENAME, o governo poderia criar um programa específico de subsídios para a produção e aquisição de medicamentos de *cannabis*. Esse programa poderia ser estruturado a partir de parcerias público-privadas, nas quais empresas interessadas em atuar no mercado de *cannabis* medicinal assumiriam compromissos de preço acessível e garantia de fornecimento. Outro mecanismo seria a criação de um fundo nacional para medicamentos de alto custo, com foco específico em terapias inovadoras como a *cannabis* medicinal.

Adicionalmente, a criação de políticas tributárias diferenciadas para medicamentos à base de *cannabis* – como isenção de impostos federais e estaduais – poderia contribuir para a redução dos preços finais ao consumidor e para o aumento da acessibilidade.

A criação e implementação de políticas públicas nesses campos não são apenas medidas técnicas, mas envolvem um compromisso ético e jurídico com a dignidade e o bem-estar da população. Para Smanio (2013), a legitimidade das políticas públicas está diretamente relacionada à sua capacidade de garantir a efetivação da cidadania no Estado Constitucional. O Estado tem a responsabilidade de desenvolver estratégias que assegurem a incorporação de novas tecnologias médicas, a regulação do mercado de medicamentos e a garantia de financiamento adequado para o sistema de saúde. Também é relevante a participação social nesse processo é essencial para que as políticas públicas reflitam as reais necessidades da sociedade e sejam eficazes na promoção da saúde e na redução das desigualdades.

Em vista disso, a formulação e implementação de políticas públicas voltadas à saúde são fundamentais para garantir a efetivação desse direito constitucional. Como destaca Diogo de Figueiredo Moreira Neto Carvalho apud Carvalho, políticas públicas traduzem-se como “um complexo de processos juspolíticos, destinado à efetivação dos direitos fundamentais” (Carvalho, 2019.pag.777). Esse entendimento reforça a ideia de que o direito à saúde não é apenas uma garantia abstrata, mas um compromisso jurídico e político que demanda ações concretas do Estado para sua realização.

PROPOSTAS LEGISLATIVAS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Por fim, é necessário que o processo de democratização do acesso à *cannabis* medicinal seja acompanhado de uma ampla mobilização social e do fortalecimento do diálogo entre governo, sociedade civil e setor privado. Propostas legislativas, como o Projeto de Lei nº 399/2015 e o Projeto de Lei nº 5511/2023, que propõe regulamentar o cultivo de *cannabis* para fins medicinais e industriais, devem ser amplamente debatidas e ajustadas às necessidades da população brasileira.

Atualmente, diversos projetos de lei visam permitir o cultivo comercial de *cannabis* no Brasil para fins medicinais, industriais e científicos. Entre os principais, destaque-se:

PL 399/15, de autoria do deputado Flávio Mitidieri (PSD), que propõe a regulamentação da *cannabis* para fins medicinais e industriais;

PL 4776/19, que trata da legalização do cultivo da *cannabis* para uso medicinal e científico;

PL 5511/23, da Senadora Mara Gabrilli (PSD-SP), que busca regulamentar o cultivo e a produção de *cannabis* medicinal e do cânhamo industrial;

PL 2041/24, do Deputado Jadyel Alencar, que cria o Programa Nacional de Facilitação ao acesso de tratamentos à base de canabidiol para pessoas com Transtorno do Espetro Autista;

Associações de pacientes exercem função relevante nesse processo, ao oferecer medicamentos a preços acessíveis e pressionar por mudanças legislativas. A participação ativa dessas associações na formulação de políticas públicas garante que as demandas reais dos pacientes sejam

consideradas e respeitadas. No entanto, o governo precisa assumir uma postura mais proativa, desenvolvendo políticas públicas que integrem essas iniciativas ao sistema de saúde oficial.

A colaboração desses atores mostra-se substancial para o desenvolvimento de um modelo de acesso sustentável, comprometido com o direito à saúde e a inclusão social.

Nesse panorama, a articulação entre sociedade civil, governo e setor privado é o caminho para transformar a *cannabis* medicinal em uma política de saúde pública inclusiva e eficaz.

Por fim, mas não menos importante, a democratização do acesso à *cannabis* medicinal traria benefícios diretos e mensuráveis para os pacientes. Estudos clínicos têm demonstrado que o uso terapêutico da *cannabis* pode proporcionar alívio significativo de sintomas em condições crônicas e debilitantes, como epilepsia refratária, esclerose múltipla e dores neuropáticas. Esses tratamentos não apenas melhoram a qualidade de vida dos pacientes, mas também promovem sua inclusão social e dignidade humana.

Nesse cenário, o acesso à *cannabis* medicinal pode reduzir a dependência de medicamentos convencionais, como opioides e anti-inflamatórios, promovendo uma conduta mais segura e sustentável para o manejo de doenças. Isso também tem o potencial de aliviar a pressão sobre o sistema de saúde, uma vez que pacientes melhor assistidos demandam menos recursos hospitalares e ambulatoriais.

Os impactos da democratização do acesso à *cannabis* medicinal vão além da esfera individual, abrangendo mudanças estruturais que

fortalecem o sistema de saúde pública e promovem o desenvolvimento social e econômico do Brasil. Ao reduzir desigualdades, eliminar a necessidade de judicialização, transformar percepções sociais, estimular o avanço científico e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, a inclusão da *cannabis* medicinal no SUS configura-se como uma medida imprescindível para a consolidação de um sistema de saúde mais equitativo e eficaz.

Essa transformação exige, no entanto, um compromisso coletivo entre governo, sociedade civil, comunidade científica e setor privado.

Somente por meio de uma proposta integrada e multidimensional será possível superar os desafios e maximizar os benefícios dessa política pública inovadora.

Pelo exposto, a democratização do acesso à *cannabis* medicinal pelo SUS é mais do que uma questão de saúde pública; é uma demanda por justiça social e equidade. Apesar dos desafios, as oportunidades são vastas. A criação de um marco regulatório abrangente, aliado a políticas públicas inclusivas, pode transformar o cenário atual, garantindo que todos os brasileiros tenham acesso a tratamentos eficazes e seguros. Ao superar as barreiras legais, econômicas e sociais, o Brasil não apenas cumprirá seu compromisso constitucional com o direito à saúde, mas também se posicionará como um exemplo global de inovação e inclusão na política de *cannabis* medicinal.

IMPACTOS DA DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO

Essa democratização no Brasil traz uma série de impactos significativos, tanto no âmbito social quanto no econômico e sanitário. Sua inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na garantia do direito à saúde, consolidando os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade. Esta seção detalha os principais efeitos dessa medida, explorando suas implicações em diversas dimensões.

REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE

A incorporação da *cannabis* medicinal ao SUS é uma ferramenta poderosa para reduzir as desigualdades no acesso aos tratamentos. Atualmente, os altos custos associados aos medicamentos derivados de *cannabis* representam uma barreira intransponível para grande parte da população brasileira, especialmente para aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), populações como idosos, crianças e pessoas com deficiência frequentemente enfrentam maiores dificuldades para acessar tratamentos inovadores devido a fatores financeiros e geográficos.

A inclusão da *cannabis* medicinal no SUS não apenas mitigaria essas disparidades, mas também promoveria um acesso mais equitativo, garantindo que todos os pacientes, independentemente de sua renda ou localização, possam se beneficiar de tratamentos eficazes. Essa medida também contribuiria para a descentralização do atendimento, uma vez que possibilitaria o fornecimento de medicamentos em unidades de saúde

pública em regiões remotas, ampliando o alcance do SUS e fortalecendo seu papel como garantidor do direito à saúde.

REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO

Mais um dos efeitos mais significativos da democratização do acesso à *cannabis* medicinal é a redução da judicialização na saúde. Nos últimos anos, a crescente demanda judicial por medicamentos à base de *cannabis* tem sobre carregado o sistema de saúde e o judiciário brasileiro, gerando altos custos administrativos e financeiros. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), apenas em 2022, as demandas judiciais relacionadas à saúde resultaram em um impacto superior a R\$ 1 bilhão para os cofres públicos.

A incorporação da *cannabis* medicinal ao SUS eliminaria a necessidade de judicializações para acesso a esses tratamentos, promovendo uma gestão mais eficiente dos recursos públicos e reduzindo o tempo de espera dos pacientes. Essa mudança também traria maior previsibilidade e segurança para o sistema de saúde, permitindo que recursos atualmente alocados para custear processos judiciais sejam redirecionados para investimentos estruturais no SUS.

MUDANÇA NA PERCEPÇÃO SOCIAL DA CANNABIS

A regulamentação e inclusão da *cannabis* medicinal no SUS também contribuem significativamente para a transformação da percepção social sobre a planta. Historicamente associada ao uso recreativo e frequentemente alvo de estigmas, a *cannabis* tem sido objeto de

preconceitos que dificultam sua aceitação como um recurso terapêutico legítimo. A legitimidade conferida pela sua utilização no SUS contribuiria para reduzir o estigma associado ao seu uso e ampliar a compreensão da população sobre os benefícios medicinais da planta.

Campanhas de conscientização e educação pública seriam essenciais para garantir que essa transformação cultural ocorra de forma efetiva. Ao envolver a sociedade em um debate amplo e transparente sobre os usos medicinais da *cannabis*, essas iniciativas também fortaleceriam a confiança pública nas políticas de saúde e incentivariam o uso responsável e informado dos medicamentos derivados da planta.

IMPULSO ECONÔMICO E CIENTÍFICO

A democratização do acesso à *cannabis* medicinal também tem o potencial de impulsionar o desenvolvimento econômico e científico no Brasil. A criação de uma cadeia produtiva nacional para medicamentos à base de *cannabis* poderia gerar milhares de empregos diretos e indiretos, além de atrair investimentos nacionais e internacionais. Essa indústria emergente também promoveria a inovação tecnológica, fortalecendo o setor farmacêutico brasileiro.

No campo científico, a inclusão da *cannabis* medicinal no SUS incentivaría pesquisas clínicas e estudos sobre a eficácia e segurança desses tratamentos. O Brasil, com sua biodiversidade única e capacidade acadêmica, poderia se consolidar como um líder regional em estudos sobre *cannabis* medicinal, promovendo colaborações internacionais e fortalecendo sua posição no cenário global da ciência.

MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

Por fim, mas não menos importante, a democratização do acesso à *cannabis* medicinal traria benefícios diretos e mensuráveis para os pacientes. Estudos clínicos têm demonstrado que o uso terapêutico da *cannabis* pode proporcionar alívio significativo de sintomas em condições crônicas e debilitantes, como epilepsia refratária, esclerose múltipla e dores neuropáticas. Esses tratamentos não apenas melhoram a qualidade de vida dos pacientes, mas também promovem sua inclusão social e dignidade humana.

A democratização do acesso não é apenas uma questão de viabilidade técnica ou econômica, mas um compromisso ético e constitucional com o direito à saúde e à dignidade humana. As propostas discutidas – regulamentação do cultivo, incentivos à produção nacional, capacitação profissional, políticas de financiamento e análise de custo-efetividade – representam pilares para a construção de um modelo inclusivo e sustentável. Ao superar os desafios estruturais e promover o acesso universal, o Brasil pode transformar a *cannabis* medicinal em uma política pública inovadora e exemplar, alinhada aos princípios de justiça social e equidade.

CAPÍTULO 05

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

NATUREZA DA PESQUISA

A presente investigação é caracterizada como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, fundamentada em levantamento bibliográfico e documental. A escolha por essa abordagem está relacionada à necessidade de compreender com profundidade os aspectos jurídicos, políticos, sociais e éticos envolvidos na democratização do acesso à cannabis medicinal no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é voltada à análise de significados, valores e crenças, sendo, portanto, adequada para estudos que buscam interpretar fenômenos complexos em seus contextos sociais.

O caráter exploratório da pesquisa justifica-se pela recente consolidação da regulamentação da cannabis medicinal no Brasil, o que demanda investigações que permitam compreender fenômenos emergentes e apontar novas direções para políticas públicas. Conforme argumenta Gil (2008), esse tipo de pesquisa visa expandir ou refinar conceitos e ideias, especialmente em temáticas ainda pouco sistematizadas. Já o aspecto descritivo da pesquisa se manifesta na sistematização do panorama atual sobre o uso da cannabis medicinal, incluindo o mapeamento normativo, os desafios de acesso e as experiências comparativas internacionais.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem metodológica adotada é qualitativa e de natureza

interdisciplinar, estabelecendo conexões entre direito sanitário, políticas públicas e filosofia política. Tal articulação possibilita uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado, permitindo captar sua complexidade e os múltiplos fatores que o constituem.

O referencial teórico é estruturado a partir das teorias da justiça de Rawls (2003) e Sen (2010), as quais oferecem fundamentos sólidos para analisar as políticas de acesso à saúde sob a ótica da equidade. Rawls propõe a justiça como equidade e a primazia dos direitos básicos, enquanto Sen defende a ampliação das capacidades humanas como elemento central da justiça social.

A interpretação das normas jurídicas e dos documentos institucionais foi conduzida com base na hermenêutica filosófica, conforme compreendida por Gadamer (2015), que destaca a importância da compreensão contextualizada dos textos, a partir da historicidade e das experiências do intérprete. Essa perspectiva se mostra particularmente útil para analisar dispositivos legais e decisões judiciais no campo do direito à saúde.

Adicionalmente, a metodologia comparativa foi utilizada para examinar experiências regulatórias de países como Canadá, Uruguai, Israel e Alemanha, com o objetivo de identificar estratégias bem-sucedidas que possam contribuir para o aprimoramento das políticas públicas brasileiras.

MÉTODOS DE PESQUISA

A presente dissertação baseia-se em três métodos principais: bibliográfico, documental e comparativo.

A pesquisa bibliográfica consistiu na revisão crítica da literatura científica nacional e internacional sobre cannabis medicinal, políticas públicas e justiça distributiva. Lakatos e Marconi (2003) ressaltam que esse tipo de levantamento permite reunir o conhecimento já consolidado sobre o tema, servindo de base para análises aprofundadas. O processo de revisão seguiu o modelo PRISMA, conforme Moher et al. (2009), garantindo rigor na seleção, triagem e inclusão das fontes mais relevantes.

O método documental, por sua vez, compreendeu a análise de legislações, decisões judiciais, pareceres técnicos, normas da ANVISA e documentos de órgãos públicos. Cellard (2008) afirma que o documento é uma fonte insubstituível para o pesquisador das ciências sociais, pois oferece registros autênticos das práticas e decisões institucionais.

O método comparativo foi aplicado à análise das políticas de regulação da cannabis medicinal em sistemas públicos estrangeiros, permitindo identificar pontos de convergência e divergência em relação ao modelo brasileiro. Segundo Schneider e Schmitt (1998), a comparação é um recurso valioso para construir tipologias, identificar padrões e formular propostas com base em evidências empíricas.

O método hermenêutico complementou a análise documental, permitindo interpretar normas jurídicas, pareceres e relatórios técnicos à luz de seus contextos político-sociais, conforme sugere Streck (2014), ao considerar a hermenêutica como base para a compreensão crítica do direito.

FONTES E TÉCNICAS DE PESQUISA

Foram utilizadas fontes primárias e secundárias. As primárias incluíram a Constituição Federal de 1988, leis federais como a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 11.343/2006, além de resoluções da ANVISA (RDC nº 327/2019 e RDC nº 660/2022), portarias ministeriais e documentos técnicos da CONITEC. Também foram analisadas jurisprudências do STF, STJ, Tribunais Regionais Federais e Tribunais de Justiça estaduais. Documentos de organismos internacionais, como a OMS, além das agências reguladoras dos países comparados, completaram esse conjunto.

As fontes secundárias compreenderam artigos científicos, livros especializados, dissertações e teses, bem como relatórios técnicos, como o Anuário da Cannabis Medicinal no Brasil (Kaya Mind, 2024). A busca foi realizada em bases como SciELO, PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science, Portal CAPES e Google Scholar.

A técnica de análise de conteúdo, conforme sistematizada por Bardin (2011), guiou o tratamento dos dados, dividida em pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A análise documental incluiu critérios de autenticidade, credibilidade e representatividade dos documentos. A triangulação metodológica foi empregada para cruzar os dados obtidos de diferentes fontes e assegurar a consistência dos achados.

DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A delimitação temporal da pesquisa abrange o período de 2009 a 2024, marco que coincide com os primeiros movimentos regulatórios

significativos relacionados à cannabis medicinal no Brasil até o momento atual. Este recorte temporal permite capturar a evolução das políticas públicas e marcos regulatórios relacionados ao tema, oferecendo uma perspectiva histórica que evidencia as transformações e desenvolvimentos ocorridos ao longo deste período. A delimitação espacial foca primariamente no contexto brasileiro, com ênfase nas políticas nacionais do SUS e regulamentações da ANVISA, complementada pela análise de experiências internacionais de países selecionados (Canadá, Uruguai, Israel, Alemanha) que possuem sistemas públicos de saúde e já incorporaram a cannabis medicinal.

A delimitação temática circunscreve-se ao estudo da democratização do acesso à cannabis medicinal no âmbito do SUS, abordando especificamente os marcos regulatórios da cannabis medicinal no Brasil, as barreiras de acesso no sistema público de saúde, o fenômeno da judicialização do direito à saúde, as teorias da justiça aplicadas às políticas de saúde, as experiências internacionais comparáveis e as propostas para políticas públicas inclusivas. Os critérios de inclusão abrangeram estudos sobre cannabis medicinal e seus componentes terapêuticos, pesquisas sobre políticas públicas de saúde e acesso a medicamentos, documentos normativos vigentes relacionados à cannabis medicinal, jurisprudências sobre direito à saúde e fornecimento de medicamentos, experiências internacionais de incorporação em sistemas públicos, publicações em português, inglês e espanhol, e o período de 2009-2024.

Os critérios de exclusão eliminaram estudos sobre uso recreativo sem relevância medicinal, publicações sem metodologia adequada, documentos normativos revogados, estudos focados exclusivamente em aspectos botânicos sem implicações clínicas, e trabalhos meramente opinativos sem embasamento científico. Esta delimitação rigorosa garantiu que apenas fontes relevantes e de qualidade fossem incluídas na análise, assegurando a consistência e confiabilidade dos resultados obtidos.

JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA METODOLÓGICA

A escolha pela metodologia qualitativa justifica-se pela natureza complexa e multifacetada do objeto de estudo, que envolve dimensões jurídicas, sociais, políticas, éticas e científicas que não podem ser adequadamente compreendidas através de abordagens puramente quantitativas. Denzin e Lincoln (2006) argumentam que a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador compreender os fenômenos sociais em profundidade, considerando os múltiplos contextos e significados que os atravessam. A abordagem interdisciplinar foi adotada considerando que a democratização do acesso à cannabis medicinal no SUS não pode ser compreendida adequadamente através de uma única perspectiva disciplinar, sendo necessária a articulação entre direito sanitário, políticas públicas, filosofia política e farmacologia clínica para oferecer uma visão mais completa e nuançada do fenômeno estudado.

A fundamentação nas teorias da justiça de Rawls e Sen proporciona um marco normativo robusto para avaliar a equidade das políticas relacionadas à cannabis medicinal, permitindo uma análise crítica que vai

além da mera descrição dos fatos para incluir considerações sobre justiça distributiva e expansão de capacidades humanas. O método comparativo foi escolhido para aproveitar as experiências internacionais já consolidadas, identificando modelos e estratégias que possam ser adaptados ao contexto brasileiro, permitindo evitar erros já cometidos em outros países e acelerar o processo de implementação de políticas eficazes. A combinação de análise bibliográfica e documental garante tanto o embasamento teórico quanto o conhecimento detalhado do panorama normativo e jurisprudencial atual, proporcionando uma base sólida para a formulação de proposições fundamentadas em evidências.

Esta escolha metodológica também se justifica pela necessidade de compreender não apenas os aspectos técnicos e regulatórios da cannabis medicinal, mas também as implicações sociais, éticas e políticas de sua incorporação no SUS, aspectos que requerem uma abordagem qualitativa capaz de capturar nuances e complexidades que métodos quantitativos não conseguiriam apreender adequadamente.

ESTRUTURA DO TRABALHO

A dissertação está estruturada em cinco capítulos principais, além da introdução e considerações finais, organizados de forma a proporcionar uma progressão lógica e coerente na abordagem do tema. A introdução apresenta a contextualização do problema, objetivos, justificativa, hipóteses e metodologia da pesquisa, estabelecendo o marco conceitual e os parâmetros que orientam toda a investigação. O primeiro capítulo, intitulado "O Direito à Saúde no Ordenamento Jurídico Brasileiro", analisa

os fundamentos constitucionais e legais do direito à saúde, sua evolução histórica e os princípios que orientam o SUS, fornecendo a base jurídica necessária para compreender as questões relacionadas ao acesso à cannabis medicinal.

O segundo capítulo, "O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Estrutura", examina a organização, princípios e funcionamento do SUS, incluindo os mecanismos de incorporação de tecnologias em saúde, oferecendo o contexto institucional no qual se insere a discussão sobre cannabis medicinal. O terceiro capítulo, "Cannabis Medicinal: Aspectos Científicos e Regulatórios", aborda os aspectos farmacológicos da cannabis medicinal, sua evolução regulatória no Brasil e no mundo, e as evidências científicas disponíveis, proporcionando o embasamento técnico e científico necessário para a discussão posterior. O quarto capítulo detalha os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa, enquanto o quinto capítulo, "Democratização do Acesso à Cannabis Medicinal no SUS", analisa as barreiras existentes, o fenômeno da judicialização, experiências internacionais e propõe estratégias para democratização do acesso.

As considerações finais sintetizam os principais achados da pesquisa, apresentam as conclusões e sugerem direcionamentos para estudos futuros, consolidando as contribuições da investigação para o avanço do conhecimento na área. Esta estrutura permite uma abordagem sistemática que parte dos fundamentos teóricos e normativos, passa pela análise do objeto específico de estudo e culmina com proposições práticas para a democratização do acesso à cannabis medicinal no SUS, garantindo coerência argumentativa e rigor científico em toda a dissertação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação analisou a viabilidade da incorporação da *cannabis* medicinal ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das teorias da justiça e da efetividade do direito à saúde. O estudo revelou que a democratização do acesso a esse tratamento não apenas representa um avanço no campo da saúde pública, mas também constitui um passo fundamental para a redução das desigualdades e a promoção da dignidade humana. A análise foi sustentada por um embasamento teórico que considera a justiça distributiva de John Rawls e a teoria das capacidades de Amartya Sen, permitindo compreender a necessidade de políticas públicas que garantam equidade e acesso universal aos tratamentos médicos.

A pesquisa evidenciou que o direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988, ainda enfrenta entraves estruturais que impedem sua plena efetivação. Entre os principais desafios, destacam-se a ausência de uma regulamentação abrangente para a *cannabis* medicinal, os altos custos dos tratamentos disponíveis no mercado e a dependência excessiva da judicialização para garantir o acesso aos medicamentos. Esses fatores reforçam a necessidade de políticas públicas que superem os entraves burocráticos e assegurem que a *cannabis* medicinal seja incorporada ao SUS de forma eficiente, equitativa e sustentável.

A experiência internacional demonstrou que a inclusão da *cannabis* medicinal nos sistemas públicos de saúde tem sido realizada com sucesso em diversos países, incluindo Canadá, Israel e Alemanha. Esses modelos

evidenciam que a regulamentação bem estruturada, aliada a investimentos em pesquisa e desenvolvimento, pode garantir segurança, qualidade e acessibilidade aos pacientes. A replicação dessas boas práticas no Brasil poderia permitir a construção de um sistema mais inclusivo, reduzindo a dependência de importações e fortalecendo a autonomia nacional na produção de medicamentos à base de *cannabis*.

Além dos desafios regulatórios, a pesquisa destacou a importância da superação dos preconceitos e da resistência social que historicamente cercam a *cannabis*. A criminalização da planta e o estigma associado ao seu uso dificultam a aceitação pública e a formulação de políticas eficazes. A conscientização da sociedade, por meio da educação e da disseminação de informações baseadas em evidências científicas, é um fator determinante para a construção de um debate mais racional e embasado sobre a *cannabis* medicinal. Dessa forma, campanhas de informação e capacitação de profissionais de saúde podem desempenhar um papel fundamental na redução da desinformação e na ampliação do acesso ao tratamento.

Outro aspecto abordado na pesquisa foi a judicialização do direito à saúde como mecanismo de acesso à *cannabis* medicinal. Embora as decisões judiciais tenham garantido o fornecimento do tratamento a muitos pacientes, essa via individualizada acaba gerando desigualdades no acesso, beneficiando aqueles que possuem recursos para acionar o Judiciário em detrimento das populações mais vulneráveis. A judicialização, apesar de ser uma ferramenta importante na defesa dos direitos fundamentais, não deve substituir a formulação de políticas públicas eficazes que garantam a

universalização do acesso aos tratamentos. Dessa forma, a regulamentação clara e a incorporação da *cannabis* medicinal ao SUS podem minimizar a necessidade de ações judiciais e promover maior equidade na distribuição dos recursos de saúde.

A análise econômica do impacto da *cannabis* medicinal no SUS também foi abordada, demonstrando que a incorporação desses tratamentos pode representar uma estratégia de redução de custos a médio e longo prazo. O tratamento de doenças crônicas e condições que exigem terapias contínuas, quando realizado com *cannabis* medicinal, pode diminuir a necessidade de internações hospitalares e o uso de medicamentos mais caros e invasivos. Estudos indicam que a substituição de opioides por derivados da *cannabis* pode resultar em benefícios tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde, reduzindo gastos e promovendo alternativas terapêuticas mais seguras.

A efetividade do direito à saúde depende da adoção de políticas públicas que considerem não apenas a regulamentação formal, mas também a viabilidade real de acesso aos tratamentos. Para que a *cannabis* medicinal seja incorporada ao SUS de forma eficiente, é necessário um esforço conjunto entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, além da participação ativa da sociedade civil e da comunidade científica. O fortalecimento da pesquisa acadêmica e a promoção de debates interdisciplinares são essenciais para fundamentar as decisões políticas e garantir que a incorporação desse tratamento seja realizada de maneira embasada e sustentável.

Somado a isso, a evolução do debate sobre *cannabis* medicinal deve levar em conta a necessidade de adaptação contínua das políticas públicas a novas evidências científicas e às demandas sociais emergentes. A regulamentação não pode ser um processo estático, mas sim um modelo dinâmico que acompanhe os avanços da medicina e as necessidades dos pacientes. Isso implica a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação, que garantam que a política de *cannabis* medicinal no SUS seja constantemente aperfeiçoada para atender à realidade nacional.

Um aspecto fundamental para garantir a equidade no acesso é a descentralização da distribuição dos medicamentos à base de *cannabis*. O Brasil, com sua vasta extensão territorial e desigualdades regionais, precisa adotar estratégias que garantam que o acesso ao tratamento não se limite a grandes centros urbanos. A criação de redes de distribuição eficientes, aliadas à capacitação de profissionais de saúde em diferentes regiões do país, pode garantir que a *cannabis* medicinal seja um recurso terapêutico acessível a todos os brasileiros que dela necessitam.

Dessa forma, a presente dissertação reforça a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na formulação das políticas públicas relacionadas à *cannabis* medicinal. A interseção entre direito, saúde e justiça social evidencia que a questão vai além do debate meramente técnico, sendo essencialmente uma questão de equidade e garantia de direitos fundamentais. A adoção de um modelo regulatório que considere as especificidades do sistema de saúde brasileiro, aliada ao incentivo à pesquisa científica e à ampliação do debate público, são medidas

indispensáveis para garantir que a *cannabis* medicinal seja acessível a todos que dela necessitam.

Por fim, conclui-se que a regulamentação e a incorporação da *cannabis* medicinal ao SUS representam uma oportunidade singular para avançar na concretização do direito à saúde no Brasil. A formulação de políticas públicas que garantam o acesso equitativo a esses tratamentos pode contribuir significativamente para a redução das desigualdades e a promoção da dignidade humana. Espera-se, portanto, que os resultados desta pesquisa possam servir de subsídio para futuras discussões e decisões no campo das políticas de saúde pública, incentivando um modelo mais justo, eficiente e inclusivo para todos os cidadãos brasileiros. Somente por meio de um compromisso conjunto entre Estado, sociedade civil e comunidade científica será possível garantir que a saúde, enquanto direito fundamental, seja efetivada de maneira justa e acessível para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, Carlos Eduardo; Messetti, Paulo André Stein e Cruz, César Albenes de Mendonça. A regulação da *cannabis* de grau medicinal em Israel e possíveis contribuições para o processo de regulação da *cannabis* medicinal no Brasil. Disponível em:<https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/45851>. Acesso em: 27 jan. 2025.

Almeida, M. A. G., Séllos-Knoerr, V. C. de, & Knoerr, F. G. (2023). O direito fundamental à saúde, o princípio da reserva do possível e o mínimo existencial: uma discussão em relação às doenças raras e o fornecimento de medicamentos. Revista Internacional Consinter De Direito, 9(17), 437. <https://doi.org/10.19135/revista.consinter.00017.20>. Acesso em: 02 out. 2024.

ARAÚJO, Dalvaney Aparecida de; MARTINS, Thiago Penido. Judicialização das políticas públicas de dispensação de medicamentos sob a perspectiva do Supremo Tribunal Federal. Direitos sociais e políticas públicas, Florianópolis: CONPEDI, 2017, p. 238-258. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/roj0xn13/2070z86p/Qgt4EW2D MbQ7Yypx.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2024.

BARCELLOS, Ana Paula de. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana. – 3ºed. Revista e atualizada.- Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. Revista de Direito do Estado.nº3(jul.-set./2006),p.17-

54. Disponível em:https://www.academia.edu/7784818/Constitucionaliza%C3%A7%C3%A3o_das_pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas_em_ma%C3%A7%C3%A9ria_de_direitos_fundamentais._O_controle_pol%C3%ADtico_social_e_o_controle_jur%C3%ADdico_no_esp%C3%A1cio_%C3%A7%C3%A9o_democr%C3%A1tico. Acesso em: 22 de nov de 2024

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (orgs.). Direitos Sociais - Fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. 2^a tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, pp. 875-903.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, Ativismo Judiciais e Legitimidade Democrática. Revista de Direito do Estado, Rio de Janeiro, n. 13, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>. Acesso em 01 de abril de 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 7. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

BRASILINO, I. R. C. De s. (2024). Análise da criminalização da maconha no brasil: à luz da filosofia de Foucault. Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação, 10(3), 875–881. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13145>.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Direito administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 241.

CARLINI, Elisaldo A. A história da maconha no Brasil. Jornal brasileiro de psiquiatria, v. 55, n. 4, p. 314-317, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852006000400008&script=sci_arttext&tlang=pt. Acesso em 03 nov. 2024.

CARVALHO, Osvaldo Ferreira de. As políticas públicas como concretização dos direitos sociais. Revista de Investigações Constitucionais, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 773–794, 2019. DOI: 10.5380/rinc.v6i3.59730. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/59730>. Acesso em: 4 fev. 2025.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, J. P. P. & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

Daniels N. The Right to Health at the Public/Private Divide [vídeo]. Edited by Aeyal Gross and Colleen Flood Book Discussion; 2015 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3Gq5QmXJ-sk>. Acesso em 27 jan. 2025.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A vigilância sanitária no contexto constitucional e legal brasileiro. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi, Uma nova disciplina: o direito sanitário. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 4, ago. 1988.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Poderes republicanos e a defesa do direito à saúde - Evolução da proteção do direito à saúde nas constituições do Brasil. In: ALVES, Sandra Maria; DELDUQUE, Maria Célia; NETO, Nicolao Dino (orgs.). Direito sanitário em perspectiva. V. 2. Brasília: ESMPU/FIOCRUZ, 2013, pp. 21-44.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEVINSKY, O.;CROSS, J.H.; LAUX, L.; MARSH, E.; MILLER, I.; NABBOUT, R.;SCHEFFER, I.E.; THIELE, E.A.; WRIGHT, S. Trial of Cannabidiol for Drug-Resistant Seizures in the Dravet Syndrome. N Engl J Med. 2017 May 25;376(21):2011-2020. doi:10.1056/NEJ

Moa1611618. PMID: 28538134. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28813226/>. Acesso em 02 jan. 2025.

D'Souza D (2019) *cannabis* em transtornos psiquiátricos: A carroça na frente dos bois? *Lancet Psychiatry* 6: 968–969. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881120926677>.
Acesso em: 27 jan. 2025.

FINK, A. Conducting research literature reviews: from the internet to paper. 4. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2019.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 36^a ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014c.

GONÇALVES, Márcio Augusto. "Organização e funcionamento do SUS." Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC (2014). Disponível em:
<http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/145434>. Acesso em 10 dez. 2024.

GADAMER, H. G. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRUSKIN, Sofia. Perspectives on Health and Human Rights. Routledge, 2007.

HENRIQUES, Fátima Vieira. Direito prestacional à saúde e atuação jurisdicional. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (orgs.). Direitos Sociais - Fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. 2^a tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, pp. 827-858.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2006. p. 58-59.

KAYA MIND. Anuário da Cannabis Medicinal no Brasil 2024. São Paulo: Kaya Mind, 2024.

KOLLING, Gabrielle; MASSAÚ, Guilherme Camargo. Cidadania supranacional e o direito à saúde. Ciências Sociais Aplicadas em Revista, Marechal Cândido Rondon, v. 10, n. 19, p. 37-60, 2º sem. 2010.

KERSTING, Wolfgang. Universalismo e direitos humanos. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2003 (Coleção Filosofia, 162).

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas. Direito à saúde e critérios de aplicação. Direito Público, n.2, p. 112-32, 2006. Disponível em:https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/524/1/Direito%20Publico%20n122006_Ricardo%20Seibel%20de%20Freitas%20Lima.pdf. Acesso em: 02 dez. 2024.

LUSTOSA, Daniel Kennedy Santana. *cannabis* para fins terapêuticos no Brasil: entre o proibicionismo histórico e a luta pelo direito à saúde. Daniel Kennedy Santana Lustosa. - João Pessoa, 2021. 67 f.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde3). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223?show=full>. Acesso em: 4 de nov de 2024.

MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: EPSJV. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de

janeiro: EPSJV,Fiocruz, 2006.

MENDES, Conrado Hübner. Direitos fundamentais, separação de poderes e deliberação. São Paulo: Saraiva, 2011.

MIGALHAS. Tarcísio regulamenta fornecimento de *cannabis* medicinal pelo SUS em SP.2023 Disponível em:<https://www.migalhas.com.br/quentes/399585/tarcisio-regulamenta-fornecimento-de-cannabis-medicinal-pelo-sus-em-sp>.Acesso em: 07 jan 2025.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G.; PRISMA GROUP. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Medicine, v. 6, n. 7, e1000097, 2009.

NASCIMENTO, Luane, Direito à Saúde, A Limitação do Intervencionismo Judicial, 1^a Edição, Coleção UCB, 2022.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et alli. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

PARANHOS, D. G. de A. M. e, Matias, E. A., Monsores, N., & Garrafa, V.(2018). As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. Saúde Em Debate, 42(119), 1002–1011. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811917>. Acesso em 02 out. 2024.

Pertwee, RG O potencial terapêutico de drogas que têm como alvo os receptores canabinoides ou modulam os níveis teciduais ou ações dos endocanabinoides. AAPS J 7, 64 (2005). <https://doi.org/10.1208/aapsj070364>. Acesso em:19 mar 2025.

PETTICREW, M.; ROBERTS, H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 21 ed.-São Paulo, Saraiva- Jur, 2023.

PIOVESAN, Flávia. A constituição brasileira de 1988 e os tratados internacionais de direitos humanos. EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito, ano 2, v.2, n.1, p. 20-33, 2008. Disponível em:<https://br.doczz.net/doc/21956/revista-jur%C3%ADcida-da-faculdade-de-direito>.Acesso em: 02 dez. 2024.

PIVETTA, Saulo; FILHO, Romeu. Primeiras Páginas In: PIVETTA, Saulo; FILHO, Romeu. Direito Fundamental à Saúde - Ed. 2022. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/direito-fundamental-a-saude-ed-2022/1734144133>. Acesso em: 4 de nov de 2024.

RAMOS, J. G. G.; ESQUIVEL, C. L. W. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL: BREVES CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO SEU FORMATO LEGAL À SUA EFICÁCIA SOCIAL. Ciências Sociais Aplicadas em Revista, [S. l.], v. 15, n. 28, p. 9–40, 2016. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/15308>. Acesso em: 6 mar. 2025.

RAUEN, Rafael Wolf; TOPOROSKI, Elizeu Luiz. O uso medicinal da *cannabis*: aspectos legais do acesso à medicação. Academia de Direito, [S. l.], v. 6, p. 2255–2272, 2024. DOI: 10.24302/acaddir.v6.4982. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/acaddir/article/view/4982>. Acesso em: 19 mar. 2025.

Rawls J. Uma Teoria da Justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2000

RAWLS, J. Uma teoria da justiça. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1971.

RIBEIRO, Sidarta. As Flores do bem: A ciência e a história da libertação da maconha. 1^a ed. São Paulo: Editora Fósforo,2023.

RODRIGUES, Ana Paula Lopes da Silva. Sobre ativismos e conhecimentos: a experiência de associações canábicas no Brasil.2024.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.18462022>. Acesso em 30 de jan. 2025

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais. 11° ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. As Súmulas 60 e 61 do STF e a assim chamada 'judicialização da saúde'. Consultor Jurídico, 2024.Disponível em:<https://www.conjur.com.br/2024-out-25/as-sumulas-60-e-61-do-stf-e-a-assim-chamada-judicializacao-da-saude/#:~:text=Em%20apertada%20s%C3%ADntese%2C%20por%20maioria,comercial%20em%20pedir%20o%20registro>.Acesso em 30 de abril 2025.

SECHAT. Tudo o que sabemos sobre os benefícios da *cannabis* no tratamento da Covid. Disponível em: <https://sechat.com.br/tudo-o-que-sabemos-sobre-os-beneficios-da-cannabis-no-tratamento-da-covid/>. Acesso em 16 nov. 2024.

SECHAT. Principais fatos de 2024: o avanço do uso medicinal da *cannabis* no Brasil. Disponível em: <https://sechat.com.br/noticia/principais-fatos-de-2024-o-avanco-do-uso-medicinal-da-cannabis-no-brasil>. Acesso em 02 fev 2025.

SEGADO, F. F. Direito Constitucional Módulo V. Currículo permanente. Porto Alegre: TRF4, 2006. SILVA, Vanderlan. Centros, recantos e fronteiras: reflexões sobre etnografia urbana. In: Antropologia em novos campos de atuação: debates e tensões. FRANCH, Mônica at ali (org.). João Pessoa: Mídia Gráfica e Impressora, 2015.

SEN, Amartya; KLIKSBERG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. Trad. Bernardo Ajzemberg, Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. Trad. Laura Teixeira Motta. rev. Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. Escolha Coletiva e Bem-Estar Social. Trad. Ana Nereu Reis. rev. Teresa Antunes. Coimbra: Edições Almedina, 2018.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Vanderlan. Centros, recantos e fronteiras: reflexões sobre etnografia urbana. In: Antropologia em novos campos de atuação: debates e tensões. FRANCH, Mônica at ali (org.). João Pessoa: Mídia Gráfica e Impressora, 2015.

SOUZA, Aknaton Toczek; DE MORAES, Pedro Rodolfo Bodê. O evolucionismo na proibição da maconha. *Geographia Opportuno Tempore*, v. 4, n. 1, p. 133-148, 2018.

SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre, RS: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. São Paulo: Malheiros, 2006.

SILVA, Virgínia. Direitos Humanos e Efetividade Jurídica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. O direito e as políticas públicas no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013.

SANTOS, Ana Clara Rodrigues Vespasiano dos. Direito à Saúde: Os Reflexos da Judicialização. Rio de Janeiro: UFRJ, 2023. Disponível em: <https://www.femperj.org.br/assets/files/DIREITO-SADEOSREFLEXOSDAJUDICIALIZAODOACESSOMEDICAMENTOSBASEDECANNBISNOBRASIL.pdf>. Acesso em: 04 nov 2024.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, Lucas Lopes. Etnografando a construção do direito ao acesso à maconha medicinal em um contexto proibicionista: Desafios e possibilidades frente aos direitos humanos. Tese (Doutorado em Direito). Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18661>. Acesso em: 10 out. 2024.

VILLEY, Michel. O Direito e os Direitos Humanos. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007, p. 152.

Fontes Documentais I: Leis, decretos, normas e atos normativos em geral.

BRASIL. Decreto nº 19.444, de 01 de dezembro de 1930. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ: Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, 1930. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/media/acesso_informacao/pdf/d19444.pdf. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos, Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 nov. 2024

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 out. 2024. BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 335, de 24 de janeiro de 2020. Define os critérios e os procedimentos 59 para a importação de Produto derivado de *cannabis*, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-335-de-24-de-janeiro-de-2020-239866072>. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 327, de 09 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de *cannabis* para fins medicinais, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-327-de-9-de-dezembro-de-2019-232669072>. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 306, de 25 de setembro de 2019. Dispõe sobre a revogação dos incisos II e III do § 2º do art. 7º, do art. 18 e do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 17, de 6 de maio de 2015. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=16267&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Ag%EAncia%20Nacional%20de%20Vigil%EAncia%20Sanit%EAria&numero=306&situacao=VIGENTE&data=25-09-2019>. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 156, de 05 de maio de 2017. Dispõe sobre a alteração das Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC nº 64/2012, nº 29/2013, nº 42/2014, nº 01/2015, nº 11/2015, nº 71/2016 e nº 104/2016, para a inclusão, alteração e exclusão de Denominações Comuns Brasileiras - DCB, na lista completa das DCB da ANVISA. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/>

/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/20198336/do1-2017-05-08-resolucao-rdc-n-156-de-5-de-maio-de-2017-20198229. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 130, de 02 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/>
/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/24641769/do1-2016-12-05-resolucao-rdc-n-130-de-2-de-dezembro-de-2016-24641608. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 128, de 02 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Produtos à base de Canabidiol em associação com outros canabinoides, dentre eles o THC, em conformidade com o capítulo I seção II da Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 17, de 6 de maio de 2015. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/>
/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/24641729/do1-2016-12-05-resolucao-rdc-n-128-de-2-de-dezembro-de-2016-24641566. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 66, de 18 de março de 2016. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/>
/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/22545087/do1-2016-03-21-resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-66-de-18-de-marco-de-2016-22544957. Acesso em: 03 out. 2024.

Congresso Nacional (Brasil). Projeto de Lei nº 399, de 23 de fevereiro de 2015. Altera o artigo 2º da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, para viabilizar a comercialização de medicamentos que contenham extratos,

substratos ou partes da planta *cannabis* sativa em sua formulação. Coordenação de Comissões Permanentes – DECOM- P_ 7696. Proposta sujeita à apreciação do Plenário.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos do Homem. Disponível em:
<http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/onu3.htm#Artigo23>.
Acesso em: 22 nov. 2024.

Israel. Ministério da Saúde. Decisão nº. 3.609 do governo de 07.08.2011.
Disponível em:
https://www.gov.il/he/Departments/policies/2011_des3609.

ONU. Office of the High Comissioner for Human Rights. United Nations Staff College Project. Human Rights: a basic handbook for UN staff. Genebra, 2000. Disponível em:<https://www.refworld.org/reference/manuals/ohchr/2000/en/58352Ac> em: 02 dez. 2024.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em:
<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
Acesso em: 30 jan. 2025.

ONU. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966. Disponível em:
<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>. Acesso em: 30 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em:
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 10 out. 2024.

Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/> Acesso em 10 dez. 2024.

RENAME. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Disponível em:
http://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf.
Acesso em: 7 jan.2025.

Kaya Mind. Anuário da *cannabis* Medicinal 2024. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://kayamind.com/wp-content/uploads/2024/11/Anuario-cannabis-Medicinal-no-Brasil-2024-Kaya-Mind.pdf?utm_campaign=anuario_med_2024&utm_medium=email&utm_source=RD+Station. Acesso em 02 fev 2025.

Fontes Documentais II: Documentos judiciais e peças processuais

STJ. Disponível em:
http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&livre=direito+sa%FAde+e+fornecimento+medicamentos&b=ACOR. Acesso em: 3 jan. 2025.

STJ. Disponível em:
<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?termo=HC927094&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&chkordem=DESC&chkMorto=MORTO> Acesso em: 3 jan. 2025.

STJ. Disponível em:
<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2024/22012024-STJ-concede-liminares-para-autorizar-o-cultivo-domestico-de-cannabis-com-fins-medicinais-sem-risco-de-sancao.aspx>. Acesso em: 3 jan. 2025.

STF. Disponível em:
https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade_LCFSP.pdf. Acesso em: 02 fev.2025

<https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&suma=9260>. Acesso em: 03 abril.2025

Fontes audiovisuais, sonoros e imagens

AGÊNCIA BRASIL. Brasil atingiu a marca de 672 mil pacientes que se tratam a com *cannabis*. Letícia Bond. Repórter da Agência Brasil. 27/11/2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-11/brasil-atingiu-marca-de-672-mil-pacientes-que-se-tratam-com-cannabis>. Acesso em 26 set 2024.

SBEC-Sociedade Brasileira de Estudos da *cannabis* Sativa. Congresso Brasileiro de Maconha Medicinal. 204 minutos. 28 de nov 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SwFj6ad8Tv0>. Acesso em 28 nov 2024.

INTELIGÊNCIA LTDA. (*cannabis* medicinal) Dra Carolina Nocetti. Podcast #229.93 minutos. 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=U1V_nem-kbI. Acesso em 26 set 2024.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abrangente, 31
- Abstrata, 159
- Acadêmico, 20
- Acessíveis, 160
- Acesso, 32
- Alternativo, 105
- Ameaças, 28
- Assistência, 60, 85
- Associativo, 105
- Ausência, 34
- Autonomia, 83

B

- Benefícios, 82
- Bibliográfico, 168
- Burocráticos, 17

C

- Canabidiol, 134
- Cenário, 135
- Coerente, 174
- Coeso, 62
- Coletivo, 27
- Compatíveis, 31
- Competência, 85
- Complexidade, 82
- Concretas, 84
- Consolidação, 34
- Criminalização, 107
- Crônico, 61
- Culturais, 29

D

- Decisão, 84
- Democráticos, 101

Descritiva, 168	Excludente, 128
Desfechos, 61	Exploratória, 168
Dignidade, 24	Externos, 106
Direito, 12	F
Diretrizes, 62, 84	Fenômeno, 22
Disponibilização, 17	Fenômenos, 168
Distinção, 33	Fornecimento, 86, 133
Distributiva, 12	Fundamentais, 29
Doutrinários, 62	G
E	Garantia, 30
Econômico, 163	Gerações, 60
Econômicos, 21	Gratuito, 133
Efetivação, 24	H
Eficazes, 29, 31	Histórica, 18
Emergentes, 22	Humanas, 28
Equidade, 61	Humano, 16
Estratégia, 104	I
Estrutura, 61, 82	Identidade, 62
Evolução, 18, 175	Igualdade, 31

Igualitário, 33	L
Implicações, 16	Legislação, 101
Importações, 135	Levantamento, 168
Inatingível, 105	Limitações, 21
Incentivo, 128	Louvável, 134
Inclusiva, 161	M
Incorporação, 17	Massivo, 60
Indispensável, 127	Medicamentos, 60
Indivisibilidade, 29	Medicinal, 12
Instância, 106	Mobilização, 160
Instrumento, 86	Mortalidade, 60
Internacionais, 21	N
Intrínseca, 27	Nações, 29
Investigação, 168	O
J	Orçamentário, 83
Judicialização, 23	Orçamento, 60
Jurídicos, 104	Organizativos, 62
Justiça, 19	P
Justiça, 12	Pacientes, 61, 125

Paradigma, 84	Relevância, 29
Patologias, 134	Robusto, 128
Personalizadas, 127	S
Políticas, 12	Saúde, 17
População, 32	Serviços, 33
Posição, 27	Signatários, 101
Preservação, 30	Sistêmica, 84
Profundidade, 168	Solidária, 85
Progressão, 174	Subjetividade, 16
Proibicionista, 101	Sustentabilidade, 82
Proporções, 17	T
Q	Técnicos, 81
Qualidade, 60	Terapêutico, 100
Questionamento, 16	U
R	Universalidade, 27
Referência, 128	V
Refratárias, 125	Violação, 28
Regulamentação, 19	Vulneráveis, 21
Regulatórias, 21	

A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À *CANNABIS MEDICINAL* PELA ADOÇÃO DO TRATAMENTO AO SUS

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À *CANNABIS* MEDICINAL PELA ADOÇÃO DO TRATAMENTO AO SUS



9786560542280